



# Social ulighed i sundhed

---

Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier  
Roskilde Universitet  
F2019

**Udarbejdet af:**

Vickie Ildstein Schubert – 59245  
Louise Kamilla Haupt – 61932

**Vejleder:**

Iben Charlotte Aamann

**Antal tegn:**

256.764 = 106.9 normalsider

## Abstract

This thesis deals with the definition of social inequality in health in Denmark, and the implications that follows with this definition in relation to the solutions proposed by selected documents. We find it interesting to examine the dominant and common thinking that forms the understanding of social inequality in health, and we question if it could be beneficial to consider other definitions.

We have conducted a document analysis based on seven selected documents with the focus of social inequality in health and obesity. Here we have chosen relevant quotes and used those as base for the analysis.

The thesis is mainly based on Pierre Bourdieu's distinction theory, which we supplement with various perspectives on the class concept. Besides our main theories we are including other relevant professionals in our analysis as Stephanie Lawler, Iben Charlotte Aamann, Vegard Jarness, Diana Reay, Lennart Rosenlund and Annick Prieur to gain a broader perspective on the subject.

The analysis is divided into six themes based on the content of the documents. The six themes are class euphemisms, senders of the documents, individualization, risk behaviour, stigma and possible consequences. The analysis is followed by a discussion where we question the use of class euphemisms, who social inequality in health really is a problem for, if the initiatives that are put into action are doing the opposite than planned and lastly why justice is not a spoken reason for addressing inequality in health in Denmark.

In conclusion we can argue that the definition of social inequality in health causes several consequences that both affect the privileged and underprivileged individuals in Denmark. Stigma is a consequence of individualization, and both can have a negative influence on the individual's way of life. Lastly we can argue that the use of class euphemisms can have just as negative an effect as class definitions themselves, and that there seems to be a need for a change in society in order to reduce social inequality in health.

# Indholdsfortegnelse

<b>Læsevejledning (Fælles)</b> .....	<b>4</b>
<b>Kapitel 1: Indledning</b> .....	<b>5</b>
1.1. Motivation (Fælles).....	5
1.2. Problemfelt (Fælles).....	5
1.2.1. Problemformulering (Fælles) .....	7
1.3. Afgrænsning (Louise) .....	7
1.4. Begrebsafklaring (Vickie) .....	8
1.5. State of the art (Vickie).....	8
<b>Kapitel 2: Videnskabsteori og metode</b> .....	<b>9</b>
2.1. Videnskabsteori (Vickie) .....	9
2.1.1. Konstruktivisme (Vickie) .....	10
2.1.2. Bourdieus videnskabsteoretiske position (Louise) .....	11
2.2. Dokumentanalyse (Louise).....	12
2.2.1. Teksttolkning (Vickie).....	16
2.2.2. Etik og kvalitetssikring (Vickie).....	17
<b>Kapitel 3: Teoretisk afsæt (Louise)</b> .....	<b>18</b>
3.1. Teori om klasse (Louise) .....	19
3.2. Bourdieu.....	25
3.2.1. Bourdieu om klasser (Vickie).....	25
3.2.2. Den sociale verden (Vickie) .....	26
3.2.3. Klasser i form af habitus (Vickie) .....	26
3.2.4. Kulturel kapital (Vickie).....	27
3.2.5. Symbolsk vold (Vickie).....	28
3.2.6. Doxa (Vickie).....	30
3.2.7. Kritik af Bourdieu (Vickie) .....	30
3.2.8. Bourdieu set i et skandinavisk perspektiv (Vickie) .....	31
<b>Kapitel 4: Analyse</b> .....	<b>33</b>
4.1. Analysestrategi (Vickie) .....	33
4.2. Indledende (Vickie) .....	34
4.3. Klasseeufemismer (Louise) .....	36
4.4. Afsendere af de udvalgte dokumenter (Vickie) .....	44
4.5. Individualisering (Vickie).....	50
4.6. Risikoadfærd (Louise) .....	57
4.7. Stigmatisering (Louise) .....	68
4.8. Mulige konsekvenser (Vickie).....	74
<b>Kapitel 5: Diskussion (Vickie)</b> .....	<b>77</b>
5.1. Hvorfor klasseeufemismer? (Vickie) .....	77
5.2. Bliver det modsatte end det det tiltænkte gjort? (Louise).....	80

5.3. Hvem fremstår ulighed i sundhed som et problem for og hvem er ulighed i sundhed reelt et problem for? (Louise) .....	81
5.4. Hvorfor tales der ikke ud fra retfærdighed? (Vickie) .....	84
5.5. Afsluttende overvejelser (Vickie) .....	88
<b>Kapitel 6: Konklusion (Fælles) .....</b>	<b>88</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>91</b>

## Læsevejledning

**Kapitel 1** består af et resume på engelsk, vores motivation for at skrive dette speciale, et problemfelt efterfulgt af vores problemformulering. Kapitlet afsluttes med en begrebsafklaring, afgrænsning og et state of the art afsnit, som beskriver forskningen på området, og hvordan vi positionerer os ud fra dette.

**Kapitel 2** indeholder specialets videnskabsteoretiske afsæt og metodefremgang. Det videnskabsteoretiske afsæt, som benyttes i specialet, er konstruktivismen og der redegøres ligeledes for Pierre Bourdieus videnskabsteoretiske ståsted. Yderligere redegøres der for metoden dokumentanalyse med udgangspunkt i systematisk tekstlæsning samt litteraturindsamling.

**Kapitel 3** beskriver specialet teoretiske referenceramme som indledes med en redegørelse af klasse i Danmark. Efterfølgende vil der redegøres for Pierre Bourdieus distinktionsteori, som benyttes til at give et indblik i individers mængde af kapitaler samt deres sociale position i det sociale rum.

**Kapitel 4** omhandler specialets analytiske del, som er inddelt i seks temaer. Her samles den teoretiske viden og det indhentede empiriske materiale fra dokumentanalysen, og der suppleres med anden relevant litteratur. Her løftes implikationerne af klasse og det vurderes med et kritisk blik. Hvert analysetema afsluttes med en analytisk delkonklusion, som danner grundlag for diskussionsafsnittet.

**Kapitel 5** indeholder fire efterrefleksioner, der tager udgangspunkt i analysen, og de diskuteres med baggrund i det teoretiske ståsted samt vores indhentede empiri.

**Kapitel 6** er det afsluttende kapitel, hvor det præsenterede materiale fra analysen og diskussionen danner baggrund for en konklusion af specialets problemformulering.

# Kapitel 1: Indledning

## 1.1. Motivation

Med vores interesse i emnet social ulighed i sundhed mener vi, at det er interessant at undersøge den dominerende og gængse tankegang, som danner baggrund for den fremtrædende forståelse af social ulighed i sundhed i Danmark. Vi undrer os over, hvorfor der oftest kun ses én måde at udlægge social ulighed i sundhed på, samt om det kunne være frugtbart at se på social ulighed i sundhed ud fra andre tilgange og definitioner. Megen litteratur peger på, at klasse kan bidrage med andre indsigter og perspektiver til forskningen i social ulighed i sundhed end hidtil kendt. Vi undrer os derfor over, at der i politisk og sundhedsmæssig kontekst ikke gøres brug af klassebegrebet, samt hvad det bagvedliggende rationale er for ikke at anvende klasse i en dansk kontekst. Ligeledes finder vi det interessant, hvorfor nogle socialklasser har markant større risiko for at leve et usundt liv og eventuelt udvikle overvægt eller fedme, samt hvorfor der er størst risici forbundet med at tilhøre de laveste socialklasser. Vi finder det af den grund interessant, at undersøge hvordan social ulighed i sundhed defineres, og hvilke implikationer denne definition kan medføre i forhold til de sundhedsideal og normer, der til stede i samfundet. Vi vælger her at undersøge social ulighed i sundhed på et generelt plan, men med et særligt fokus på overvægt og fedme. I forbindelse med vores indledende søgninger er vi ofte stødt på overvægt og fedme i relation til social ulighed i sundhed. Vi vælger af denne grund, at inddrage overvægt og fedme som et fokus når vi undersøger udvalgte dokumenters fremlægning af social ulighed i sundhed. Vi er af den grund ikke interesseret i hvorfor denne overvægt og fedme eksisterer, eller hvordan den skal løses som problem.

## 1.2. Problemfelt

I 2005 nedsatte WHO kommissionen ‘*Commission on Social Determinants of Health*’ med engelske professor i epidemiologi og folkesundhed Michael Marmot som formand (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:3). Dette førte til, at WHO i 2009 vedtog resolutionen ‘*Reducing health inequities through action on the social determinants of health*’, som opfordrede medlemslandene til at gennemføre nationale analyser, hvilket havde til formål at undersøge årsager og indsatser mod social ulighed i sundhed. På baggrund af dette blev professor emeritus Finn Diderichsen, Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet, sat til at lede denne analyse for Danmark. I 2011 udgav Sundhedsstyrelsen dokumentet “Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser”, som undersøger forskellige determinanternes betydning for sundhed og sygelighed i Danmark.

Her italesættes social ulighed i sundhed som et relevant emne for de danske sundhedsmyndigheder, da der er et politisk ønske om at øge danskernes middellevetid. *“Derudover kan en reduktion af den sociale ulighed i sundhed også medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan fastholdes eller måske reduceres.”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5). Denne reducerende tilgang til social ulighed i sundhed har tydelige økonomiske fordele, og der tales i mindre grad ud fra personlige fordele for det enkelte individ. Den danske velfærdsstat blev imidlertid skabt med en ambition om at føre samfundsudviklingen i en retning af et mere lige samfund, som foregik gennem en omfordeling af økonomiske ressourcer. Sundhed har, som følge heraf, hørt ind under betegnelsen en fælles velfærdsgode og dermed en legitim ret for alle. Denne tankegang er dog blevet forrykket, da sundhedssystemerne i højere grad appellerer til individets eget ansvar, egne ressourcer og egen motivation (Lehn-Christiansen et al., 2016:17). Sundhedsstyrelsen udtaler ligeledes i *“Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser”* at: *“Social ulighed vil altid findes og handler om, at der er en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:7). Dette beskriver netop, hvordan sundhed i dag er en del af normen samt det at være den gode samfundsborger og have det gode liv. Samtidig peger normen på forestillinger om, hvordan sundhed er blevet til et individuelt ansvar (Lehn-Christensen et al., 2016:14). I den sammenhæng betyder det, at synligt sunde og aktive individer vil opfattes som dem, der gør det rigtige. De syge og eksempelvis overvægtige individer vil derimod opfattes, som usunde hvorpå de ekskluderes som det uønskede og forkerte i samfundet (ibid.). Sundhed bliver dermed en måde at inddele individer i kategorier som sund eller usund, rigtig eller forkert.

Danmark er ikke er det eneste land, der har foretaget en analyse af årsager og indsatser rettet mod social ulighed i sundhed. Derfor har vi valgt også at rette blikket mod det engelske dokument *“Fair Society, Healthy Lives”* af Marmot. Vi vælger at sammenholde dokumentet med det danske, da Marmot er blandt de førende indenfor social ulighed i sundhed, og er ophavsmanden af begrebet den sociale gradient. I *“Fair Society, Healthy Lives”* beskrives social ulighed i sundhed som et spørgsmål om liv og død, sundhed og sygdom samt trivsel og elendighed. Der skrives her at: *“The fact that in England today people from different socio-economic groups experience avoidable differences in health, well-being and length of life is, quite simply, unfair and unacceptable”* (Marmot, 2010:37). Social ulighed i sundhed beskrives altså her som værende uretfærdigt og uacceptabelt. I det engelske perspektiv af Marmot oplever England lignende udfordringer i forhold til social ulighed i sundhed som Danmark. Her er det de individer med den højeste socioøkonomiske status, som lever længere og har de bedste forudsætninger.

Marmot udtaler, at social ulighed i sundhed opstår fordi der er ulighed i samfundet, og der er ulighed i de forhold hvor individer fødes, vokser op, bor og arbejder (i Marmot, 2010:16). Hvis social ulighed i sundhed skal reduceres kræver det, ifølge Marmot, ikke en separat sundhedsagenda men handling fra hele samfundet. Marmot skriver blandt andet, at de fleste mennesker (i England) har en stærk følelse af retfærdighed. De fleste anser uligheder i samfundet som værende uretfærdige og specielt uligheder på sundhedsområdet (ibid.: 37). Der er blandt andet enighed om, at i et retfærdigt samfund skal ethvert individ have lige muligheder. Samtidig mener englænderne, at forskellene i indkomst er for høje og de sociale uligheder ses ikke kun i indkomst. Dette eftersom uligheder i indkomst ligeledes er forbundet med uligheder i livssituationer (ibid.).

Vi ser her to meget forskellige perspektiver i det danske og det engelske dokument, i relation til hvorfor social ulighed i sundhed bør reduceres. Det lader til at Danmark primært styres af økonomiske interesser, hvorimod England betragter social ulighed ud fra et retfærdighedsprincip. Dette har vækket vores nysgerrighed i forhold til tilgangen de danske sundhedsmyndigheder tillægger social ulighed i sundhed, og hvorfor denne er så forskellig fra den engelske tilgang. Vi er ligeledes nysgerrige på, hvilke løsningsforslag de forskellige tilgange til social ulighed i sundhed bringer med sig.

Dette har ført til følgende problemformulering:

### 1.2.1. Problemformulering

Hvordan defineres social ulighed i sundhed, og hvilke implikationer medfører denne definition, i forhold til de løsningsforslag de udvalgte dokumenter præsenterer?

### 1.3. Afgrænsning

Social ulighed i sundhed er et bredt emne som rummer mange forskellige perspektiver. For at afgrænse vores emne har vi valgt at fokusere på social ulighed i sundhed på et helt overordnet niveau, i det omfang det har kunne lade sig gøre, samt overvægt og fedme i sammenhæng med social ulighed i sundhed. Vi har valgt at lægge fokus på overvægt og fedme grundet vores antagelse om, at der her især er tale om forskellige konsekvenser ved den måde overvægt og fedme italesættes i forbindelse med social ulighed i sundhed. Vi har valgt ikke at fokusere på en bestemt målgruppe i forhold til alder, køn eller etnicitet, da vi udelukkende ønsker at danne os et overordnet billede af implikationerne ved definitionen af social ulighed i sundhed i Danmark.



Vi er dog klar over at disse implikationer muligvis kan variere alt efter alder, køn og etnicitet, og at det muligvis kunne have givet vores undersøgelse en anden vinkel.

#### 1.4. Begrebsafklaring

I specialet vælger vi at definere den sociale klasseinddeling med inspiration fra den franske sociolog Pierre Bourdieus inddeling af økonomisk og kulturel kapital i det sociale rum. Her har vi gjort brug af Faber et al.'s opstilling af det sociale rum ud fra et dansk perspektiv og deres betegnelse af de privilegerede og de mindre privilegerede. Det vil sige, at de privilegerede er dem med en høj grad af kulturel og økonomisk kapital, og de mindre privilegerede er dem med en lav grad af økonomisk og kulturel kapital (Faber et al., 2014:81). Ud fra Socialforskningsinstituttets klasseinddeling, kendt som SFI-inddelingen, vil overklassen, den højere middelklasse og middelklassen i dette speciale anses som de privilegerede, og arbejderklassen og underklassen vil anses som de mindre privilegerede (Hansen, 2011:102). Vi har valgt at benytte denne grove inddeling af socialklasser for at give et overskueligt overblik, da vi ikke specifikt ser på de enkelte klasser. Vi er dog opmærksomme på, at det er muligt både at tilhøre den høje og lave ende af de mere eller mindre privilegerede, hvilket kan have en betydning for individets adgang til og mængde af ressourcer.

#### 1.5. State of the art

I forbindelse med vores litteratursøgning er vi ikke stødt på meget litteratur, som både indeholder klasseperspektivet og social ulighed i sundhed set i et dansk perspektiv. Vi er dog stødt på litteratur, som adskilt undersøger klassebegrebets og social ulighed i sundheds betydning for individer, samt litteratur som hentyder til at disse to hænger sammen. Dette lægger op til, at der kan være grund til at indtænke klasseperspektivet i forhold til at reducere social ulighed i sundhed. Vi vil her kort redegøre for den fundne litteratur, som vi mener har relevans for vores speciale. Bogen "Ulighed i sundhed - nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver" beskriver blandt andet "(...) at der er behov for tilgange til forskning i ulighed i sundhed, der søger at forstå menneskers sociale adfærd som udtryk for subtile og sammenhængende processer, der påvirker sundheden." (Lehn-Christiansen et. al., 2016:10). Det nævnes også at sundhed ikke kan studeres isoleret fra sine kontekster, som blandt andet kan bestå af relationer, ressourcer, magtforhold, værdier og normer (ibid.:12). Der lægges her op til, at der er mange faktorer som kan spille ind på den sociale ulighed i sundhed, og nogle af disse er faktorer, som vi typisk vil forbinde med individets sociale position i samfundet.

Forsknings- og udviklingschef hos Center for Ledelse, organisation og samfund samt lektor i sociologi, Gitte Sommer Harrits, beskriver, hvordan de fleste klasseteorier finder det interessant at undersøge, hvordan forskellige klassepositioner viser sig gennem forskelle i muligheder og ressourcer (Harrits, 2014:192). Harrits beskriver her, hvordan dette også kan være et interessepunkt i forskning, der ikke anlægger et klasseperspektiv (Ibid.). Dette kan vi argumentere for bliver synligt i Sundhedsstyrelsens definition af social ulighed i sundhed, hvor det beskrives, at jo dårligere individet er stillet socialt, jo større sygelighed og dødelighed findes der (Lehn-Christiansen et al., 2016:8). Selvom der ikke tales om et sammenhængende perspektiv mellem klasse og social ulighed i de forskellige perspektiver mener vi, at der kan argumenteres for at være en relevant sammenhæng.

En anden undersøgelse vi har bemærket er, postdoc ved Roskilde Universitet, Iben Charlotte Aamanns Ph.d.-afhandling "*Kampen for det sociale renommé*", hvor hun undersøger, hvorvidt klasser har betydning for sundhedsarbejde og forældres sundhedspraksis samt bedømmelser af moralsk værdi. Aamann sætter fokus på klasseeufemismer, som bliver beskrivende for de eksisterende klasser. Ligeledes vil Aamann med afhandlingen bidrage til, at social ulighed italesættes som klasse (Aamann, 2017:16). Hun beskriver, at Danmark netop er et oplagt land til at undersøge, hvordan klassebegrebet er til stede, selvom Danmark ikke anses for at være et klasseopdelt samfund (ibid.:19). Aamann undersøger de sociale uligheder, som flourerer inden for forældreskabet gennem etnografisk feltarbejde. I vores speciale vil vi undersøge vores udvalgte dokumenter, som omhandler social ulighed i sundhed generelt samt social ulighed i sundhed inden for fedme og overvægt. Vores interesse består her i, hvordan de forskellige dokumenter udlægger og præsenterer problemet om social ulighed i sundhed.

## Kapitel 2: Videnskabsteori og metode

### 2.1. Videnskabsteori

I specialet vælger vi at tage udgangspunkt i en konstruktivistisk tilgang, da vi ønsker at undersøge, hvordan social ulighed i sundhed italesættes og defineres i vores udvalgte dokumenter. Vi kan herigennem klarlægge de selvfølgeligheder, som ligger bag denne definition og med konstruktivismens reflektive blik stille os kritiske overfor disse.

### 2.1.1 Konstruktivisme

Konstruktivismen har sine aner i filosofien, som er nyttig til at forstå konstruktivismens position (Collins, 2009:13). Konstruktivismen står i kontrast til realismen, hvor det menes, at virkelighedens eksistens og egenskaber er uafhængige af individets erkendelse (ibid.) En central skikkelse i konstruktivismen er den tyske filosof Immanuel Kant, som beskriver, hvordan den virkelighed vi mennesker lever i er en afspejling af vores erkendelsesapparat og ikke af virkeligheden som den er (ibid.:14). Ifølge Kant er det erkendelsen, som konstituerer selve den virkelighed, som vi mennesker lever i. Denne kaldes fænomenverdenen og Kants standpunkter kan i dag betragtes som urformen til konstruktivismen (Collins, 2009:14-15). Den moderne konstruktivisme understreger den historiske variable karakter af menneskelige konstruktioner og fremlægges af den tyske teolog og filosof Georg Wilhelm Friedrich Hegel (ibid.:16). Hegel mener at virkeligheden konstitueres igennem fælles begreber, som gennemsyrrer individets liv. Dermed tages der et vigtigt skridt hen imod den moderne konstruktivisme, hvor tanken om konstruktion kombineres med historisk variabilitet (ibid.).

Konstruktivismen bygger kort sagt på en antagelse om, at vores erkendelse af verden er konstruktioner af virkeligheden. Der findes forskellige tilgange til konstruktivismen, og der er generel enighed om, at virkeligheden er konstrueret. Forskellen mellem de forskellige tilgange er, hvem eller hvad der konstruerer virkeligheden (Justesen & Mik-Meyer, 2010:27). I konstruktivismen er konstruktionsprocessen ofte ikke bevidst eller målrettet, og formålet er derfor at gøre det tydeligt at fænomener, som oftest ikke anses for at være konstrueret faktisk er det (Collins, 2009:12). I dette speciale tager vi udgangspunkt i, at virkeligheden er samfundsskabt, hvilket betyder, at den måde hvorpå vores empiriske materiale er formuleret, er med til at skabe en bestemt virkelighed gennem dets forskellige begreber og definition af social ulighed i sundhed. Af denne grund har vi valgt at inddrage politolog Carol Bacchis analysemetode 'What's the problem represented to be (WPR)' (Bacchi, 2009:1). Dette eftersom vi ønsker at problematisere hvordan et problem, i dette tilfælde social ulighed i sundhed, defineres og fremlægges, hvilket WPR modellen netop kan hjælpe os med at belyse.

Indenfor konstruktivismen er det, som optræder som værende naturligt og selvfølgelig noget, der altid kunne have været anderledes. Fænomener er på denne måde socialt eller historisk betinget (Justesen & Mik-Meyer, 2010:28). Vi finder det af den grund meningsfuldt at undersøge de problemdefinitioner og løsningsforslag, der fremstilles i de udvalgte dokumenter om social ulighed i sundhed.

Verden er kollektivt konstrueret, og sproget er med til at skabe denne virkelighed gennem begreber, som kan skabe bestemte forventninger til det enkelte begreb (Justesen & Mik-Meyer, 2010:28-29). Viden er desuden altid viden fra et bestemt perspektiv (ibid.). Vores formål med at gøre brug af konstruktivismen er, at vi herigennem kan undersøge de selvfølgeligheder, som forbindes med definitionen af social ulighed i sundhed. Ved at vise hvordan denne viden er skabt og dermed af-selvfølgeriggøre denne, kan vi stille os kritiske over for definitionen af social ulighed i sundhed, og de løsninger der udspringer af denne definition. Samtidig kan vi klarlægge, hvilke konsekvenser social ulighed i sundhed kan medføre.

### 2.1.2. Bourdieus videnskabsteoretiske position

Vi har valgt at medtage et afsnit om Bourdieus videnskabsteoretiske position, hvor vi kort vil redegøre for denne. Selvom vi ikke benytter den strukturalistiske videnskabsteoretiske tankegang, som Bourdieu gør brug af, er visse dele af den alligevel relevant for os at forholde os til, da Bourdieus teorier til dels er skabt ud fra denne.

Bourdieu kalder sig selv for konstruktivistisk strukturalist, hvor han med strukturalismen taler om, at der eksisterer objektive strukturer, som er uafhængige af individets bevidsthed og ønsker og der kan “(...) lede eller tvinge deres praktikker eller deres repræsentationer” (Callewaert et al., 1994:52). Sociale handlinger er på den måde styret af underliggende strukturer, som giver sig til udtryk gennem samfundets sociale regler og strukturelle mønstre (Wilken, 2011:26). Bourdieu kritiserer dog strukturalismen for ikke at inddrage de aktive sociale agenter i samfundsanalysen (ibid.:29). Et individ kan have erfaringer om et givent emne, men disse erfaringer vil ikke kunne dække alle aspekter af det givne emne (Callewaert et al., 1994:13). Dermed bliver de primære erfaringer en afspejling af individernes egne imaginære sociale forhold. Individernes opfattelse af verdenen hænger, ifølge Bourdieu, sammen med deres hierarkiske position i det sociale system og opfattelser er derfor verdenen set fra et bestemt punkt i bogstavelig forstand (Wilken, 2011:29). Her er vi opmærksomme på at Bourdieu, med dette, taler ud fra de feltstudier han har udført, hvor vi med dette speciale kun er i stand til at kigge på skrevne repræsentationer af definitionen af social ulighed i sundhed.

Med konstruktivismen mener Bourdieu, at der findes en social genese, som på den ene side dækker over de opfattelser og handlemønstre, som konstruerer habitus og på den anden side de sociale strukturer, felter og grupper der defineres som socialklasser (Callewaert et al., 1994:52).

Ifølge Bourdieu er den sociale verden både historisk og socialt konstrueret, hvilket sker ubevidst (Priour & Sestoft, 2006:216). Sociologiens opgave er derfor at afdække sandheder ved at objektivere den sociale verden (ibid.). Vi finder det relevant, at indtænke visse dele af Bourdieus videnskabsteoretiske position, da vi netop vil undersøge implikationerne af de måder social ulighed i sundhed fremlægges i de udvalgte dokumenter. Her vil vi ligeledes forholde os til afsenderne af vores udvalgte dokumenter og deres klasseposition, hvilket fremhæves i strukturalismen.

## 2.2. Dokumentanalyse

I dette afsnit beskrives baggrunden for vores valg af metode og dens relevans til at besvare specialets problemformulering. Vi vil ligeledes redegøre for, hvordan vi med udgangspunkt i en dokumentanalyse har udvalgt vores materiale, samt hvilke etiske og kvalitetsmæssige overvejelser vi har gjort os i bearbejdningen af disse.

I vores speciale har vi taget udgangspunkt i en dokumentanalyse for, at kunne beskrive de forhold, som dokumenterne afspejler ved at fokusere på deres skriftlige indhold (Triantafillou, 2016:127). Vi har her været bevidste om, at dokumenterne ikke er en afspejling af virkeligheden, men nærmere er repræsentationer af virkeligheden ud fra de udvalgte dokumenters afsendere. Vi har desuden valgt ikke at kombinere vores empiriske materiale med andre former for kvalitative eller kvantitative metoder, hvorfor vores empiriske materiale udelukkende vil bestå af dokumenter. Dette har vi valgt, da vi ønsker at undersøge social ulighed i sundhed ud fra de definitioner, som dokumenterne fremlægger frem for at undersøge social ulighed i sundhed som et empirisk fænomen. Inden for samfundsvidenskabelig forskning er dokumentanalysen en anerkendt metode, som anvendes bredt inden for flere undersøgelsesområder. Vi er blevet nysgerrige på, hvordan problemet social ulighed i sundhed defineres i vores udvalgte dokumenter, samt at dokumenterne har været med til at give os et nuanceret billede af social ulighed i sundhed. Denne nysgerrighed kan også anskues ud fra den tilgang, som Bacchi beskriver i sin analysemetode WPR (Bacchi, 2009:1). Bacchis WPR-analyse har det formål at tilbyde et blik, hvorpå policyudvikling og det politiske arbejde er aktivt medskabende af det problem, der søges løst. Dette sker ved, at præsentere specifikke forståelser af selve problemet, og formålet er at identificere implicite problemrepræsentationer (ibid.). I vores speciale vil vi fremhæve de udvalgte dokumenters repræsentation af social ulighed i sundhed. Vores anvendte materiale har været udarbejdet uafhængigt af dette speciale, hvilket kan give anledning til en mere konkret analyse (Justesen, 2005:215).

Selvom materialet i sig selv ikke påvirkes af vores forforståelser, har vi dog et særligt blik på dokumenterne, som er farvet af vores forforståelse omkring social ulighed i sundhed. Vi har her en forforståelse af, at det er de mindre privilegerede i samfundet, som lider under konsekvenserne af social ulighed i sundhed. Vi har ligeledes en forforståelse af, at de privilegerede ofte anskuer de mindre privilegerede som værende en belastning for samfundet.

Ifølge lektor i Socialvidenskab Kennet Lynggaard kan det være hensigtsmæssigt at skelne mellem vores valgte dokumenter som primære, sekundære eller tertiære dokumenter (Lynggaard, 2010:138). Denne tredeling tager udgangspunkt i hvilke aktører dokumentet cirkuleres blandt, og at forskellige typer af dokumenter giver adgang til forskellige informationer (ibid.). Her tager de primære dokumenter udgangspunkt i bestemte typer af mødereferater, personlige breve eller forhandlingsoplæg, som ikke er henvendt til den bredere befolkning men til et afgrænset og lukket forum. De sekundære dokumenter tager udgangspunkt i at være et dokument, som er tilgængeligt for alle eksempelvis lovtekster, regeringsrapporter, avisartikler eller hensigtserklæringer. De tertiære dokumenter er ligesom de sekundære tilgængelige for alle, men er derimod produceret på et tidspunkt efter den situation eller begivenhed, som dokumentet refererer til (ibid.:139). I dette speciale anser vi vores dokumenter som værende sekundære dokumenter, da de i princippet er tilgængeligt for alle, der har interesse i at læse dem. Det er dog vigtigt at have for øje her, at de sekundære dokumenter ikke nødvendigvis har offentligheden som målgruppe på trods af den offentlige tilgængelighed (Lynggaard, 2010:139). Måden vi har valgt at indsamle vores dokumenter, har naturligvis været afhængig af vores problemformulering. Her har det været vigtigt, at vi overvejede dokumenternes repræsentativitet i forhold til det valgte emne (Duedahl & Jacobsen, 2010:67). Vi har eksempelvis haft overvejelser omkring klasses betydning før i tiden og i dag, da klasse ikke nødvendigvis italesættes med de samme ord og i samme grad som tidligere. Klassebegrebet kan derfor forekomme indirekte i de udvalgte dokumenter på flere forskellige måder alt efter dokumentets oprindelsestid. Ved brug af dokumenter om social ulighed i sundhed, overvægt og fedme skal vi have for øje, at budskabet ikke nødvendigvis afspejler hele Danmarks holdning. Det vil oftest kun afspejle forfatterens eller udgiverens holdning, og det bliver derfor nødvendigt at finde understøttelse i andre arkiver (ibid.:69). Dette har vi forsøgt at gøre ved at inddrage forskellige dokumenter, der til dels har forskellige afsendere, som omhandler social ulighed i sundhed, overvægt og fedme for at få et mere nuanceret indblik i de holdninger som fremskrives. For at kunne bedømme repræsentativiteten skal vi have en ide om antallet og typerne af de forskellige dokumenter, som eksisterer, og dette kan gøres ved at skimme det tilgængelige materiale (ibid.:71).

Dette har vi gjort gennem vores litteratursøgning på blandt andet REX, Idunn.no og sst.dk for at få et generelt overblik over den litteratur som eksisterer på området. Vi har valgt at anvende disse databaser, dels fordi vi på disse fik en stor mængde søgeresultater, og fordi vi nåede et mætningspunkt, hvor vi ikke længere fandt nyt materiale. I vores søgning har vi benyttet søgeordene “ulighed i sundhed”, “ulighed i sundhed og Danmark”, “fedmeepidemi og Danmark”, “health inequality and Denmark”, “fedmeepidemi”, “overvægt”, “obesity and Denmark”. Vi har valgt disse søgeord for at få generel viden om social ulighed i sundhed, overvægt og fedme samt for at afgrænse os til materiale som beskriver forholdene i Danmark. I udvælgelsen af relevante dokumenter har vi først og fremmest set efter dokumenter, som omhandler social ulighed i sundhed på et helt overordnet niveau, samt dokumenter der omhandler overvægt og fedme i Danmark. Herefter har vi været opmærksomme på dokumenternes udgivelsesår, da vi har haft et ønske om at finde frem til den nyeste litteratur på området. Dette har blandt andet ført til, at vi har fravalgt Ernæringsrådets rapport “*Den danske fedmeepidemi - Oplæg til en forebyggelsesindsats*” fra 2003, da vi har vurderet, at det var muligt at finde nyere litteratur. Vi har her været opmærksomme på, at dette dokument muligvis indeholder relevant viden, som kunne give vores analyse en anden vinkel og et andet udfald. Vi har desuden noteret afsenderne af de enkelte dokumenterne, da dette kan have en betydning for de holdninger og udsagn som findes i dokumenterne.

Vores udvalgte dokumenter er primært søgt frem på Sundhedsstyrelsens egen database samt ved hjælp af ‘sneboldmetoden’. Vi har fundet det relevant at inddrage materiale fra Sundhedsstyrelsen, eftersom de udgør den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark. Til sneboldmetoden har vi benyttet de udvalgte dokumenter og relevante bøgeres litteraturliste som inspiration til videre søgning i andet materiale (Lynggaard, 2010:141). Her har vi blandt andet benyttet Aamanns ph.d. som inspiration til yderligere litteratur. Ved at anvende denne metode fik vi et overblik over hvilke dokumenter, som har relevans for vores undersøgelse. På den måde kunne vi skabe et overblik over vores problemfelt, og vi kunne søge viden indtil vi vurderede, at der ikke var mere relevant materiale for vores undersøgelse (ibid.).

Vores litteratursøgning har ført frem til følgende dokumenter:

- Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser, Sundhedsstyrelsen 2011
- Forebyggelsespakke Overvægt, Sundhedsstyrelsen 2018
- Sygdomsbyrden i Danmark, Sundhedsstyrelsen 2016
- Den Nationale Sundhedsprofil, Sundhedsstyrelsen 2018

- Det Sunde Valg, Sundhedsstyrelsen 2010
- Fedme som samfundsproblem, Høring for Folketingets sundhedsudvalg i landstingssalen Christiansborg 2009
- Monitorering af forekomsten af fedme, Motions & Ernæringsrådet 2008

Der eksisterer meget litteratur som omhandler social ulighed i sundhed, overvægt og fedme. Vi har af den grund måtte være selektive i forhold til, hvilke dokumenter vi benytter i dette speciale. Vi har fundet de ovenstående dokumenter særligt interessante, da vi her har en blanding af dokumenter, som beskriver social ulighed i sundhed på et generelt niveau, og dokumenter der beskriver overvægt og fedme konkret og i sammenhæng med social ulighed i sundhed. Vi har forsøgt at benytte så nutidigt materiale som muligt, hvilket er et af afsættene for udvælgelsen af vores dokumenter. De to fyldestgørende dokumenter er 'Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser' og 'Den Nationale Sundhedsprofil'. Disse har givet os et bredt billede af social ulighed i sundhed i Danmark, og de indsatser som er igangsat. Vi har fundet 'Det sunde valg' og 'Fedme som samfundsproblem' interessante, da de begge indeholder udtalelser fra flere forskellige fagpersoner. Dette har givet os et varieret syn på social ulighed i sundhed, overvægt og fedme. 'Forebyggelsespakke - Overvægt' er et af de nyeste dokumenter, som omhandler overvægt og fedme, hvilket begrundes dets relevans for vores undersøgelse. 'Monitorering af forekomsten af fedme' og 'Sygdomsbyrden i Danmark' bibringer begge vigtigt supplerende materiale til de resterende dokumenter.

Efter udvælgelsen af vores syv dokumenter har vi gennemlæst dem med fokus på at finde citater, som generelt siger noget om social ulighed i sundhed, overvægt og fedme, samt de fagpersoner som har medvirket til at producere dokumenterne. Ved denne gennemlæsning stødte vi på et stort antal klasseeufemismer, hvilket har gjort os opmærksomme på, hvordan klasse italesættes i dokumenterne. Vi har valgt at illustrere dokumentanalysens pointer med citater, som bidrager til at skabe opmærksomhed omkring de vigtige pointer, som vi ønsker at fremhæve (Lynggaard, 2010:149). I specialet vælger vi at tage udgangspunkt i den britiske sociolog Beverley Skeggs' perspektiv omhandlende eufemismer. Dette gør vi eftersom, at Skeggs blandt andet beskriver, hvordan klasse er medskabende i forhold til, hvordan vi taler om og klassificerer hinanden og andre (Skeggs, 2002:2). Hun fremhæver blandt andet, hvordan klassebegrebet ofte viser sig som moralske eufemismer. I Danmark anerkendes sociale forskelle ikke åbent, men i stedet fremhæves klasse på mere kreative og indforståede måder (Aamann, 2016:78). Her har vi til dels gjort brug af en kvantitativ tekst- og indholdsanalyse ved at optælle hyppigheden af klasseeufemismer.



Vi har talt alle klasseeufemismerne for at få et indblik i det antal gange klasse indirekte nævnes. Dette har vi gjort, da vi finder det sigende i forhold til afsenderne af dokumenternes holdning til klassebegrebet. Grundet et stort antal af klasseeufemismer er det ikke alle, som bliver repræsenteret igennem specialet, og vi har udvalgt dem, som vi vurderer mest sigende i for at kunne besvare vores problemformulering. Flere af eufemismerne som eksempelvis mellemlang/ lang uddannelse og social position, går ofte igen i flere af dokumenterne, og de mest sigende citater og udtalelser er her udvalgt for at undgå gentagelser. Til sidst har vi forsøgt at gruppere de udvalgte citater efter temaer, hvilket har ført til seks analysetemaer, som vi finder relevante for at kunne svare på specialets problemformulering.

### 2.2.1. Teksttolkning

Vi har valgt at anvende teksttolkning, hvilket kan give en konkret vurdering af teksternes autenticitet i en given sammenhæng. Teksttolkning kan inddeles i tre analysetilgange, som hjælper med at styrke tolkningen med bredde og dybde (Lund & Christensen, 1995:236). De tre analysetilgange er ideologikritisk indholdsanalyse, intertekstuel diskursanalyse og den systematiske tekstlæsning. Den ideologikritiske indholdsanalyse har til formål at reflektere over de bagvedliggende værdier, som sættes på spil i dokumentet for at gøre læseren opmærksom på konsekvenserne af implicite værdigrundlag (ibid.:240). Her er målet at afsløre manipulation, skævheder og mangler ved at søge efter brud og postulater i dokumenterne (ibid.:242). Den intertekstuelle diskursanalyse undersøger hvordan viden i og imellem tekster formidles. Det er her nødvendigt at inddrage forskellige typer af tekster, som fordeler sig over en længere tidsperiode, og teksterne bliver et værktøj til at finde grænser for, hvad der tales om. Der fokuseres desuden på tekstens flertydighed (Lund & Christensen, 1995:243). Diskursanalysen kan således defineres som enheden af sociale og lingvistiske regler, som i en given historisk talesituation afgrænser og markerer, hvad der kan siges i pågældende situation (ibid.:243-244). I dette specialet har vi valgt at tage udgangspunkt i den systematiske tekstlæsning. Dette eftersom vi mener, at den systematiske tekstlæsning kan anvendes til at se, hvordan afsenderne af vores udvalgte materiale anvender eufemismer i dokumenterne. Dette vil give os mulighed for at se, hvordan eufemismer er med til forme den gængse opfattelse af klasse, fedme og overvægt.

Målet med den systematiske tekstlæsning er at finde frem til hvad der siges, hvem der taler og til hvilken modtager. Det er her fortolkerens opgave at studere sprogbrug og retoriske virkemidler ved at beskrive forfatterens perspektiv oprigtigt, samt vurdere de aspekter ved emnet som teksten behandler.

Dette giver os som fortolkere mulighed for at forstå, hvordan afsenderne søger at påvirke sine modtagere. Dokumenterne udstyrer dermed læseren med det verdensbillede, som afsenderne ønsker skal bringes frem (Lund & Christensen, 1995:237 & Duedahl & Jacobsen, 2010:71-72). I specialet vil vi anvende den systematiske tekstlæsning til at afdække de retoriske virkemidler, som er til stede i dokumenterne i form af klasseeufemismer. Begreber skaber og definerer vores opfattelse af den verden vi forholder os til, og dokumenterne er med til at skabe et bestemt billede, når de anvender bestemte begreber til at beskrive, eksempelvis, de mindre privilegerede eller overvægtige. Disse italesættelser er medskabende til, at vi som læsere får et bestemt syn på de individer der omtales, og er med til at definere vores opfattelse af den verden, som vi forholder os til. Det bliver i denne sammenhæng relevant for os at have for øje hvilke begreber, som benyttes til at omtale de forskellige klasser i samfundet. Dette fortæller os noget om, hvilket blik afsenderne af de enkelte dokumenter har på de forskellige klassepositioner. Det hjælper os ligeledes til at se, hvilke mulige konsekvenser manglen på klasseperspektivet kan medføre.

### 2.2.2. Etik og kvalitetssikring

Selvom vi i specialet ikke udforsker den sociale virkelighed ved, at have direkte kontakt til de individer som de udvalgte rapporter omhandler eller de fagpersoner, som har været med at formulere dem, har vi stadig et etisk ansvar. I specialet gør vi ikke brug af dokumenter, som indeholder sensitive data. Dog fremskriver vi flere af navnene på dem, som har været medvirkende til at formulere de udvalgte dokumenter. Af denne grund har vi et ansvar for at fremstille valide data om disse fagpersonerne og deres udtalelser. I specialet søges der at opretholde en videnskabelig kvalitet hvor der er sammenhæng mellem det vi ønsker at undersøge, og det vi egentlig undersøger. Vi skal ligeledes sikre sammenhængen mellem vores problemformulering, videnskabsteoretiske afsæt, metodevalg, teorivalg og vores analyse af det empiriske materiale (Kristensen & Hussain, 2016:18). Vi har forsøgt at sikre dette ved kun at inddrage relevant materiale til besvarelsen af vores problemformulering. Ved hele tiden at have for øje hvad det er vi vil undersøge, har vi været i stand til at udvælge videnskabsteori, metode og teori som er i tråd med vores problemformulering. Vi skal desuden være opmærksomme på, at vi ikke kommer til at udføre plagiering og have for øje at vores egne fordomme, som vi har beskrevet tidligere, ikke bliver styrende i specialet (Duedahl & Jacobsen, 2010:74).

Et af kvalitetskriterierne som er vigtig for den konstruktivistiske undersøgelse er gennemsigtighedskriteriet. Der findes her et krav om, at det skal være tydeligt for læseren, hvordan den konkrete problemstilling er undersøgt, og hvorfor valget er faldet på visse dataindsamlingsmetoder frem for andre (Justesen & Mik-Meyer, 2010:39). Dette har vi sikret ved, at begrunde og reflektere over de valg vi har truffet gennem specialet. Vi har i den forbindelse udarbejdet en grundig beskrivelse af vores valg af videnskabsteoretisk afsæt, metode og udvælgelse af materiale. Vi redegør ligeledes for vores valg af teori og deres relevans i besvarelsen af vores problemformulering.

Refleksivitet er beslægtet med gennemsigtighedskriteriet og fremhæves ofte i konstruktivistiske sammenhænge. Refleksivitet fordrer, at vores refleksioner igennem specialet er klart for læseren, samt at vi reflekterer over, hvilken betydning vores egne positioner og erfaringer har for specialets udfald (Justesen & Mik-Meyer, 2010:49-50). Vi er her bevidste omkring vores egen position som specialestuderende, og den virkelighedsforståelse vi har herigennem. Vi er ligeledes bevidste omkring vores uddannelsesmæssige baggrund inden for sundhedsfremme, som i stor grad danner baggrund for vores forståelse og syn på social ulighed i sundhed, og hvordan dette kan influere på de vinkler som fremskrives i analysen.

### Kapitel 3: Teoretisk afsæt

I det følgende afsnit vil vi udfolde specialets teoretiske afsæt. Vi tager udgangspunkt i en overordnet beskrivelse af klasse samt Bourdieus distinktionsteori. Vi vil først redegøre for klassebegrebet for dermed at danne os en forståelse af, hvad der har ført til at klassebegrebet ikke længere benyttes i en dansk politisk kontekst, samt hvilken betydning klassebegrebet kan have for social ulighed i sundhed. Ifølge Aamann kan der argumenteres for, at et blik for klasse tilfører forskning i social ulighed i sundhed væsentlige indsigter, som ikke før er undersøgt (Aamann, 2016:79). Dette er en af grundene til, at vi finder det relevant at redegøre for klasse. Vi vil herefter redegøre for Bourdieus distinktionsteori, herunder hans klassebegreb, det sociale rum, symbolsk vold, doxa samt deres relevans for dette speciale. Bourdieus værk 'Distinktionen' bygger på sammenfatninger og omfortolkninger af flere kulturstudier, som Bourdieu foretog i 1960'erne og 70'erne, hvilket har været med til at sætte et fornyet niveau til livsstilsanalysen (Järvinen, 2007:349 & Bourdieu, 1995:5). På trods af at Bourdieu har bygget sin teori på baggrund af feltstudier, mener vi at hans teori er relevant i dette speciale, eftersom den kan bibringe relevante elementer til vores analyse.

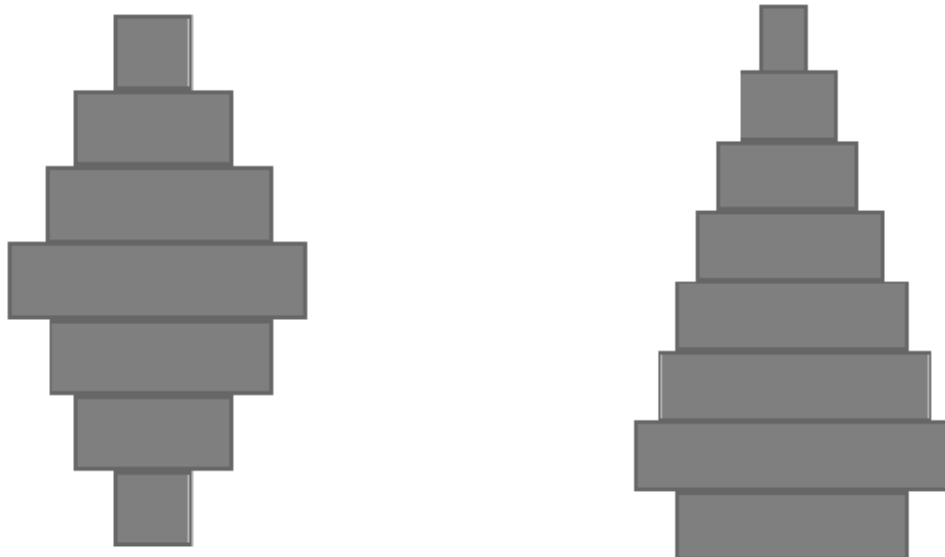
Bourdieu ønskede med distinktionsteorien, at vise sammenhængen mellem fordelingen af ressourcer samt individers handlinger og livsstil (Harrits, 2014:144). Ved at anvende Bourdieus begreber kan vi derfor forklare de forskelligheder og konsekvenser, som social ulighed i sundhed medfører i en dansk kontekst. Samtidig kan vi benytte hans begreber til at belyse den sociale reproduktion af klasseforskelle, og dermed hvilken indvirkning dette har på tilgangen til social ulighed i sundhed i Danmark.

### 3.1. Teori om klasse

I dette afsnit fremhæver vi forskellige perspektiver på klasse, idet vi har valgt ikke at tage udgangspunkt i en konkret klasseteori. Dette har vi valgt, da vi med dette afsnit ønsker at give et indledende og supplerende indblik til Bourdieus klasseteori. Ved at anvende forskellige perspektiver på klasse, kan vi dermed analysere med et mere nuanceret blik på vores empiri, hvilket vi mener er gavnligt for at kunne besvare vores problemformulering.

Et samfund kan beskrives som en helhed bestående af et større eller mindre antal socialklasser eller sociale grupper (Hansen, 2011:95). Om disse bør kaldes sociale grupper eller klasser, er der dog bred uenighed om. Spørgsmålet bliver her om samfundsstrukturen bedst beskrives som opbygget af sociale grupper eller socialklasser eller om en stigende individualisering betyder, at tilhørsforholdet til en socialklasse har fået en mindre betydning. Spørgsmålet bliver desuden om klasseforskelle ses som materielle, kulturelle eller sociale forskelle (ibid.). På trods af disse uenigheder har de fleste individer et tilhørsforhold og en placering i en social gruppe. Dette kommer blandt andet til udtryk i den opfattelse, at kvaliteten i samfundet kan måles via omfanget af social mobilitet, hvor individet har mulighed for at kunne bevæge sig fra en mindre privilegeret position i samfundet til en mere velset placering (ibid.). Der er forskellige betegnelser, som dækker over klassifikationer herunder social klassesdeling, social lagdeling, social rangordning og socioøkonomiske kategorier (Hansen, 2011:99). Disse forskellige betegnelser dækker alle over det samme, herunder at forskellige dele af befolkningen har forskellige materielle og kulturelle ressourcer, værdier, normer og holdninger. Disse danner et systematisk mønster, som er medvirkende til, at vi kan tale om et klasse eller lagdelt samfund (ibid.:99). Men hvad ligger til baggrund for, at vi i Danmark har valgt at benytte klassebegrebet i så lille en grad?

“Klassesamfund...? Det er da noget, som var der i gamle dage - ligesom kakkelovnen, toilet på trappen og det sort-hvide tv. I dag er danskerne én stor middelklasse, lige med undtagelse af misbrugere, hjemløse og andre socialt udsatte.” (Faber et al., 2012:7). Dette citat beskriver den gængse opfattelse af klassesamfundet blandt den danske befolkning. I Danmark er klasseforskelle også mindre tydelige, end de før har været, og Danmark anses for at være et af de lande med mindst ulighed i samfundet (ibid.:10-11). På trods af dette eksisterer der stadig forskelle i levevilkår, muligheder og magt. Der er ligeledes forskelle mellem sociale grupper, som kommer til udtryk blandt andet gennem økonomisk formåen, kulturelle præferencer og politiske holdninger (ibid.10). Ud over dette er der også ulighed i sundhedsstatistikken som viser, at dødeligheden er voksende hos de lavt uddannede, mens dette ikke er gældende for de højtuddannede (Faber et al., 2012:12). Den største forskel mellem klasser ses derfor, når det omhandler sundhed (Harrits, 2014:195). Grundet disse forskelle giver det ifølge Harrits fortsat mening at tale om klasser i Danmark (ibid.:191) Det tyder dog også på, at danskerne tilslutter sig forestillingen om, at der er klasseforskelle i Danmark. Dette eftersom at de fleste danskere har et billede af, at Danmark består af en stor middelklasse og en mindre top og bund. Derfor mener de fleste også, at de tilhører middelklassen. Det reelle billede er dog en pyramideform med en smal bund (ibid.:202).



(Inspiration: Harrits, 2014: 201)

Den ovenstående tilgang til klassesamfundet finder vi interessant, eftersom den er sigende i forhold til det syn, der hersker om klasser og deres betydning i Danmark. Vi vil dog udfordre dette syn ved netop at have fokus på klasses betydning for de implikationer, som definitionen af social ulighed i sundhed kan medføre.

Ulighed og klasser handler ikke kun om økonomi, men også om fordelingen af magt og ressourcer (Olsen et al., 2012:22). Forskellige sociale grupper har forskellige livsformer, erfaringer, præferencer og smag, hvilket giver dem forskellige muligheder for at påvirke deres liv. Overklassen bliver her dem, der har magten og ressourcerne til at sætte rammerne for andres liv (ibid.:23,42). Individernes økonomiske- og uddannelsesmuligheder har i længere tid været en genstand for statens interesse, da politiske målsætninger om at reducere uligheden på disse områder har været fremtrædende (Hansen, 2011:96). Tanken om lighed tager udgangspunkt i de sociale uligheder, som allerede eksisterer i det danske samfund. Ræsonnementet lyder her, at hvis de eksisterende sociale uligheder fjernes, vil samfundet være stærkere (ibid.:97). En mindre social afstand mellem socialklasser vil skabe en stærkere solidaritet, og der vil skabes social retfærdighed som betyder, at alle vil have de samme livschancer uanset, hvilken socialklasse man fødes ind i (ibid.). Disse argumenter stammer fra forskellige samfundssyn, hvor der på den ene side hersker en opfattelse af, at et lighedssamfund er et stærkt og harmonisk samfund, hvorimod der på den anden side findes en opfattelse af at et samfund må have hierarkier der sikrer, at samfundet bliver ledet af de mest talentfulde (Hansen, 2011:96). Den form for lighedstilgang som vi ser i det danske samfund kaldes for den reelle lighed (ibid.:98). Her tildeles alle den samme mængde ressourcer eksempelvis det samme antal uddannelsesår, og på den måde bliver den offentlige indsats lige for alle. Dette er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med, at resultatet heraf bliver det samme for hele befolkningen. Dette afhænger af de ressourcer, som den enkelte har adgang til ud over de ressourcer som gives fra det offentlige. I uddannelsessystemet vil dette eksempelvis være de ressourcer den enkelte møder i sin opvækst, og det må her erkendes, at mennesker fødes og vokser op som ulige (ibid.:98). Hvis det derimod ønskes, at resultaterne skal være lige tales der om resultatlighed. Her tildeles forskellige individer forskellige mængder af ressourcer således, at de svageste får flest og de stærkeste får færrest (Hansen, 2011:98). Vi vil benytte dette indblik i lighedsperspektivet gennem vores analyse og diskussion af definitionen af social ulighed i sundhed og dets implikationer. Her mener vi, at det ikke er muligt at tale om social ulighed i sundhed uden også at tale om ideen om lighed.

I den danske forskning af klasser har det weberianske spørgsmål om social arv og mobilitet, som er inspireret af Bourdieus teori om kulturel kapital og social reproduktion været centralt. Dette i forhold til at social ulighed i et samfund ikke nødvendigvis udgør et normativt eller et politisk problem, hvis uligheden er usystematisk fordelt. Ifølge Harrits er der dog grund til foruroligelse, hvis uligheden reproduceres systematisk på tværs af generationer (Harrits, 2014:217). Hun mener ligeledes, at der tegnes et billede af en ny form for ulighed i Danmark, hvor der hersker en følelse af at være udenfor i et samfund, som stiller større krav til individuelle valg og kompetencer (ibid.:218). Vi finder denne udlægning af social ulighed interessant, idet den ikke blot siger noget om ulighed blandt de mere og mindre privilegerede på et økonomisk niveau, men også ud fra individets evne til at træffe de rigtige valg. I Danmark ses der en betydelig social arv, især hvad der angår sociale og kulturelle ressourcer. Den danske velfærdsstat har dog haft succes med at bryde den økonomiske arv (ibid.:217-218). Alt i alt kan det siges, at der virker til at være sket et skift, hvor et multidimensionalt klassebegreb med øget fokus på kulturelle dimensioner er blevet fremherskende og forskningen kan ikke længere nøjes med en traditionel klasseteori. Det er behov for flere forskellige klassebegreber og teorier om de måder, hvorpå klasserne virker for, at kunne afdække betydningen af forskellige klasse- og stratifikationsrelationer (Harrits, 2014:230-231).

Den weberianske klasseteori har bidraget til en forståelse af den sociale reproduktion af klasse- og uddannelsesforskelle på tværs af generationer, hvor den bourdieuske tradition har bidraget til at forstå livsstil og status (Harrits, 2014:230). Den marxistiske tradition benyttes ikke i samme grad i det danske samfund, men flere forskere efterlyser yderligere forskning i fordelingen af økonomisk kapital, hvilket den marxistiske tradition kan belyse (ibid.:231). Der findes en del diskussioner omkring de forskellige klasseteorier, og der findes desuden en omfattende kritik af klasseteorien. Denne kritik bunder i individualiseringen af individet, som har medført, at individuelle valg i dag fylder mere end strukturelt funderede identiteter og tilhørsforhold (ibid.:234). I den politiske debat har spørgsmålet om hvem, der egentlig har ansvaret for individernes sundhed længe spillet en stor rolle (Vallgård, 2003:148). I 1977 skriver prioriteringsudvalget, at individerne selv må erkende deres ansvar for et sundere liv. Politikerne mener dermed at der må stilles krav til den enkelte (ibid.). Især den borgerlige regering gør det klart i 2001, at sundhed er et individuelt ansvar. Den daværende socialdemokratiske sundhedsminister Birthe Weiss er enig i dette og mener at individerne selv må vælge, og forhåbentligt vil de vælge det sunde liv (ibid.:148-149). Der bliver her stillet forventninger til både vilje og ansvar hos individerne. Andre socialdemokrater mener dog på det tidspunkt, at der er forhold, som ligger uden for den enkeltes indflydelse, som kan have en større betydning for individets sundhedstilstand (Vallgård, 2003:149).

De mener af den grund, at det også er “samfundets opgave at skabe levestandard og udviklingsmuligheder for det enkelte menneske som på bedst mulige måde sikre bevarelse af sundhed og trivsel og forebygger sygdom.” (Vallgård, 2003:149). Her mener folketingsmedlem Torben Lund i 1987/88 også, at vaner ikke er et resultat af ingenting, men netop er et produkt af individets hverdag og livsbetingelser, og at det af den grund er de grundlæggende forhold som må ændres, hvis individets livsstil skal ændres (ibid.). I 1989 skriver den borgerlige regering, at individet må acceptere begrænsninger og regler på de områder, hvor konsekvenserne af valg og fravalg også vil ramme fællesskabet, og hvor adfærden kan belaste samfundets ressourcer (ibid.:151). I 2002 følger den borgerlige regering til dels den samme tankegang og mener, at individet har ansvar for sit eget liv og må leve livet, som individet selv ønsker. Dog må individet være klar over, at valg og fravalg i relation til livsstil kan have positive og negative konsekvenser for både individet selv og andre. Der bliver her appelleret til et socialt ansvarligt individ (Vallgård, 2003:152). Her ønsker politikerne dog ikke kun at appellere til et socialt ansvar, men også at påvirke individers ellers frie valg (ibid.:156). Især de borgerlige partier fremhæver i denne sammenhæng betydningen af at motivere til en bestemt livsstil og i værste fald en holdningsændring (ibid.). Dette mener de kan gøres gennem oplysning og viden for at vække individernes interesse for en sundere livsstil (Vallgård, 2003:156). Vi finder individualiseringen og dens udvikling interessant, da den giver os et indblik i det syn, der har været med til at forme definitionen af social ulighed i sundhed. Dette eftersom at individualiseringen fortsat spiller en stor rolle for synet på, hvem der bør stilles ansvarlig for danskernes sundhed. Derfor finder vi det relevant, at se nærmere på de implikationer individualiseringen kan medføre for de mere og mindre privilegerede i forhold til deres sundhed.

Den danske individualisering og den politiske forventning hertil er at individet føler sig forpligtet til at vælge en sund livsstil. Det kan ses i sammenhæng med den britiske sociolog Anthony Giddens. Giddens mener, at individet er friset til at skabe sin egen identitet, og at man som menneske i det senmoderne samfund ikke har andre valg end at vælge (Harrits, 2014.:234). Giddens er af den opfattelse, at individuel refleksivitet og individuelle valg fylder mere end de strukturelt funderede identiteter og tilhørsforhold (ibid.). Det er dog ikke kun Giddens, som mener at der er sket en forskel i kulturelle tilhørsforhold og livsstilsforskelle, og at vi i det senmoderne samfund ser et fravær af klassebevidsthed (ibid.:235). Den tyske sociolog Ulrich Beck tilskriver sig også denne holdning og retter ligeledes sin kritik mod klassebegrebet som han, grundet individualiseringen, kalder en zombiekategori. Giddens og Beck taler dermed begge om klassebegrebets død, hvor individer ikke bevidst gør sig tanker om at være medlemmer af en klasse (Harrits, 2014:235).



Forestillingen om at individualisering og en øget refleksivitet har erstattet tilhørsforholdet til socialklasser, kritiseres dog både teoretisk og empirisk (Harrits, 2014:235-236). Flere forskere peger på, at refleksivitet er en ressource, som ikke er lige fordelt blandt medlemmerne i samfundet, og refleksivitet kommer i denne forstand til at fungere som en form for kulturel kapital i Bourdieus forestilling (ibid.:236). Individualisering og refleksivitet skaber hermed en ny klassesedeling mellem de, som er refleksive og tilpasningsdygtige, og de som ikke formår dette (ibid.). På trods af at både Giddens og Beck mener, at klassesamfundet er dødt, bliver denne kritik af deres synspunkter fortsat relevant. Dette eftersom vi mener, at der fortsat kan tales om klasser i Danmark, og at en klassesedeling spiller en vigtig rolle for problematikken om social ulighed i sundhed. Her har vi en forestilling om, at denne inddeling mellem de tilpasningsdygtige og ikke tilpasningsdygtige kan overføres på de mere og mindre privilegerede. Dermed mener vi, at dette har en betydning for hvem der rammes af konsekvenserne af social ulighed i sundhed.

Bourdieu har udført adskillige analyser af socialklasser i de højtudviklede vestlige lande. Her arbejder Bourdieu med klassesamfund, som er splittet mellem top og bund. Her vil nogle klasser dominere over andre klasser, og dermed vil de anses som dem der domineres (Olsen et al., 2012:27). I et økonomisk dansk perspektiv betegnes den dominerende klasse som eksempelvis direktører, virksomhedsejere, professorer og redaktører. De dominerede betegner blandt andet forskellige dele af arbejderklassen som eksempelvis de ufaglærte, faglærte og lærlinge (ibid.). Ifølge Bourdieu er det ikke kun den økonomiske kapital, som skaber magt og hans teorier har af denne grund vakt interesse i de skandinaviske lande grundet vores uddannelsessystem og offentlige sektor (ibid.). Selvom Bourdieu i første omgang ikke ønskede at videreudvikle klasseteorien er det netop det, som han har gjort. Bourdieus klassebegreb har bidraget til en gennemtænkning af de centrale problemstillinger i diskussionen om klasser, herunder eksempelvis forholdet mellem klasser og hierarkier og forholdet mellem sociale og symbolske relationer (Harrits, 2014:126). Bourdieu giver både Marx og Weber ret i, at klasser skal forstås med et udgangspunkt i den sociale orden, de sociale strukturer og fordelingen af ressourcer i samfundet (ibid.:127). I sin diskussion af klasser indleder Bourdieu med at udpege tre udfordringer. Den første udfordring er synet på klasser som substantielle størrelser eller sociale grupperinger. Den anden udfordring er klasseteorien ensidige fokus på økonomiske ressourcer, og den tredje udfordring omhandler klasseteorien manglende forståelse af symbolske kampe (ibid.). Bourdieus klasse teori er på den måde en omfattende og nuanceret klasse teori, hvor han løser adskillige problemer, som har kendetegnet de klassiske traditioner (Harrits, 2014:147). Bourdieu præsenterer ikke en samlet teori men nærmere en række sociologiske begreber, der tilsammen danner rammen om en sociologisk tilgang (ibid.:148).

Dette er vi opmærksomme på, og af denne grund inddrager vi anden relevant litteratur, der hvor Bourdieus teori ikke er i stand til at give et uddybende indblik i, hvilke implikationer definitionen af social ulighed i sundhed medfører. Vi er her ligeledes opmærksomme på, at Bourdieu ikke er sundhedssociolog, og vi henter derfor ræsonnementer ind fra blandt andet Aamann og Vallgård.

## 3.2. Bourdieu

### 3.2.1. Bourdieu om klasser

Ifølge Bourdieu er klasser teoretiske konstruktioner fremstillet af forskere med et bestemt analytisk formål. Klasser eksisterer derfor ikke i virkeligheden men kun på papiret (Bourdieu, 1995:39). Ifølge Bourdieu viser klasser sig som erfaringer, der bæres i kroppen. Objektive strukturer bliver på den måde til mentale strukturer, der indlejres i kroppen gennem habitus (Faber et al., 2012:54). Der eksisterer rum af forskelle i forhold til fordelingen af materielle goder og kulturelle ressourcer, og klasser bliver hermed et redskab til at inddele disse forskelle. Rummet af sociale positioner er der hvor klasser og klassefraktioner placeres i forhold til hinanden, og afspejler lighed og forskellighed i livsbetingelser (ibid.:45). Dette stemmer overens med vores antagelse om, at der findes klasseinddelinger i Danmark, som bliver bestemmende for graden af ressourcer, som individer har adgang til, og det er herigennem at forskellene mellem de mere og mindre privilegerede skabes. Individerne skal ses som agenter, der er socialt konstrueret og handler inden for det pågældende felt (Frederiksen et al., 1998: 5). I Bourdieus værk "Distinktionen" konstruerer han det sociale rum ud fra mængden og fordelingen af økonomisk og kulturel kapital, hvilket placerer de sociale agenter i rummet ud fra, hvor meget og hvor lidt de har tilfælles med hinanden (Bourdieu, 1995:34). Dette er blandt andet set ud fra individernes egen samt deres forældres uddannelse, erhverv, indkomst, arbejdstid etc. (Wilken, 2011:75). På baggrund af disse ressourcer om forskelle og ligheder placeres agenterne i teoretiske klasser ud fra mængden og sammensætningen af deres kapital. En teoretisk klasse består af de individer, som har flest faktorer tilfælles og dermed den samme position i det sociale rum (ibid.). Bourdieu skelner mellem tre klasser: et borgerskab, der fungerer som den dominerende klasse med en høj grad af kapitaler, et småborgerskab, som er den mellemliggende klasse med en middel mængde kapital og sidst de folkelige klasser som kendetegnes ved deres lave mængde af kapital. Hver af de tre klasser kan inddeles yderligere ud fra deres sammensætning af økonomisk og kulturel kapital (ibid.:46). I dette speciale vil vi ikke direkte anvende Bourdieus klasseinddeling, men primært tale om den danske befolkning som de mere og mindre privilegerede. Dette vælger vi at gøre, da vi ikke går i dybden med de enkelte klasser og deres konkrete mængder af kapitaler, men derimod ser på klasser ud fra et bredere samfundsperspektiv.

### 3.2.2. Den sociale verden

Den sociale verden i et moderne samfund består af relativt autonome rum eller felter, som har hver deres logik og særlige kapitalform. Ifølge Bourdieu kan det sociale rum ses som et felt af sociale klasser, hvor forskellige livsstilsgrupper kæmper om status og dermed også om magt og indflydelse (Wilken, 2011:80). Det Bourdieu kalder livsstilsrummet er et rum, der består af forskelle i kulturelt forbrug, kundskaber og moralske dispositioner (Faber et al., 2012:47). Hver klasse kobles her med forskellige livsstile (Rosenlund & Prieur, 2006:143). I nærværende speciale ser vi livsstilsrummet som det sted, hvor forskelle i ressourcerne mellem de mere og mindre privilegerede giver sig til kende. Dette ser vi gennem den måde, hvorpå dokumenterne repræsenterer de livsstile, som de mere og mindre privilegerede forbindes med og dermed også de livsstilsformer, som anerkendes. Rummet af sociale positioner er et usynligt netværk, der knytter individerne sammen eller skiller dem ad (Faber et al., 2012:47). Det at tilhøre en bestemt ”gruppe” betyder ikke, at man har mobiliseret sig sammen for at nå et fælles mål, som Karl Marx beskriver det, men nærmere at man er opdelt efter placering i det sociale rum (Bourdieu, 1997:27). Det sociale rum er præget af kampe, hvor individerne kæmper om at forbedre deres position i feltet, og der foregår ligeledes en konstant kamp om hierarkiet mellem felterne og dermed om værdien af de forskellige kapitalformer (Faber et al., 2012:47). Her udvikles forskellige strategier, som har til formål at bevare eller forbedre en classes position (Rosenlund & Prieur, 2006:135). Bourdieus klasse teori viser dermed, hvordan sociale kampe mellem klasser ikke kun handler om fordelingen af kapitaler men også fastsættelsen af regler for inklusion og eksklusion i vigtige felter (Harrits, 2014:145). Dette fokus bliver vigtigt og kan benyttes til at belyse, om disse typer af kamp eksisterer når det handler om at reducere ulighed i sundhed.

### 3.2.3. Klasser i form af habitus

Bourdieu's hovedinteresse i Distinktionen er den fælles habitus og praksis (Kaspersen & Blok, 2011:73). Her afspejler de moderne livsstile tilstedeværelsen af forskellige typer af habitus, og hvordan disse tilhører forskellige klasser (ibid.). I dette speciale kan habitus derfor sige meget om, hvorfor bestemte klasser handler som de gør og hvilke værdier, der reproduceres inde for de forskellige klasser. Vi finder det ligeledes relevant at redegøre for habitus, da den måde vores udvalgte dokumenter fremlægger social ulighed i sundhed på, fortæller noget særligt om afsendernes habitus.

Ifølge Bourdieu udgør habitus forbindelsen mellem individets position i det sociale rum og individets valg (Järvinen, 2007:353). Habitus er et system af varige og foranderlige dispositioner, hvorigennem individet opfatter og handler i verden. Habitus er dermed det, der omsætter en social positions karakteristika til det, der kendetegner en bestemt livsstil (ibid.). Habitus er et produkt af historien, som producerer individuelle og kollektive praksisser, og sikrer den aktive tilstedeværelse af tidlige erfaringer (Bourdieu, 2007:94). Habitus kan frembringe produkter af kontrolleret frihed, tanker, oplevelser og handlinger, der altid er indskrænket af de historiske og socialt situerede produktionsbetingelser (ibid.: 95.). Eftersom det er nærliggende at reproducere den sociale verden, som individet kommer fra, bliver det vanskeligere at agere i andre felter, som er langt fra den sociale verden der normalt færdes i (Faber et al., 2012:48). En klassehabitus er dermed et inkorporeret udtryk for bestemte livsbetingelser (Rosenlund & Prieur, 2006:142). Helt banale hverdagshandlinger er, ifølge Bourdieu, et resultat af dispositioner i habitus, og de symboliserer dermed den sociale lighed eller ulighed mellem individerne. Dermed mener Bourdieu, at de smagspræferencer som ses i hverdagshandlingerne er med til, at individerne klassificerer sig selv (Wilken, 2011:81). Den kollektive habitus bliver tilegnet i sociale miljøer, hvor der hersker en fælles forståelse. Habitus er dermed samfundsmæssig, da den bekræftes, reproduceres og forandres gennem socialisering (ibid.:49). Når klassemedlemmers praksisser altid er mere eller mindre tilpasset hinanden skyldes det at de, på trods af at de følger deres egne love, stadigvæk er tilpasset hinanden grundet habitus (Bourdieu, 2007:100). Selvom det er udelukket, at alle fra den samme klasse har de samme erfaringer, vil medlemmerne dog altid have en større chance for at blive konfronteret med de situationer, der hyppigst opleves af medlemmer i denne klasse, end et medlem fra en anden klasse vil (ibid.:101). Dette betyder, at individer med den samme baggrund vil have den samme forståelse af, hvad man kan, og hvad man ikke kan. Fastholdelsen af denne sociale struktur i habitus er medvirkende til at opretholde sociale hierarkier (Wilken, 2011: 80). Vi ser dette som opretholdelsen af forskellene mellem de mere og mindre privilegerede på baggrund af smagspræferencer og livsstil.

#### 3.2.4. Kulturel kapital

Kapitalbegrebet kan bruges til at beskrive, hvordan nedarvede kulturelle goder definerer forholdet mellem forskellige socialgrupper, og er med til at begrænse og regulere deres handlemuligheder (Prieur & Sestoft, 2006:88). Forskellige individer har forskellige forudsætninger alt afhængigt af deres families historie, og deres valg præges heraf (ibid.:89). Økonomisk kapital beskrives som penge eller besiddelser, der kan omsættes til penge (Faber et al., 2012:46).

Bourdieu benytter i 'Distinktionen' perspektivet om kulturel kapital på hele samfundet, og han demonstrerer, hvordan kulturel og økonomisk kapital kan virke med og mod hinanden og dermed skabe komplekse mønstre for social differentiering (Faber et al., 2012:51). Kulturel kapital består blandt andet i individets viden, smag og profession (Priour & Sestoft, 2006:89-91). Den sociale kontekst er her afgørende for hvilke kompetencer, der kan virke som kulturel kapital. Eftersom kapital er et rationelt begreb, hviler det på opfattelser og er dermed ikke nogen universel standard (Faber et al., 2012:52). Vi mener af denne grund, at vi kan benytte Bourdieus begreb om kulturel kapital i en dansk kontekst, da kapitaler og deres værdi kan tilpasses det enkelte samfund og dets opfattelser. Kulturel kapital har slægtskab med Kants ide om det, han kalder den rene smag. Der vil derfor altid være ting, som vil anses for i større grad at tilhøre elitekulturen end andre, og dermed skal kulturel kapital ses som noget, der er indlejret i sociale kontekster og er i konstant forandring (ibid.:53). Vi kan af denne grund bruge den kulturelle kapital som baggrund for, hvordan mængden af ressourcer er forskellig i forskellige klasser, og hvordan dette får betydning for individets livsbetingelser. Dette gøres ved at se på de ressourcer som oftest forbindes med de privilegerede og de mindre privilegerede. Tilstedeværelsen af at disse forskelle i ressourcer er medvirkende til at beskrive baggrunden for nogle af de sociale uligheder i Danmark, og hvordan disse fremstilles.

### 3.2.5. Symbolsk vold

De sociale systemer og det sociale rum er præget af ulighed i form af skæve ressourcefordelinger. Den dominerende klasse besidder en høj mængde af kapital og status, hvor den dominerede klasse besidder en lav mængde af kapital og status (Wilken, 2011:89). Der virker til at være en accept af, at ulighed er en naturlig ting, og her mener Bourdieu at staten, som den dominerende gruppe, svigter sine forpligtelser overfor de svageste i samfundet (ibid.:90). Bourdieu definerer symbolsk magt som magten til, at konstruere virkeligheden og dermed få folk til at se og forstå verden på en bestemt måde. Dette skaber en virkelighedsforståelse, som vil opfattes som sand (ibid.:89-90). Den symbolske vold foregår her som en form for usynlig magt, og der hersker en indforståethed blandt dem der udsættes for den (Bourdieu & Wacquant, 2009:151). Virkelighedsforståelsen indlejres i habitus, og er derigennem en del af samfundets doxa. Den symbolske magt udøves gennem symbolsk vold, som udføres ved at navngive og klassificere den sociale virkelighed. Eksempelvis sker dette politisk gennem lovgivninger og indretningen af samfundsrummet (ibid.). Her kan sociale grupperinger produceres og reproducere og magten til at gøre dette afhænger af den sociale position, som er opnået i de foregående kampe i feltet (Callewaert et al., 1994:67).

Den symbolske kapital bliver her afgørende for, hvorvidt individet har opnået tilstrækkelig anerkendelse til, at kunne forlange yderligere anerkendelse (Callewaert et al., 1994:67). I alle relationer hvor viden om samfundet, dets værdier og idealer videregives er der tale om symbolsk vold (Wilken, 2011:93). Enhver sproglig interaktion rummer derfor muligheden for at udøve symbolsk vold. Dette især hvis individerne har asymmetriske positioner i forhold til den relevante kapital (Bourdieu & Wacquant, 2009:130).

Oftest er der generel enighed om, at de dominerendes smag er den, som anerkendes, og de dominerede vil ofte nedvurdere dem selv, og det de står for (Prieur & Sestoft, 2006:51). Forskellene i smag og livsstil bliver her et udtryk for, hvor vellykket individet er og de lavere klassers livsstilsvalg tildeles mindre værdi (Faber et al., 2012:236-237). Bourdieu benytter begrebet "magtfeltet" som erstatning for begrebet "de dominerende klasser". Dette begreb kan relateres til Bourdieus diskussioner om staten og symbolsk vold (Wilken, 2011:103-104). Staten findes både ude i samfundet, blandt andet gennem lovgivninger, men også i hvert enkelt individ gennem den måde de forstår den sociale virkelighed på (ibid.:104). Staten afgør hvilke sociale kategorier der skal støttes, eksempelvis socialt udsatte, og bidrager til sociale kategoriseringer som har betydning for kvalifikationskampene (ibid.:105). Det er svært at udfordre statens monopol på den sande virkelighedsforståelse, og dette får også betydning for forskeres mulighed for at udforske denne sociale virkelighed (Wilken, 2011:105). I og med at forskere vokser op i statens institutioner, gør Bourdieu opmærksom på, at statens virkelighedsforståelse er inkorporeret i forskernes habitus, og dermed er det en bestemt viden der videregives (ibid.). Staten er domineret af de dominerende klasser, og deres interesser vil derfor ofte forveksles med statens interesser (ibid.:106). Selvom statens arbejde anses for at være neutralt og bære af universelle interesser, bekræfter staten dog en specifik social orden, som privilegerer bestemte hierarkier (Prieur & Sestoft, 2006:101-102). Oftest bemærkes dette dog ikke, da individets verdensbillede er skabt af staten, og denne accepteres derfor uden videre overvejelse (ibid.:102). Den symbolske vold er relevant, når vi ser på, hvordan social ulighed i sundhed defineres, samt hvilke konsekvenser denne definition kan have for den danske befolkning. Her er det relevant at anskue, hvordan de privilegerede skaber samfundsnormerne. Ydermere er det relevant at se på de kropslige og udseendemæssige forskelle, som ses i forhold til mængden af kulturel kapital hos de privilegerede og de mindre privilegerede, samt hvordan dette bliver medbestemmende for den virkelighedsforståelse, som social ulighed i sundhed hviler på.

### 3.2.6. Doxa

Begrebet doxa er bestemmende for de grundlæggende overensstemmelser, der hersker mellem individerne og feltet. Doxa er hermed alt det, som er udtalt og selvindlysende i et samfund, og dermed det der tages for givet (Wilken, 2011:55). Hvert enkelt felt har en doxa, og denne er inkorporeret i habitus for, at det er muligt at deltage i feltet og de kampe, der finder sted her (ibid.:56). Doxa er den praktiske viden, som gør individets handlen og valg meningsfulde (ibid.). Doxa får en betydning i dette speciale, da det er med til at forklare, hvordan de privilegeredes synspunkter bliver anset for at være sund fornuft. Deres synspunkter som sætter sig igennem blandt andet i form af sundhedspolitikker, bliver hermed universelle synspunkter og derigennem de synspunkter, som dominerer. I vores udvalgte dokumenter har vi for øje, hvordan doxa kommer til udtryk, samt den betydning dette kan have for de mindre privilegerede. Doxa kan dermed være medskabende til at udtrykke de klasseinteresser, som ses blandt de privilegerede.

### 3.2.7. Kritik af Bourdieu

Da vi i specialet vælger ikke at inddrage en sekundær teoretiker, finder vi det relevant at kaste et kritisk blik på Bourdieus teori. På den måde er vi i stand til at stille os reflektive overfor vores teoretiske ramme, hvilket danner baggrund for, at andet relevant litteratur inddrages, hvor det findes nødvendigt. Vi er derfor opmærksomme på, at Bourdieus teori alene ikke er nok til at belyse alle aspekter ved definitionen af social ulighed i sundhed i det danske samfund, og at der findes variationer til hans synspunkter. Et af kritikpunkterne ved Bourdieus teori er, at han kalder sit arbejde for strukturalistisk konstruktivisme (Järvinen, 2007:263). Der stilles her spørgsmål ved hvordan de objektive sociale strukturer, som former individet, er blevet produceret, samt hvordan disse vil kunne ændres, hvis de kun findes hinsides individets bevidsthed og vilje (ibid.). Bourdieu kritiseres af den grund også for at have et skarpt fokus på magt og reproduktion og et mindre fokus på modmagt og forandring (ibid.:364). Det menes derfor at han presser et statisk makrosocialt rum ned over individerne, som studeres. Hans begreber bliver på den måde ikke i stand til, at forklare hvordan visse individer fra den dominerede klasse er lykkedes med at tilegne sig eksempelvis uddannelseskapital, som Bourdieu argumenterer for, at de ikke er i stand til at tilegne sig (Järvinen, 2007:364). Bourdieus klasseteori rummer derfor ikke plads til individuelt talent og personlig indflydelse på individets liv (ibid.).

### 3.2.8. Bourdieu set i et skandinavisk perspektiv

Bourdieu's distinktionsteori er oprindeligt udgivet i 1979 i Frankrig, og tager udgangspunkt i det franske samfund (Bourdieu, 1995:5). Bourdieu tager ligeledes udgangspunkt i etnografiske feltstudier (ibid.:30). Selvom Bourdieu tilskynder at beskæftige sig med feltstudier, mener vi dog, at Bourdieu's teori også har relevans i en dokumentanalyse. Visse teoretikere mener, at der kan være tvivl omkring, hvorvidt Bourdieu's teorier fortsat har relevans i nutidens danske samfund. Flere nyere teoretikere peger dog på at klasse, og herunder også Bourdieu's klasseteori, er relevant at anvende i en dansk kontekst. I dette speciale lægger vi os af den grund i forlængelse af blandt andet lektor ved Institut for Kultur og Globale studier Stine Faber, dr. philos Lennart Rosenlund og professor ved Institut for Sociologi og Socialt Arbejde Annick Prieur, postdoktor i sociologi Vegard Jarness og sociologerne Diana Reay og Stephanie Lawler, som alle på hver sin måde undersøger klasse i et nutidigt perspektiv.

Jarness har benyttet Bourdieu til at undersøge selvrefleksivitet hos beboerne i Stavanger. Han beskæftiger sig blandt andet med, hvorvidt smag og livsstilsforskelle opfattes som værende betydningsfulde af sociale aktører på et subjektivt niveau (Jarness, 2014:231). Her konkluderer Jarness, at der lader til at være en klar sammenhæng mellem klasserelationer og forskelle inde for de kulturelle praksisformer i Norge (ibid.:243). Beboerne i Stavanger skaber automatisk et skel mellem 'dem' og 'os' set ud fra livsstilsvalg, uddannelsesniveau og generel smag (ibid.:244). Jarness viser her hvordan forskelle i livsstil får en vigtig betydning for hvordan sociale relationer opstår (Jarness, 2013:278). Bourdieu's analyse af det franske samfund kan, på trods af de kulturelle forskelle mellem Frankrig og Norge, dermed også tages i brug til analyser af det norske samfund, hvor der ses et empirisk sammenfald mellem klasse og livsstils relationer (Jarness, 2014:244).

Rosenlund og Prieur benytter ligeledes Bourdieu til at vise, hvordan klasseforskelle kan påvises i Danmark som både fordelingsstrukturer, grænsemarkeringer og former for habitus (Faber et al., 2012:238). De gør her brug af Bourdieu's distinktionsteori og klasseopdeling, hvor de konstruerer et socialt rum af Aalborg i bourdieusk stil. Rosenlund og Prieur's undersøgelser viser, at forskellige skel opstår og forstærkes ved, at individer der ligner hinanden, søger mod hinanden, og individer der er forskellige fra hinanden, søger væk fra hinanden (ibid.). Herunder er formålet ligeledes at bekræfte hinandens forskelligheder og uenigheder i forhold til holdninger og smag (ibid.).



På denne måde skabes og opretholdes klasseforskelle, og derfor mener Rosenlund og Prieur, at individualisering og differentieringsprincipper ikke har været medskabende til en ældning af klassemønstre, men blot har gjort dem mindre synlige (Faber et al., 2012:238.). På trods af forskelle i undersøgelsesmetode og formål viser denne survey undersøgelse, hvordan distinktionsteorien og Bourdieus klasseopdeling også kan anvendes i en dansk kontekst, hvilket understøtter vores brug af Bourdieu i dette speciale.

Reay beskriver ud fra det britiske samfund og i et skoleperspektiv, hvordan psykiske reaktioner på klasse er relevante for det enkeltes individs psyke (Reay, 2005:911). Hun beskriver den dynamik, som eksisterer mellem følelser, psyke og klasseulighed, og hvordan disse påvirker individet (ibid.). Ifølge Reay henviser psykiske reaktioner på klasse og klasseuligheder oftest til individuel psykologi, og i sociologisk forskning bliver sådanne psykiske reaktioner individualiseret og skubbet ud af det bredere sociale billede (ibid.:912). Reay mener dog, at disse reaktioner har stor betydning for dannelsen af klasser (Reay, 2005:912). I specialet vil vi kunne anvende Reay til at se, hvordan uligheden mellem klasser produceres og vedligeholdes gennem individualisering. Denne individualisering har betydning for dannelsen af skel mellem klasser, og hvordan dette påvirker individet. Ifølge Reay kan klasseopdelinger ligeledes knytte sig til oplevelsen af at blive klassificeret (Faber et al., 2012:54). Dette kan føre til følelser som ambivalens, underlegenhed eller overlegenhed. Disse kan knyttes sammen med moral, gennem den måde mennesker erfarer klasser gennem følelser som respekt, medfølelse, misundelse, foragt og skam (ibid.). Oftest forbindes disse følelser ikke med klasser, men handler om det enkelte menneske (ibid.). Dette kan være sigende i forhold til, hvorfor klassebegrebet ikke er fremtrædende i en nuværende dansk kontekst, og hvilken betydning det har for individet at blive klassificeret. Det kan eventuelt også have en betydning for, hvordan de privilegerede omtaler de mindre privilegerede.

Lawler beskriver middelklassens afsky overfor arbejderklassen, som fortæller noget om de måder, hvorpå middelklassen er afhængig af udelukkelsen af arbejderklassen (Lawler, 2005:430). Middelklassens identitet er produceret i modsætning til den laverestående arbejderklasse, og arbejderklassen kan ikke gøre andet end at afvise middelklassen (ibid.). Dette beskriver Bourdieu ligeledes i 'Distinktionen', hvor de privilegeredes smag formes i kontrast til de mindre privilegeredes smag, og hvor arbejderklassens livsstil anses for at være den mindst legitime (Järvinen, 2007:350).

Problemet er ifølge Lawler ikke kun middelklassens misbilligelse af arbejderklassen, og det at de danner en forståelse af arbejderklassen som værende afskyelig og modsætningen til middelklassens eksistens, som er det normale og ønskelige (Lawler, 2005:431). Problemet er nærmere, at middelklassen producerer sin egen identitet som værende det modsatte af de afskrækkende og modbydelige 'andre' (ibid.). Ud fra Bourdieus perspektiv er middelklassen her i stand til at gøre sin definition, af det som anses for at være smagfuldt, funktionsdygtig (ibid.:439). Lawler beskriver i denne forbindelse, hvordan mangel på moral er lig med mangel på smag (Lawler, 2005:441). Dette nævner Lawler som grunden til, at folk i arbejderklassen let dømmes af middelklassen (ibid.). Afsenderne af vores udvalgte dokumenter tilhører den klasse, som Lawler betegner som middelklassen. Vi kan her benytte Lawler til, at sige noget om det syn afsenderne af vores udvalgte dokumenter har på dem, som vi betegner som de mindre privilegerede, og hvilke konsekvenser dette medfører.

## Kapitel 4: Analyse

### 4.1. Analysestrategi

Ud fra en konstruktivistisk tankegang har vores analyse fokus på, hvordan sproget er med til at skabe virkeligheden, som vi ser den (Justesen & Mik-Meyer, 2010:29). Visse begreber og ord kan være værdiladede og dermed skabe bestemte billeder af verden (ibid.). Vi vil benytte denne viden i vores udvælgelse af citater og nedslagspunkter i de udvalgte dokumenter til at vise, hvordan social ulighed i sundhed defineres og italesættes i de udvalgte dokumenter. I og med at konstruktivismen ser virkeligheden som konstruktioner, der altid kunne se anderledes ud, er der et stort kritisk potentiale i den konstruktivistiske analyse (ibid.). Vi har her mulighed for at vise, hvordan den virkelighed og viden som vi betragter som værende naturlig og selvfølgelig, er blevet skabt. Derigennem kan vi danne os forestillinger om, hvordan virkeligheden ellers kunne se ud (Justesen & Mik-Meyer, 2010:29). Oversat til vores speciale får vi her mulighed for at dykke ned i definitionen af social ulighed i sundhed og vise, hvordan denne er samfundsskabt. Vi vil ligeledes kunne stille os kritiske overfor denne definition og ved hjælp af vores teoretiske afsæt reflektere over, hvordan tilgangen til social ulighed i sundhed kunne være anderledes.

Vi har været opmærksomme på at identificere mønstre i vores materiale for dermed, at kunne beskrive forskellige tematikker. Disse tematikker danner baggrund for vores teoretiske tolkning med udgangspunkt i Bourdieus teori og begreber samt generel klasseteori. Analysen indledes med en indkredsning af emnet med et historisk indblik i social ulighed i sundhed og klasse.

Vi har inddelt vores analyse i seks temaer for at danne os et bredt overblik over vores udvalgte empiriske materiale. Dette er, som beskrevet i vores metodiske redegørelse, gjort på baggrund af indsamlede citater med omdrejningspunkterne social ulighed i sundhed, klasseeufemismer, overvægt og fedme. Vi har efterfølgende for så vidt muligt forsøgt at gå systematisk til værks i alle temaerne ved først at se på hvordan problemet defineres, dernæst **for hvem social ulighed i sundhed er et problem** og sidst **hvilke løsningsforslag der gives og kan forestilles i forlængelse af dette**. Hvert tema er farveinddelt i grøn, blå og orange som vist ovenfor for at give et overblik over materialet. Temaerne afrundes alle med en delkonklusion, som danner baggrund for vores diskussionsafsnit. Disse står skrevet med sort.

## 4.2. Indledende

Ulighed som tema for dansk sundhedspolitik kom først frem omkring år 2000, hvor ulighed blev brugt som definitionen af uønskede eller uacceptable forskelle (Vallgård, 2003:169-170). Der blev dog allerede vist en sammenhæng mellem velstand og dødelighed i Danmark i 1880'erne af læge T.H Sørensen (ibid.). I 1984 blev programmet "Sundhed for alle i år 2000" vedtaget af den europæiske region i WHO, og Danmark tilsluttede sig denne (ibid.). Siden dette har kampen mod ulighed i sundhed været et fremtrædende sundhedspolitisk budskab fra regeringen, sundhedsinstitutioner og politiske partier i Danmark (Lehn-Christiansen et al., 2016:7). Her blev det første mål, at forskelle i sygelighed og dødelighed skulle reduceres. I Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (DIKE), som nu kendes som Statens Institut for Folkesundhed, publikation fra 1989 om sundhedstilstanden i Danmark, blev det ligeledes konstateret, at forskellen i dødelighed var steget i løbet af de sidste 30 år, og at individets sociale baggrund og erhverv havde indflydelse på sygelighed (Vallgård, 2003:171). I 1997 tildelte DIKE's publikation ligefrem et helt kapitel om ulighed i sundhed, og hvordan denne synes at blive større. Der fandtes dermed viden om den sociale ulighed i sundhed længe før politikerne satte den på dagsordenen (ibid.). I DIKE's publikation i 1997, Forebyggelsespolitisk råd i 1998 og i Folkesundhedsprogrammet i 2000 beskrives de sociale forskelle i sundhed som at kunne blive så store, at de vil stride mod forestillingerne om, hvad der er retfærdigt og rimeligt, være uforenelige med det gode samfund og som værende uacceptable. Målet skulle derfor være at skabe et bedre liv for de dårligst stillede (ibid.).

Sundhedsstyrelsen afgrænser begrebet social ulighed i sundhed som værende det forhold, hvor sundhedsrisici og sygdomme er socialt skævt fordelt i samfundet (Lehn-Christiansen et al., 2016:8). Det betyder, at jo dårligere socialt stillet man er, desto højere er risikoen for sygdom.

Dette betyder også, at hvis den sociale position er faldende, vil udsathed for sygdomme og sundhedsrisici være stigende (Lehn-Christiansen et al., 2016:8). Vi ved at der findes forskellige faktorer, som har betydning for sundheden, og disse er uddannelseslængde, indkomst, boligforhold, beskæftigelsesforhold og etnicitet. Sammenhængen mellem individers levevilkår, deres sociale liv og ulighed i sundhed ses ved, at nogle dele af befolkningen lever med faktorer, som er social ulighedsskabende. Disse faktorer viser sig især som værende kort uddannelse, dårlig økonomi, boligsituation og familiesituation (Dybbroe & Kappel, 2013:42). Hos denne del af befolkningen ses der ofte en manglende tiltro til at kunne ændre på sundhedstilstanden, og samtidig oplever de at have begrænsede handlemuligheder (ibid.). Andre dele af befolkningen har dog flere sociale fordele som en lang uddannelse, god økonomi, fast arbejdstilknytning, samt en større sandsynlighed for at leve et godt og langt liv (ibid.). Individets uddannelsesniveau har betydning for sundhedstilstanden og kan ses som en indikator i forskellene i livsvilkår og livsomstændigheder, hvorimod viden om sundhed og sund levevis er relativt ligeligt fordelt mellem befolkningen. Motivationen for sundhedsfremme er derimod socialt forskelligt fordelt (Dybbroe & Kappel, 2013:43).

Danmark omtales ikke som et klassesamfund, og de indsatser, som har til formål at reducere social ulighed i sundhed tager overvejende udgangspunkt i KRAM faktorerne og dermed individuelle livsstilsvalg frem for strukturelle vilkår (Aamann, 2016:77 + Lehn-Christiansen et al., 2016:9). Spørgsmålet bliver her, om det er relevant at tale om klasser længere. Klassebegrebet kan beskrives som værende forsvundet i det offentlige danske vokabular indtil for nyligt, og det er især den stærke lighedsfølelse, der hersker i Skandinavien, som har haft en betydning for dette (Aamann, 2016:78). Aamann argumenterer i denne sammenhæng for, at det danske lighedsperspektiv nærmere kan sammenlignes med en middelklassebevidsthed, som dominerer i det danske samfund (Aamann, 2017: 138,267). Klassebegrebet er dog på vej tilbage, men benyttes endnu ikke til at undersøge, hvorvidt det kan bidrage med nye perspektiver til sundhedsdebatten (Aamann, 2016:79). Men hvorfor er det så at vi mener, at klassebegrebet er relevant at benytte i en dansk kontekst - specielt nu hvor Danmark er så økonomisk lige et land som det er? Aamann mener, "*(...) at et blik for klasse kan tilføre forskningen i social ulighed i sundhed væsentlige indsigter, fordi det kan gøre os i stand til at identificere en række problematiske forhold, som hidtil har undsluppet kritisk forskning.*" (ibid.). Danmark har stadig mange af de sociale uligheder som kendes fra blandt andet det engelske klassesamfund, og især når det handler om social ulighed i sundhed, er skellet mellem de forskellige befolkningsgrupper stort (ibid.).

Teorier om individualisering og identitet har ligeledes udfordret klasseteorien, hvilket har ført til, at Beck kalder klassebegrebet for en zombie-kategori (Harrits, 2014:235). Han betegner dette, som noget der er forældet, men som fortsat benyttes (Harrits, 2013). Ifølge Harrits lever klassebegrebet dog i bedste velgående i dagens Danmark (ibid.). Her nævner hun, at det netop er et problem for kritikerne af klassebegrebet, at der fortsat hersker så stor en grad af social ulighed i Danmark som der gør (ibid.). Dette har ført til, at nogle forskere har forsøgt at ændre klasseteorien frem for at begrave den. Det handler her om at se på, hvordan klasseteorien ser ud nu og hvilken betydning den har for det danske samfund (Harrits, 2013). Bourdieu har skabt en af de mest indflydelsesrige nye klasseteorier, hvor han mener at klasser skabes af ressourcefordelingerne i samfundet (ibid.). Det er dog ikke nok kun at kigge på de økonomiske ressourcer, eftersom de kulturelle og sociale netværksressourcer også bør medtænkes (ibid.). Harrits beskriver også, hvordan klasseteoriers interesse er at se på, hvordan de symbolske grænser mellem fællesskaber får betydning for fordelingen af ressourcer og magt (Harrits, 2013). I forhold til nærværende speciale bliver dette interessant ud fra, hvordan vi skal forstå social ulighed i sundhed, og hvilken tilgang der benyttes i de måder de udvalgte dokumenter præsenterer problemet på.

#### 4.3. Klasseeufemismer

Indtil for nylig har klassebegrebet været fraværende i det danske samfund, hvor der hersker en lighedsideologi, som karakteriserer vores kultur, hverdagsliv og selvforståelse (Aamann, 2016:78). Skeggs fremhæver, at klassebegrebet hyppigt viser sig som moralske eufemismer. Ligeledes fremhæver Skeggs, at dette er særligt fremtrædende i Skandinavien, hvor sociale forskelle ikke anerkendes åbent, men i stedet fremhæves på mere opfindsomme og indforståede måder (ibid.:78). Vi har af denne grund fundet det interessant at undersøge, hvor mange eufemismer for klasse der eksisterer i vores udvalgte dokumenter. Dette finder vi brugbart til at sige noget om hvor mange tanker og kræfter der egentlig lægges i at undgå brugen af klassetækning. Klasseeufemismerne fremtræder i mange forskellige former igennem dokumenterne, og vi har talt os frem til, at der i alt er 2.072 eufemismer i de udvalgte dokumenter. Vi ser altså et mønster gennem alle dokumenterne, hvor klassebegrebet næsten er helt fraværende, og hvor klasseeufemismer benyttes i meget høj grad. Faber et al. beskriver også at selvom de fleste individer ikke bryder sig om at tale om sociale forskelle, anerkendes der dog en eksistens af sociale hierarkier (Faber et al., 2012: 181). I de udvalgte dokumenter har vi fundet følgende eufemismer:

---

Socioøkonomiske grupper, socioøkonomisk status, socioøkonomiske faktorer, sociale grupper, sociale faktorer, social position, sociale forskelle, det sociale hierarki, ressourcestærk, resourcesvag, fattige, højtuddannede, lavt uddannede, veluddannede, uddannelsesniveau, uddannelsesstatus, (de svageste) sociale klasser, mindre privilegerede, mere privilegerede, socialt udsatte, personer med kort(ere) uddannelse/ kortuddannede/ ingen uddannelse, personer med lang uddannelse, socialt dårligt stillede, socialt udsatte (grupper), psykosociale (...), social status, sociale ressourcer, økonomisk marginaliserede, arbejdsløse, ressourcepressede/fattige, lavere indkomst, overførselsindkomst, højrisikogrupper, grundskoleuddannelse, mellemlang/ lang uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet, socioøkonomisk position.

---

Den sociale ulighed findes overalt i samfundet, og traditionelt set udgør denne ulighed blandt andet forskelle i økonomi og uddannelse. Forekomsten af disse forskelle blandt, de forskellige, socialklasser er ifølge seniorforsker Finn Breinholt tiltagende for den sociale ulighed:

*“Ved social ulighed forstås normalt, at der er en skæv fordeling af goder eller belastninger- i dette tilfælde fedme- mellem forskellige grupper i befolkningen. Der er imidlertid mange måder at opdele befolkningen i sociale grupper eller lag på. Det er derfor nødvendigt at præcisere, hvilke grupper der tales om.”(Breinholt, 2009:151).*

I dette citat gives der et helt konkret eksempel på, hvordan man kan forstå social ulighed, blandt andet ved, at visse dele af befolkningen i større grad lider af overvægt end andre. Klasser nævnes her som lag, og det kan tolkes som, at der hersker et hierarki blandt klasserne. Ved at samfundet inddeles ved hjælp af et hierarki vil der også være en klasseopdeling og dermed en skæv fordeling af ressourcer og forudsætninger, som formentlig vil være dårligst hos de laveste klasser i hierarkiet. Vigtigheden i at præcisere hvilke grupper der tales om nævnes også her, men igen anbefaler Breinholt, som mange andre, at befolkningen opdeles efter uddannelsesniveau frem for klasseposition.

“Forebyggelsespakke - Overvægt” definerer problemet overvægt som værende et individuelt problem og et samfundsmæssigt problem. Dokumentet ønsker at fremme normalvægten og forbygge overvægten hos individerne i landets kommuner. Hertil formuleres blandt andet, hvordan forekomsten af overvægt er højere blandt arbejdsløse sammenlignet med resten af befolkningen (Sundhedsstyrelsen, 2018b:11).

Her forekommer der en eufemisme for klasse, hvor det er de arbejdsløse, som italesættes. Dokumentet nævner dog ikke i hvilken klasse arbejdsløsheden er til stede, og dermed kan de arbejdsløse i dette tilfælde være ufaglærte såvel som akademikere. Dette er en upræcis formulering, og vi kan derfor ikke sige noget om, hvilken socialklasse problemet faktisk er til stede i. Problemet kan derfor være til stede i alle socialklasser. Dokumentet nævner ligeledes at: *“Den sociale ulighed ses også blandt børn og unge. Fx er andelen af 11-15-årige med overvægt næsten fire gange højere i den laveste socialgruppe (15 procent) end i den højeste socialgruppe”* (ibid:11). Her definerer dokumentet helt konkret hvilken socialklasse, der er tale om dog ved brug af ordet socialgruppe frem for socialklasse. Selvom dokumentets afsendere anvender forskellige betegnelser for socialklasser, dækker de over det samme nemlig, at forskellige dele af befolkningen har varierende og forskellige mængder af ressourcer (Hansen, 2011:99). I og med at klassebegrebet ikke længere benyttes i det danske samfund i samme omfang som det tidligere har været kan vi antage, at den øgede individualisering i samfundet har haft betydning for befolkningens tilhørsforhold til socialklasser. Det kan derfor formodes, at dokumentet har valgt at benytte begrebet socialgruppe frem for socialklasse, da det er muligt, at individer i højere grad føler sig knyttet sammen i grupper baseret på interesser og livsstil frem for social position.

Der ses en stor sammenhængen mellem klasseposition og fedme. Dette beskriver psykolog Helle Grønbæk, fra Enheden for overvægtige børn og unge ved Holbæk Sygehus, således:

*“Overvægt og fedme har social slagside, således at jo lavere social status, jo større risiko for fedme. Forekomsten af fedme er stærkt afhængig af uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, indtægt, boligforhold, etnisk baggrund og om der er en eller to forsørgere i familien”* (Grønbæk, 2009:54).

Her gøres brug af endnu en eufemisme for klasseposition ved at bruge individers sociale status som determinant for, hvor stor en risiko de har for at blive overvægtige. Her er det ikke kun uddannelsesniveau, men også tilknytning til arbejdsmarkedet og boligforhold som har indflydelse på denne risiko. Sammenhængen mellem klasseposition og overvægt stammer derfor blandt andet fra de forskelle, der hersker i både livsstil og ressourcer alt efter, hvilken socialklasse individet tilhører. Der tegner sig her et billede af, at det at tilhører de mindre privilegerede klasser, er lig med overvægt. Sundhedsstyrelsens fokus på ulighed i sundhed ses ikke kun ud fra sammenhængen mellem socialklasse og overvægt men også ud fra sammenhængen mellem socialklasse og rygning.

Denne sammenhæng forbindes med den livsstil, som de mindre privilegerede fører. *“Personer fra socialt dårligere stillede vilkår begynder at ryge tidligere og ryger mere (...)”* (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011:101). Problemet med ulighed i sundhed kan defineres på mange forskellige måder, og indeholder mange forskellige faktorer. Oftest er det rygning og overvægt, som italesættes som faktorer der spiller ind på social ulighed i sundhed. Disse faktorer ses ofte som værende en del af det individuelle valg, og individerne stilles derfor ofte ansvarlige for selv at løse problemet. Bourdieu beskriver i sin klasseteori, hvordan individer fra den samme klasse har tilbøjelighed til at have fælles værdier og interesser, og dermed skabes deres fælles position i det sociale rum. Deres habitus bliver indlejrede erfaringer og er medskabende til bestemte handle-mønstre, som oftest reproduceres i de bestemte klasser (Faber et al., 2012:54). Det er derfor nærliggende at tænke, at rygning er en del af de vaner som de mindre privilegerede klasser bærer med sig fra generation til generation, hvilket kan være med til at forklare, hvorfor der ses tidligere og hyppigere rygning blandt de mindre privilegerede.

Sundhedsstyrelsen er også medvirkende i brugen af eufemismer i dokumentet *“Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser”*, hvor de beskriver de mindre privilegerede som *“(...) personer længere nede i det sociale hierarki (...)”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:83). Med dette ser vi, hvordan Sundhedsstyrelsen inddeler individer efter deres hierarkiske position. Dermed kan det tyde på, at Sundhedsstyrelsen er med til opretholde en tanke om et samfund, hvor der er hierarkier til stede, hvilket kan sikre, at samfundet ledes af de med den største grad af magt og dominans i feltet. Videre anvender Sundhedsstyrelsen flere eufemismer for italesættelsen af de individer, som kommer fra de lavere socialklasser *“(...) definerede som økonomisk marginaliserede/ fattige (...)”* (ibid.:80). Her bliver det tydeligt, at der ikke bare er tale om mindre privilegerede med færre ressourcer, men en gruppe af mennesker som beteges som direkte fattige. Marmot beskriver det han kalder for status syndromet, som den sociale gradient vi ser ved, at jo mere velstillet et individ er, jo sundere er vedkommende (Marmot, 2004:1). Her nævner Marmot, hvordan autonomi får en afgørende betydning for, hvor meget kontrol individet har over sit liv, og de muligheder individet har for, at kunne engagere sig sociale sammenhænge (ibid.:2). Dette bliver bestemmende for, hvorfor visse individer lever længere end andre på baggrund af eksempelvis deres uddannelseslængde (ibid.). Marmot beskriver, at for et individ som er uddannet med fast job, leves der i kontrol i den forstand, at vedkommende lever ud fra et aktivt valg om at leve på denne måde. Det er det, der skiller individer fra de, der beteges som fattige, da de fattige ikke selv har valgt at leve i fattigdom, og de har ingen kontrol over deres livsforhold (Marmot, 2010:13).



De økonomisk marginaliserede og fattige som Sundhedsstyrelsen beskriver lever ifølge Marmot et liv uden kontrol, hvor de ikke selv er i stand til at ændre på deres forhold, hvilket i sidste ende får betydning for deres sundhedstilstand og levetid. Citatet kan ligeledes ses ud fra Bourdieu som en måde at opdele individer i klasser, der efterfølgende bliver til en måde at italesætte og inddele forskelle og ligheder mellem individerne (Faber et al., 2012:45). Dette kan vi ligeledes se i Sundhedsstyrelsens betegnelse som “(...) mindre privilegerede befolkningsgrupper (...)” (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:41). Der tegnes her et klart billede af, hvilke dele af befolkningen social ulighed er et problem for. De ovenstående citater er eksempler på, hvordan fordelingsforskelle mellem klasser bliver medbestemmende for, hvordan bestemte individer italesættes af offentlige institutioner, og hvilket syn de privilegerede har på de mindre privilegerede.

Afsenderne af “Forebyggelsespakke - Overvægt” anvender også eufemismer som betegnelse for uddannelsesniveau: “Der ses en tydelig social ulighed, idet de ekstra psykiatriske ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau” (Sundhedsstyrelsen, 2018b:11). Mængden af individets kulturelle kapital afspejles blandt andet i graden af uddannelse. Den kulturelle kapital går i arv, og en stor mængde af kulturel kapital ses oftere blandt de privilegerede. Dette eftersom uddannelse kan give adgang til økonomisk kapital og dermed danne grundlag for et liv med generelt flere ressourcer. Den sociale ulighed er derfor mere mærkbar hos de mindre privilegerede, som ikke kun lider under manglen på uddannelse men også under en større risiko for sygdom. Forskelligheden i uddannelsesniveautet blandt den danske befolkning bliver derfor medskabende til at opretholde forskelle mellem socialklasser, og dermed den opdeling der ses mellem de mere og mindre privilegerede.

Ifølge Breinholt er sammenhængen mellem uddannelsesniveau og helbred ikke kun et problem blandt den danske befolkning: “Både i danske og internationale undersøgelser fremstår personer med kort uddannelse generelt som en helbredsmæssigt dårligere stillet gruppe end personer med en mellemlang og især lang uddannelse.” (Breinholt, 2009:152). Et dårligere helbred er her tæt relateret til, hvilket uddannelsesniveau individet har. Dermed tegner der sig et sundhedsbillede af de mindre og mere privilegerede, samt hvilke forskelle der på forhånd er defineret. Vi ser ligeledes her, hvordan dette ikke kun er et problem i Danmark men også i andre dele af verden. “Forebyggelsespakke - Overvægt” italesætter også de mindre privilegeredes vægt og indkomst gennem eufemismer: “Blandt borgere med lavere indkomst og borgere på overførselsindkomst er der flere svært overvægtige” (Sundhedsstyrelsen, 2018b:11).

Vi kan her se, at overvægt og social ulighed er uløseligt forbundet med hinanden, og det er de mindre privilegerede, som bliver skydeskive for at den sociale ulighed i sundhed fortsat opretholdes. Overvægt kan ud fra dette ses som en konsekvens af at høre til blandt de mindre privilegerede, men det kan også ses som en konsekvens af samfundets indretning, hvor udvalgte klasser på forhånd har bestemte forudsætninger og ressourcer i livet. Et andet aspekt kan være, at de mindre privilegeredes livsstilsvalg tildeles mindre værdi, da de oftere er overvægtige, og har et lavere uddannelsesniveau end de privilegerede. Deres livsstilsvalg bliver problematiseret, og der kan afkræves forklaring eller menes, at de skal ændre livsstils retning (Faber et al., 2014: 93).

“Det Sunde Valg” anvender også eufemismer for, hvilken betydning individets klasseposition har for individets sundhedstilstand: *“Det gælder både generelt, men særligt i forhold til de grupper, der har de største sundhedsproblemer, nemlig de lavere uddannede og mindre ressourcestærke”* (Sundhedsstyrelsen, 2010:10). Når der i Danmark tales om sundhedsproblemer, og hvem der i størst grad lider under konsekvenserne af social ulighed i sundhed, vil vi automatisk se på de mindre privilegerede. Der er en tendens til at tilskrive alle mindre privilegerede som værende en klasse med en høj forekomst af sygdom og overvægt, samt som individer der enten ingen eller få ressourcer besidder. Dette bliver igen et eksempel på, at det at tilhøre en bestemt klasse i sig selv kan være et problem grundet samfundets indretning. Dette kan tolkes som, at mindre privilegerede automatisk er dømt til at have flere sundhedsproblemer end resten af befolkningen. Derfor bliver det også de mindre privilegerede, som bliver anset for at være problemet, og grunden til at social ulighed i sundhed ikke kan mindskes.

”Forebyggelsespakke – Overvægt” formulerer løsningsforslag for at komme fedmeepidemien til livs. Dette skal igangsættes af kommunerne samtidig med, at overvægt også skal ses som et individuelt problem, der skal løses af individerne. Hertil formuleres: *“ Det er vigtigt, at medarbejdere, der arbejder med forebyggelse af overvægt, afhængigt af den konkrete funktion, har viden om eller kendskab til: (...) Henvisningsmuligheder og forebyggelsestilbud i kommunen og regionen”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b:33). Hermed bliver de ansatte ansvarlige for at formidle behandlingstilbud i håb om at få de overvægtige individer igangsat med et væggtab. Der er dog stadig tale om, at det er det enkelte individ, som skal tage ansvar for sin overvægt og reducere heraf. Dette skal ske gennem egen indsats i et forebyggelsestilbud, da medarbejderne kun har til ansvar at informere individer om deres muligheder.

”Det Sunde Valg” problematiserer dog sådanne tilbud, eksempelvis hvordan motionstilbud ikke har den samme effekt på forskellige befolkningsgrupper: *“For andre typer tilbud, som for eksempel motionstilbud, ved man, at de virker bedre på mænd end på kvinder og påvirker forskellige alders- og uddannelsesgrupper meget forskelligt”* (Sundhedsstyrelsen, 2010:10). Vi kan her se, at det især er kvinder og visse alders- og uddannelsesgrupper som bliver faldgruppen, og det er derfor dem, som kræver ekstra opmærksomhed og målrettede indsatser. Det viser dermed, at det ikke kun er mellem bestemte klassepositioner, at der hersker ulighed men også mellem kønnene. Det bliver her tydeligt, at det ikke er nok at tilbyde alle individer ensartede motions- og sundhedsfremmende samt forebyggende tilbud. For at kunne ramme alle, er der brug for en form for differentiering for dermed at kunne nå frem til det samme resultat. Dette leder tilbage til ideen om resultatlighed, hvor der tildeles forskellige ressourcer til forskellige individer for, at alle kan stå med det samme slutresultat uanset socialklasse (Hansen, 2011:98).

Breinholt formulerer i sit oplæg om fedme og social ulighed, hvordan fedme skal bekæmpes blandt de mindre privilegerede: *“Konkret handler det om, hvordan man kan tilrettelægge en forebyggende indsats mod fedme blandt den mindst privilegerede del af befolkningen, fordi fedme er en af de faktorer, der bidrager til den sociale ulighed i sundhed.”* (Breinholt, 2009: 156). Følgende giver et indtryk af, at det kun er nødvendigt at sætte ind over for fedmeepidemien blandt de mindst privilegerede. Selvom problemet med fedme er størst her betyder det dog ikke, at problemet ikke også eksisterer blandt de privilegerede. Samtidig hentydes der også til, at fedmeproblemet skal løses af det offentlige gennem forebyggende indsatser. Der er dog stadig tale om individualisering, selvom det ikke umiddelbart virker sådan, da det bliver individet som skal ændre sin livsstil gennem forebyggende indsatser. Ifølge klinisk professor i Infektionsmedicin og Global Sundhed på Syddansk Universitet Morten Sodemann er det forskelligt fra kommune til kommune, hvilke indsatser der tilbydes til individerne, og hvor succesfulde disse er. Der findes 98 kommuner, som alle har forskellig sundhedspolitikker, og der er intet som indikerer at sundhedspolitikkerne strømlines. Hvis et tiltag er succesfuldt i en kommune, er det derfor ikke sikkert at dette også anvendes i andre kommuner (Sodemann, 2019). Vi kan derfor se, at der ikke kun foreligger ulighed mellem socialklasser men også geografisk, hvilket må siges at være en udefrakommende faktor, som individet ikke altid selv er herre over. Yderligere formulerer Breinholt at: *“En indsats for at reducere forekomsten af fedme hos de mindst privilegerede befolkningsgrupper bør være en del af indsatsen for at fremme social lighed i sundhed.”* (Breinholt, 2009:151). Her er ses endnu et tydeligt eksempel på, at kun de mindre privilegerede grupper nævnes i forbindelse med overvægt. Det kan dog være svært at ændre adfærden hos en hel klasse.

Dels fordi det ikke nødvendigvis er alle mindre privilegerede overvægtige, som mener at de har et problem, som andre skal hjælpe dem med at løse, og dels fordi de faktorer som har medført overvægten i den pågældende gruppe er mange og komplekse. Her er det ikke nok at reducere forekomsten af overvægt hos denne socialklasse for at skabe mere lighed i sundhed. Dette eftersom det ikke er sikkert, at alle har ressourcerne til at gennemføre en forebyggelsesindsats, hvis løsningsforslaget individualiseres, medmindre der tillægges denne gruppe ekstra ressourcer. Et andet aspekt vi kan ræsonnere os frem til er at baggrunden for ønsket om at reducere overvægten blandt de mindre privilegerede, har et økonomisk perspektiv. Dette eftersom en reduktion af for tidlig død blandt denne befolkningsgruppe vil kunne øge antallet af år, hvor de kan bidrage til samfundet.

Mængden af ressourcer, både blandt individer men også fra systemets side, spiller en vigtig rolle i forhold til bekæmpelsen af fedmeepidemien. Hertil formulerer Gunnar Reinbacher, lektor i kultur og globale studier ved Aalborg Universitet at: *“Det stiller helt specifikke og konkrete betingelser for fedmeproblemets løsning, betingelser som yderligere nødvendiggør, at vi for ressourcepressede systemer og ressourcepressede borgere skal løse et problem som i den grad er skabt af ressourcefattigheden”*(Reinbacher, 2009:59). Reinbacher italesætter her, at ressourcefattigheden i denne sammenhæng ikke kun er et problem for de mindre privilegerede, og han taler dermed ikke om fedmeproblemet som et individuelt problem. Det kan dog stadig i sidste ende blive anset som et problem for de mindre privilegerede, da de i første omgang er de ressourcefattige, men i udgangspunkt er det ikke sådan det fremstår. Fedmeproblemet bliver her fremsat som at stamme fra den ressourcefattighed, som hersker i de danske systemer der har til formål at fremme sundheden blandt danskerne. Løsningen på dette bliver ud fra denne udtalelse derfor at rette op på den ressourcefattighed, som vi ser blandt systemerne for senere at forbedre ressourcefattigheden, som vi ser blandt individerne.

I dette analysetema kan vi konkludere, at klassebegrebet officielt er fraværende i det danske samfund. Frem for at anvende klassebegrebet gøres der i stor grad brug af klasseeufemismer. Disse anvendes på forskellige måder, men beskriver alle det samme, nemlig klasse. Vi kan konkludere, at ulighed i sundhed eksisterer overalt i vores samfund, hvor overvægt og fedme ofte forbindes med de lavere socialklasser. Det fremgår tydeligt i dokumenterne, at Sundhedsstyrelsen er med til at opretholde en hierarkisk ulighed gennem brugen af klasseeufemismer i det danske samfund. Her bliver individer inddelt i kategorier efter eksempelvis uddannelsesniveau frem for en klasseinddeling.

I Danmark bliver de mindre privilegerede ofte fremsat som grunden til den sociale ulighed i sundhed, da der ses en sammenhæng mellem deres sociale position, en øget forekomst af overvægt og uddannelsesniveau.

#### 4.4. Afsendere af de udvalgte dokumenter

Specialets udvalgte dokumenter er blandt andet udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed og Sundhedsstyrelsen, hvor det er forskningschefer, sundhedschefer og professorer, der har udarbejdet materiale for Sundhedsstyrelsen. Grundet deres stilling og uddannelsesmæssige baggrund kan vi placere dem blandt dem, vi kalder for de privilegerede, som Bourdieu også ville betegne som de dominerende. De er af denne grund i besiddelse af større mængder økonomisk og kulturel kapital, og de vil typisk have et højt uddannelsesniveau. Dette vil være medvirkende til, at de har en større grad af magt i samfundet og andre forudsætninger end de mindre privilegerede (Prieur & Sestoft, 2006:54). De privilegerede vil, ifølge Bourdieu, være i stand til at konstruere den gældende virkelighedsforståelse i samfundet og dermed også den doxa, som bliver grundlæggende for de afgørende overensstemmelser og den praktiske viden, som gør sig gældende i samfundet (Callewaert et al., 1994:67). Gennem specialets udvalgte dokumenter bliver de privilegeredes fremlæggelser af sundhedsområdet og ulighed i sundhed dermed universelle synspunkter. De skaber hermed en samfundsnorm, som passer til deres konkrete felt og klasse, som andre socialklasser ikke nødvendigvis kan leve op til. Dette eftersom alle klasser har forskellige mængder af kapitaler, værdier og livsstil. Hermed bliver forskellene i livsstil mellem de mere og mindre privilegerede ikke kun baseret på kulturelle og økonomiske forskelle men også konkurrerende moralforestillinger, som kan være forskelle i arbejdsmoral og integritet (Faber et al., 2014:85). De fællesskaber som vi indgår i, er med til at bekræfte det, der anses for at være de rigtige valg af livsstil og dermed opretholdes de sociale forskelle gennem hverdagspraksisser (ibid.). Lawler beskriver, hvordan æstetik kan oversættes til moral (Lawler, 2005:440). Det er ikke alle individer, som formår at sætte pris på æstetik, og de individer som er i stand til denne påskønnelse vil opfattes som værende "ordentlige mennesker". De som ikke er i stand til dette, bliver set som det modsatte (ibid.). Skeggs pointerer ligeledes, at de mindre privilegerede signalerer en trussel mod middelklassens stabilitet, eftersom de mindre privilegerede ikke har den samme påskønnelse af moral (ibid.). Dette kan også ses ud fra Bourdieus begreb livsstilsrummet, som består af forskelle i blandt andet kulturelt forbrug og moralske dispositioner, hvor forskellige klasser kobles med forskellige livsstile (Faber et al., 2012:47).

I denne sammenhæng vil de individer, som er afsendere af disse dokumenter have en anden fordeling af både materielle og kulturelle ressourcer end de mindre privilegerede, og de vil dermed kunne påskønne en anden æstetik og moral end de mindre privilegerede.

Marianne Aude, leder af Sundhedsfremme og Forebyggelse i Syddjurs kommune, beskriver hvordan det er vigtigt at arbejde med kommunens udfordringer, eksempelvis de mange overvægtige og lavt uddannede (Sundhedsstyrelsen, 2010:13). Her nævner Aude også, at det er vigtigt at gøre politikerne opmærksomme på den sociale ulighed i sundhed. (ibid.). Ud fra Bourdieus klasseteori kan det menes, at fagpersoner som Aude er påvirket af staten og dennes virkelighedsforståelse. Dette eftersom hun er ansat ved kommunen, og dermed bliver det statens virkelighedsforståelse, som reproduceres. Vi kan derfor forestille os, at når kommunerne skal informere politikerne om ulighed i sundhed sker det på baggrund af den definition og de synspunkter, som staten har tildelt social ulighed i sundhed. Dette gælder også i arbejdet med de overvægtige og lavt uddannede, hvor blandt andet individualisering og stigmatisering er en del af den nuværende virkelighedsforståelse. Det er dermed statens doxa, som bliver gældende, og vi kan derfor stille os tvivlende i forhold til, om denne virkelighedsforståelse og forståelse af social ulighed i sundhed udfordres. Dette kan også ses som utopi fra statens side, når de lægger ansvaret for at løse ulighed i sundhed over på kommunerne da det, ifølge Sodemann, er et politisk ansvar (Sodemann, 2019). Social ulighed kan ikke løses alene af kommunerne eller det enkelte individ, da de ikke nødvendigvis har den rette mængde af ressourcer til, at kunne løse et sådant problem. Det kan derfor menes, at det er staten som skal ændre sin virkelighedsforståelse, hvis social ulighed skal mindskes. Det at staten har en bestemt virkelighedsforståelse, som vi med Bourdieus blik ved er formuleret af de privilegerede, kan ses ud fra Lawlers perspektiv om, at den gode smag bliver kortlagt på klassede relationer (Lawler, 2005:439). Her ses den gode smag som moral, og tilhører de privilegerede (ibid.:441). Mangel på smag ses derfor som mangel på moral, hvilket ses i større grad hos de mindre privilegerede (ibid.). Den doxa som hersker blandt de privilegerede, er derfor kun en doxa, som kan værdsættes af de privilegerede selv.

Et tegn på at definitionen af ulighed i sundhed ikke udfordres kan findes i nærværende citat: *“(...) mens uligheden mellem socioøkonomiske grupper vokser, tyder på, at den sundhedspolitik, som fremmer en positiv udvikling for gennemsnittet, ikke lykkes med at imødegå uligheden”*(Sundhedsstyrelsen, 2010:24). Her vises et klart eksempel på hvordan staten, som Bourdieu vil sige det, har svigtet de svageste i samfundet, eftersom det er dem, der lider under konsekvenserne af social ulighed i sundhed.



Det tyder dermed på, at statens prioriteringer på sundhedsområdet ikke formår at favne i det svageste grupper i samfundet, der på mange punkter har brug for de ekstra ressourcer og prioritering. Dokumentet nævner også hvordan der menes, at vi går skævt af social retfærdighed, hvis alt fokus ligger på at være lige: *“Tanken er at det ikke som sådan er ulighed der er et problem. Problemet er, hvis nogle borgere lider eller har det dårligt”* (Sundhedsstyrelsen, 2010:23). Her mener filosof Morten Ebbe Juul Nielsen, at prioriteringen skal ligge i, at de dårligst stillede får det bedre, og at der ikke direkte skal fokuseres på ulighed. Han taler hermed for at differentiere i de ressourcer, som tildeles forskellige individer for at nå frem til et fælles resultat. Han udtaler dog at dette oftest sker ved, at der sikres lige adgang til sundhedsydelser efter lighedsprincippet. Her ser vi hvordan der er tilsyneladende lige adgang til eksempelvis sundhedsydelser, men at denne adgang ikke nødvendigvis fører til, at de mindre privilegerede får det samme udbytte som den privilegerede del af befolkningen.

Der kommer dog et helt andet syn frem i *“Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser”* hvor der skrives: *“Det faktum, at en person med kort uddannelse meget oftere forlader arbejdsstyrken efter sygdom, behøver ikke være en problematisk og uretfærdig ulighed”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:115). Her gives der igen udtryk for, at ulighed ikke er et problem men af helt andre årsager end i forrige citat. Det at de med en kort uddannelse oftere må forlade arbejdsmarkedet efter sygdom, omtales her ikke som et problem. Der tales af den grund ikke om at de med en kort uddannelse skal tildeles ekstra ressourcer for, at de sikres længere tid på arbejdsmarkedet og et godt helbred. Dette strider efter vores mening imod ønsket om at øge middellevetiden i Danmark. Vi stiller os her spørgende overfor, hvorfor Sundhedsstyrelsen mener, at denne forskel mellem individer med en kort og en lang uddannelse ikke bør betragtes som uretfærdig ulighed. Dette eftersom de med en kort uddannelse ikke nødvendigvis har valgt at leve som kortuddannede af egen fri vilje men grundet strukturelle omstændigheder. Oven i dette viser tal, at de mindre privilegerede ikke kun forlader arbejdsmarkedet tidligere, men også dør tidligere end de privilegerede, hvilket i sig selv må være et problem for den danske befolkning (ibid.). Harrits er uenig med Sundhedsstyrelsen, og mener, at der er god grund til foruroligelse, hvis der er en systematisk reproduktion af social ulighed på tværs af generationer (Harrits, 2014:217). Kulturel og økonomisk kapital er begge ressourcer, som kan gå i arv fra generation til generation (Faber et al., 2014:69). Børn af forældre med en lang videregående uddannelse er derfor mere tilbøjelige til også selv at gennemføre en lang videregående uddannelse, og det samme er gældende for børn af ufaglærte forældre (ibid.:70). Den sociale ulighed reproduceres på den måde fra generation til generation, og dette er en reproduktion, som fortsat finder sted i Danmark (ibid.). Ud fra Harrits bør social ulighed af den grund netop ses som problematisk.

Sundhedsstyrelsen udtaler ligeledes i samme dokument, at: *“Social ulighed vil altid findes og handler om, at der er en systematisk association mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:7). Dette citat har vakt vores nysgerrighed. Vi kan undre os over, hvorfor Sundhedsstyrelsen mener, at social ulighed altid vil eksistere, da det ud fra vores mening kan lyde som et bevidst valg om at lade de mindre privilegerede i stikken. Citaterne bliver derfor meget sigende i forhold til, hvordan social ulighed, og dermed også social ulighed i sundhed, defineres og italesættes i Danmark. Ifølge Bourdieu rummer sproglige interaktioner, især mellem individer med asymmetriske positioner, muligheden for at udøve symbolsk vold (Bourdieu & Wacquant, 2009:130). Her kan det menes, at social ulighed i sundhed opretholdes gennem den måde de privilegerede italesætter social ulighed og de mindre privilegerede på. Den sociale ulighed opretholdes her som uproblematisk, hvilket giver baggrund for at tænke, at der ikke er behov for ændringer i samfundet. Vi kan af den grund stille os spørgende i forhold til, om dette er et tegn på, at der egentlig ikke hersker et politisk ønske om at ændre samfundets struktur. Sodemann giver blandt andet udtryk for at det vil kræve en samfundsændring for at mindske den sociale ulighed i Danmark (Sodemann, 2019). Hvis den sociale ulighed skal mindskes, tyder det derfor på at der skal en ny sundhedsreform til, som både gavner de mere og mindre privilegerede. Selvom den nuværende sundhedsreform primært kan anses for at tilgodese de privilegerede, kan der dog argumenteres for, at den også rammer de privilegerede økonomisk. Dette eftersom det er en økonomisk belastning for samfundet, når en stor andel af individerne ikke kan bidrage til produktionen og samfundsudviklingen grundet, eksempelvis, sygdom. Som tidligere nævnt skrev den borgerlige regering i 1989, at individet må indordne sig under regler, hvor konsekvenserne kan ramme fællesskabet og samfundets ressourcer (Vallgård, 2003:151). Der lægges her op til, at de mindre privilegerede må tage ansvar for deres egne handlinger, herunder livsstilsvalg, for at undgå at konsekvenserne af disse rammer samfundets ressourcer, som i størst grad stammer fra de privilegerede. Hvis den sociale ulighed i sundhed reduceres i Danmark, vil dette forhold formentlig ændre sig, hvilket vil gavne de privilegerede økonomisk på længere sigt.

Eftersom de ovennævnte dokumenter er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, stammer udtalelserne fra privilegerede individer og dermed også den dominerende socialklasse i samfundet. På trods af at social ulighed i sundhed kan argumenteres for at ramme de privilegerede økonomisk, kan det dog være let at se ubekymret på konsekvenserne ved ulighed, hvis man ikke selv er blandt dem, der må lide under disse konsekvenser. Der kan argumenteres for, at der her foregår en kamp i feltet, hvor de dominerende vil forsøge at bibeholde deres position som øverst i hierarkiet.



Dette kan ses ud Bourdieus tanke om hvordan der foregår sociale kampe i feltet mellem klasser. Kampene handler ikke kun om fordelingen af kapitaler, men om fastsættelsen af regler i bestemte felter (Harrits, 2014:145). De privilegerede vil her sandsynligvis have de rette ressourcer til at tage vare på sig selv og tilegne sig den nødvendige hjælp til at bibeholde en god sundhedstilstand. Disse ressourcer og muligheder har de mindre privilegerede ikke nødvendigvis, og konsekvenserne af social ulighed i sundhed vil derfor være større her. Selvom der i Danmark er lige adgang til sundhedsvæsenet betyder det ikke, at denne adgang faktisk er lige. Spørgsmålet er her hvad der forstås ved social lighed og hvem eller hvad, der skal være lige. Argumentet for social lighed er, at det vil gøre samfundet stærkere, og social lighed skal forstås som, at individerne har samme livschancer og betingelser i livet uanset samfundsklasse (Hansen, 2011:97). Dette argument bygger blandt andet på, at alle individer har de samme potentielle evner, og ønsker for deres liv, men bliver forhindret grundet samfundets indretning. Selvom der er lige adgang til sundhedsvæsenet, vil der derfor altid være grupper af individer, som ikke får det samme udbytte som andre. Dette hænger både sammen med deres sociale position i samfundet og mængde af ressourcer, og det handler derfor ikke altid om vilje eller motivation (ibid.:98). Set ud fra Bourdieus perspektiv om at klasser har forskellig adgang til økonomisk og kulturel kapital, er det ifølge Faber et al. muligt udarbejde en model over de sociale positioner (Faber et al., 2014:74). Her ses der ikke kun på økonomisk ulighed men også væsentlige uligheder som eksempelvis adgangen til relevant viden og uddannelse (ibid:74-75). De grundlæggende forhold hos de mindre og mere privilegerede vil være forskellige fra hinanden, da deres adgang til ressourcer bliver afgørende for de muligheder og den modstandskraft de har i livet. Et andet aspekt ved det ovenstående citat er spørgsmålet om, hvorvidt det er retfærdigt, at der hersker ulighed i sundhed, så længe ingen lider under det. Spørgsmålet bliver her også, om det overhovedet er muligt, at have ulighed uden at nogen lider eller har det dårligt, eftersom færre ressourcer ofte vil føre til dårligere vilkår og livsmuligheder. Dette er en tankegang, der udfordrer Sundhedsstyrelsens udtalelse. En måde at komme dette til livs vil være gennem resultatlighed. I den forbindelse må vi dog gøre os overvejelser om, hvorvidt det kan anses for at være uretfærdigt at tildele de svageste i samfundet flere ressourcer end de privilegerede for, at de kan være på lige fod med hinanden. Denne tankegang kan medføre en form for ulighed gennem fordeling og prioritering af ydelser. Social ulighed i sundhed og hvordan denne kan mindskes er derfor, som vi ser her, et meget komplekst problem. Hvis vi vender blikket mod Marmot, bliver det tydeligt at baggrunden for, at mindske social ulighed i sundhed bunder i en tanke om, at det er uretfærdigt at visse individer er dårligere stillet end andre (Marmot, 2010:37). Ifølge Marmot er der to grunde til, at vi skal bekymre os om, at der ikke er lighed: den personlige grund og den moralske grund (Marmot, 2004:252).

Den personlige grund indebærer det, at de fleste individer ikke tilhører den øverste socialklasse, og derfor går det som han kalder for status syndromet netop ud over de fleste af os (Marmot, 2004:252). Den moralske grund indebærer, at det er moralsk forkert at være ligeglad med, at individer i de laveste klasser ganske enkelt dør tidligere end dem fra de øverste klasser (ibid.). I dette tilfælde mener Marmot, at vi kan spørge os selv, hvordan det kan være, at samfundet generelt opfører sig, som om vi er ligeglade med de laveste klasser (Marmot, 2004:252). Her kan vi argumentere for, at det virker til, at dette får mindre betydning, når det handler om de mindre privilegerede, og der hersker en stor grad af uretfærdighed i denne tankegang.

I Danmark ses der som tidligere nævnt et tydeligt fokus på, at ulighed i sundhed skal mindskes af økonomiske årsager frem for af retfærdighedsmæssige årsager:

*”Derudover kan en reduktion af den sociale ulighed i sundhed også medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan fastholdes eller måske reduceres”.* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5).

Baggrunden for dette syn på ulighed i sundhed kan vi udlede kommer af, at det er de privilegerede i Danmark, som former samfundet. Ved at se på ulighed i sundhed ud fra Marmots blik bliver det derfor tydeligt, at konsekvenserne ved social ulighed er et problem for de mindre privilegerede, som blandt andet lider under fattigdom. De mindre privilegerede har ofte et lavere uddannelsesniveau, og derigennem et mindre økonomisk råderum, som vil påvirke muliggørelsen for at have kontrol over deres eget liv. Ved at se på ulighed ud fra en dansk kontekst bliver det dog, som tidligere nævnt, tydeligt, at social ulighed i sundhed også er et problem for de privilegerede, da det er dem, som må lide økonomisk under de mindre privilegeredes sygdomsbyrde.

Sodemann fremhæver i sin artikel, hvordan sundhedsreformen ikke løser noget for patienterne, og at social ulighed i sundhed er et politisk skabt problem, som *”(...) skal løses finanspolitisk, uddannelsespolitisk og socialpolitisk – fattigdom løses ikke af sundhedsvæsenet eller gennem reformer af sundhedsvæsenet”* (Sodemann, 2019). Her understreger Sodemann ligeledes, at de sundhedsmæssige forskelle som findes imellem individerne er så store, at de ikke vil blive adresseret i en sundhedsstrukturreform. Dette eftersom det vil kræve en helt anden type af reform, som reducerer ulighed i sundhed (ibid.).

Sodemann fremhæver her, at den nuværende sundhedsreform slet ikke har fokus på at reducere den sociale ulighed i sundhed, hvilket også kommer til udtryk gennem Sundhedsstyrelsens tidligere nævnte udtalelser (Sundhedsstyrelsen, 2010:23 & Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:7). Der er nærmere tale om, at sundhedsvæsenet er med til at opretholde den sociale ulighed i sundhed, hvilket i så fald vil resultere i det modsatte af at reducere den sociale ulighed. Hvis der ud fra de ovenstående citater overhovedet kan tales om løsningsforslag i forhold til at komme social ulighed i sundhed til livs tyder det derfor på, at en ny sundhedsreform kan være løsningen. Reinbacher nævner ligeledes at *”(...) det ikke blot er sundhedsministeriet, men i højere grad skatteområdet, fødevareområdet, erhvervsområdet m.v. der skal være hovedarkitekterne på tværs, for at løse vor tids sundhedsproblemer*(Reinbacher, 2009:66). Dette kan hænge sammen med Sodemanns udtalelse om, at social ulighed i sundhed ikke skal løses af sundhedsvæsenet, men nærmere skal løses politisk. Det er ligeledes ikke nok kun at fokusere ansvaret på sundhedsområdet, grundet de mange faktorer som spiller ind på social ulighed i sundhed.

Ud fra dette analysetema kan vi konkludere, at de fagpersoner som har været med til udforme de udvalgte dokumenter hører til blandt de privilegerede. Ved at disse fagpersoner producerer dokumenter for staten, bliver det statens virkelighedsforståelse som fremskrives, hvilket italesætter et bestemt syn på ulighed i sundhed. Disse synspunkter bliver herigennem universelle og styrende i Danmark. Et af de mest fremtrædende synspunkter er, at social ulighed i sundhed, ifølge Sundhedsstyrelsen, altid vil eksisterer. Vi kan konkludere, at der er mange udfordringer forbundet med social ulighed i sundhed og det tyder her på, at der skal en ny sundhedsreform til, hvis uligheden i sundhed skal reduceres.

#### 4.5. Individualisering

Mange sociale risici og deres ulige fordeling er strukturelt og klasse betinget, men de håndteres i stigende grad som værende individuelle (Andersen & Larsen, 2011:178). Livsstilsændringer karakteriseres ligeledes som værende mere private end tidligere (ibid.). Individene tildeles her større selvbestemmelse og frihed til at træffe egne valg, men forventes dog samtidig at tage større ansvar for løsninger og forebyggelse af egne problemer samt at leve op til de opstillede krav om en sund livsstil (ibid.:179). Dette lægger sig i tråd med Giddens udtalelser om, at individerne er frisat til at skabe deres egen identitet. Dermed mener Giddens at individerne i det senmoderne samfund ikke har andet valg end at vælge, og der stræbes efter en *“(...) reflektivt organiseret stræben.”* (Harrits, 2014:234). Vi kan dog have vores overvejelser om, hvorvidt dette er tilfældet eller ej.

Vores baggrund for at tænke dette bunder i de individer, som vælger en såkaldt forkert livsstil, og hvor deres refleksive identitet ikke er velset i samfundet. Her kan vi reflektere over om dette resulterer i, at individet bliver tiltænkt som en samfundsbyrde på trods af, at et valg om en usund livsstil, ifølge Giddens, også kan anses for at være et bevidst valg. Selvom det fra 1977 nærmest blev et sundhedspolitisk mantra, at individerne selv måtte tage ansvar for deres sundhed, har der dog været politiske uenigheder omkring, hvorvidt individet alene kan stilles til ansvar for sin sundhedstilstand (Vallgård, 2003:148-149). Ifølge Beck er socialiseringsvilkårene for det enkelte individ forandret, og livet er i højere grad bestemt af individuelle frem for kollektive forhold (Faber et al., 2014:70). Faber et al. beskriver, at en tiltagende oplevelse af individualisering og den manglende identifikation med de traditionelle klasse kategorier kan have betydning for de ulighedsformer, som kan betegnes som klasseskel (ibid.:72). Det individualistiske perspektiv beskrives i høringen i Landstingssalen på Christiansborg i 2009 som, at have været fremherskende de sidste 20 år og fokuserer på individets frihedsrettigheder, retten til at leve det gode liv, men også retten til at leve det mindre gode liv (Reinbacher, 2009:60). Når der tales om overvægt, ses der en tendens til at ansvaret flyttes fra samfundet og over på individet. Årsagerne til overvægt er dog komplekse, og er et resultat af både individuelle og samfundsmæssige forhold (Sundhedsstyrelsen, 2018b:4). Dette beskrives i "Forebyggelsespakke - Overvægt": "*Da udvikling af overvægt er et resultat af både individuelle og samfundsmæssige forhold, er det væsentligt ikke at se overvægt alene som et individuelt anliggende og den enkeltes ansvar*" (ibid.:8). Her menes, at de samfundsmæssige rammer og prioritering af arbejdet med overvægt er vigtig (ibid.). Dette blik deler dokumentet med Reinbacher, som ligeledes forklarer, hvordan individet både har rettighed men også pligt til at indgå i en diskurs med det omgivende samfund (Reinbacher, 2009:58). Samfundet er dog også forpligtet til at give individet mulighed for at leve det gode liv i det gode samfund (ibid.). Reinbacher understreger her, at ansvaret er et fælles ansvar, og at fedme i overvejende grad er blevet et samfundsproblem (ibid.:59). Regitze Siggard fra Adipositasforeningen udtaler ligeledes:

*"Vi kan ikke længere nøjes med at sige at den overvægtige isoleret og alene bærer hele ansvaret for sin tilstand og bare skal tage sig sammen. Det vil være det samme som at sige at den AIDS-; diabetes- og hjerteramte selv er skyld i deres sygdom og selv skal løse dem! Er det fair?"* (Siggard, 2009:145).

Hun sætter her fedmeepidemien i perspektiv ud fra andre sygdomme, som normalt ikke anses alene for at være individets eget ansvar at undgå. Hun stiller ligeledes spørgsmål ved om, det er retfærdigt at lægge hele ansvaret over på de overvægtige.

WHO mener, at der er behov for en ny diskurs omkring fedmeproblemet i Danmark, og fokuserer ansvaret på de politiske myndigheder (Siggard, 2009:145). Der gives altså udtryk for at staten, som den dominerende myndighed i Danmark, har behov for at ændre sin virkelighedsforståelse på fedmeområdet. Ved at påtage sig en større grad af ansvaret for fedmeepidemien i Danmark kan der argumenteres for, at en del af den symbolske vold mod de overvægtige fjernes, da skylden ikke alene falder på de overvægtige selv. Selv regeringens forebyggelseskommission er kommet frem til at regeringen må gøre op med sin politik på sundheds- og forebyggelsesområdet, hvis de vil gøre den sygeste del af befolkningen raskere (Reinbacher, 2009:61). Problemet omkring overvægt bliver mere omfangsrig, og vi har “ (...) *et sundhedsvæsen som i høj grad kun behandler symptomer og sygdom, og ikke de grundlæggende årsager til fedmeproblematikken*” lyder det fra forebyggelseskommissionen (Siggard, 2009:145). Det er her tydeligt, at den strategi som hidtil er blevet benyttet ikke virker, og at en stor del af ansvaret falder på sundhedsvæsenet og dets prioriteringer. Det kan tænkes, at dette hænger sammen med, at der i Danmark ikke tænkes på sundhedsmæssige problemer ud fra et klasseperspektiv men ud fra et ligheds perspektiv (Aamann, 2017:12). De bagvedliggende årsager for eksempelvis overvægt, og de konsekvenser som der hører med det at tilhøre en lavere socialklasse, synes derfor slet ikke at være tænkt ind som vigtige faktorer.

Formand for forebyggelseskommissionen Mette Wier mener, at regeringen må tage ansvar for danskernes sundhed. Forebyggelseskommissionen har konkluderet at den eneste måde at gøre den syge del af befolkningen mere rask er ved, at regeringen gør op med sin politik på sundheds- og forebyggelsesområdet: “*Tanken om at sundhed er folks eget ansvar, der kan hjælpes af frivillighedens vej, skal erstattes af forbud, afgifter og langt mere »blanden sig« i folks liv, mener kommissionen. Det er prisen, hvis politikerne ønsker at hjælpe de svageste (...)*” (Reinbacher, 2009:61). Denne udtalelse efterfølges af en udtalelse om, at individers sundhed er for vigtig til at kunne overlades til individet selv (ibid.). Disse udsagn giver et billede af et indset behov for at tage ansvar for individernes sundhedstilstand, men også at dette kun kan gøres ved at fjerne ansvaret fra individerne selv. Dette ved at udforme flere reguleringer end der allerede eksisterer. Selvom forebyggelseskommissionen ser et behov for, at regeringen påtager sig et ansvar, er der dog fortsat tale om en individualistisk tankegang. Dette eftersom forbud og afgifter henviser til individerne og deres individuelle livsstilsvalg. Når der tales om et opgør mod politikken på forebyggelses- og sundhedsområdet, tales der derfor ikke om samfundets indretning og indsatser men nærmere den politiske tilgang til social ulighed i sundhed.

Det er derfor hverken fattigdom, som Marmot især sætter fokus på, som en årsag til social ulighed i sundhed, eller mangel på kulturelle og økonomiske ressourcer, der bliver nævnt som baggrunden for de svageste individers tilstand. Vi kan her stille os undrende i forhold til, om denne tankegang er med til at reproducere social ulighed i sundhed frem for at mindske den. På trods af Wiers udtalelser om, at regeringen skal gøre op med sin sundheds- og forebyggelsespolitik, virker hun ikke til at mene, at denne er med til at opretholde social ulighed i sundhed. Hvis hun mente dette, ville hun sandsynligvis ikke anbefale forbud og afgifter til at mindske social ulighed i sundhed, men nærmere foreslå et behov for at ændre tilgangen til social ulighed i sundhed, da der i stor grad er tale om et fordelingspolitisk problem mellem de mere og mindre privilegerede.

Det er dog ikke kun sundhedspolitikken, som er med til at skabe social ulighed i sundhed. I "Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser" nævnes det hvordan:

*"Uddannelse, sociale forhold, arbejdsmarkedstilknytning, boligforhold og miljø samt arbejdsmiljø spiller en stor rolle for den enkeltes sundhed- i særdeleshed når det handler om ulighed i sundhed. (...) det faktum at kortuddannede statistisk lever kortere end mennesker med lang uddannelse skyldes ikke én men flere faktorer(Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5).*

Som det nævnes her er der mange faktorer, som spiller ind på social ulighed i sundhed, og det er derfor ikke nok kun at sætte ind sundhedspolitisk. Bourdieu er blandt dem som argumenterer for, at uddannelsessystemet er med til at skabe ulighed (Wilken, 2011:94). Uddannelsespolitik bliver derfor et eksempel på hvordan social ulighed opretholdes i samfundet, og hvordan dette spiller en rolle i det store billede. Dette citat kan ligeledes sættes i kontrast til argumentet for at benytte sig af individualisering, da Sundhedsstyrelsen selv nævner, at der er mange strukturelle faktorer som spiller ind på den sociale ulighed. Vi kan derfor argumentere for, at det på sin vis giver sig selv, at det ikke er nok at lægge ansvaret over på det enkelte individ hvis den sociale ulighed skal mindskes.

Man kan ud fra Bourdieus perspektiv mene, at staten svigter de svageste i samfundet ved at individualisere, og dermed tilgodese den privilegerede middelklasse og dens interesser, frem for at påtage sig ansvaret for individernes sundhed (Wilken, 2011:90). Den individualiserende tankegang viser tydeligt, at staten, og dermed også dens verdensbillede, domineres af de privilegerede, hvilket resulterer i at den sociale ulighed i sundhed reproduceres og vedligeholdes gennem de manglende ressourcer, som hersker blandt de svageste i samfundet.



Ifølge sociolog Mike Savage forsyner individualiseringen middelklassens habitus, da kravene om at træffe individuelle valg passer bedst hertil (Harrits, 2014:149). Middelklassen bliver på denne måde bedre stillet end de andre klasser og den sociale ulighed opretholdes (ibid.). Den sociale ulighed i sundhed vil derfor kunne antages som en tilstand, der ikke ændres så længe ansvaret i stor grad pålægges de enkelte individer. Dette eftersom de svagestes klasseposition i samfundet og deres habitus ikke kan hamle op med de forventninger, som individualiseringen medbringer. Sodemann udtaler ligeledes om den nye sundhedsreform: *”Med Løkkes nye sundhedsreform kommer der endnu flere lag ind i systemet, som kan lægge endnu et røgslør ud over ansvar og kommandoveje”* (Sodemann, 2019). Dette beskriver tydeligt, hvordan sundhedsreformen bidrager til, at det bliver endnu mere uklart, hvem der har ansvaret for befolkningens sundhed. Dette bliver i sidste ende et problem for de enkelte individer, da ansvaret vil falde på dem, hvis systemet ikke vil tage ansvar, og individualiseringen opretholdes derved.

Der er flere problematiseringer i forhold til individualiseringen af individernes sundhed, og det er ikke kun individets klasseposition, der har en betydning i forhold til danskernes sundhedstilstand:

*“De psykologiske aspekter i familien, der påvirker barnets vægtudvikling er påvirket af de socioøkonomiske forhold især uddannelsesstatus, tilknytning til arbejdsmarkedet og indkomst. Der ud over påvirkes barnet af de relationer, det har i familien jf. tilknytning, kommunikation og den måde, det bliver behandlet eller opdraget på”*(Grønbæk, 2009:54).

Her ses et tydeligt eksempel på en af konsekvenserne ved individualisering. Forældrenes evner til at være gode forældre og til at opdrage deres børn, evalueres alene på baggrund af deres uddannelsesniveau, og om de hører til blandt de mere eller mindre privilegerede. Disse familieforhold som Grønbæk beskriver kan ses som indbegrebet af dysfunktionelle familieforhold. Det bliver her tydeligt, at der hersker en forestilling om, at mindre privilegerede familier ikke behandler deres børn korrekt, eller ved hvordan de skal kommunikere med deres børn. Der ses derfor en tydelig distance til de individer, som anses for at tilhøre bunden af samfundet. Dermed sker der en differentiering af forældrenes evner ud fra deres klasseposition og uddannelsesniveau. Hvis forældrene har en lang uddannelse vil de oftere anses for at være gode forældre, som kan kommunikere med deres børn. Hvis forældrene derimod har et lavt uddannelsesniveau, giver citatet et billede af, at de automatisk anses for at være dårligere forældre.

Reay beskriver, hvordan undervisere og børn fra privilegerede familier taler ned til børn af mindre privilegerede forældre grundet deres mangel på sproglige og faglige kundskaber (Reay, 2005:918). Lawler beskriver ligeledes hvordan 'klogskab' og 'intelligens' kan blive metaforer for klassespecifikke vidensformer (ibid.). Det at være begavet bliver her korreleret med at tilhøre de privilegerede og at være ubegavet korreleres med de mindre privilegerede. Ved hjælp af Bourdieu ved vi, at sproget spiller en vigtig rolle i samfundet i forhold til social reproduktion og symbolsk vold. Sproget hænger sammen med individets mængde af kulturel kapital, og bliver magtfuldt når det benyttes af bestemte grupper eller på bestemte måder (Wilken, 2011:109). Det legitime sprog er det, som tales af de dominerende klasser, og det anses for at være tilgængeligt for alle gennem uddannelsessystemet (ibid.:110). Men som Bourdieu selv nævner er problemet her, at der ikke er så lige adgang til uddannelsessystemet endda, og klassetilhørsforholdet får derfor en betydning for børns uddannelsesmæssige præstationer (ibid.:94). I det ovenstående citat bliver det dermed tydeligt, hvordan der sættes et lighedstegn mellem forældrenes sociale position og de kundskaber der videregives til deres børn, og hvordan dette anses for at være forbundet med fordomme om de mindre privilegerede.

Det er ikke alle, som deler holdningen om, at samfundet også bærer en del af ansvaret for den andel af overvægtige, der findes i Danmark. "Det Sunde Valg" beskriver blandt andet, hvordan der er behov for støtteforanstaltninger, som kan bidrage til "hjælp til selvhjælp", læring om motivation, livsstilsændringer og selvkontrol (Sundhedsstyrelsen, 2010:10). Disse ord henvender sig til individets valg og fravalg i sin dagligdag, og vi kan tolke disse ord som værende negativt ladet, da hjælp til selvhjælp, livsstilsændringer og selvkontrol alle henviser til et behov for forandring hos det enkelte individ. Det fremstår her som, at det er individet, der træffer de forkerte valg. For at løse dette problem foreslås en strukturel indsats, som påvirker individet indirekte, hvorved det ikke bliver nødvendigt at konfrontere individerne med livsstilsændringer (ibid.:30). Dette skal føre til, at flere vælger en sundere livsstil af sig selv (ibid.). Denne tilgang kan anses for at fungere som en form for symbolsk vold, hvor staten indirekte påvirker og bestemmer over individerne på sådan en måde, at de tror, at de har truffet deres egne valg. Selvom samfundet her påtager sig en del af ansvaret ved at påvirke individerne til en sundere livsstil, bliver det i sidste ende fortsat individernes eget ansvar at træffe de sunde valg.



Social- og sundhedsdirektøren Anders Kjærulff fra Holstebro Kommune nævner, hvordan det er vigtigt at være opsøgende overfor de udsatte grupper, som ikke er motiveret for at tage ansvar for deres egen sundhed (Sundhedsstyrelsen, 2010:34-35). Det fremstår her som, at det skyldes mangel på motivation og vilje hos individerne selv, hvis de lever et usundt liv. Reinbacher mener dog, at forklaringen omkring dårlige livsstile giver et falsk billede, da det er en meget individualistisk forklaring, som intet siger om, hvor de dårlige livsstile egentlig stammer fra (Reinbacher, 2009:64). Kjærulff nævner dermed intet om, at der hos de udsatte grupper kan være mangel på ressourcer til at leve sundt, eller at disse mennesker kommer fra en anden socialklasse, og dermed har en anderledes baggrund med andre interesser og værdier. Dette viser netop, hvordan socialklasser ikke er taget i betragtning i udarbejdelsen af dette dokument som baggrund for, hvordan individer lever og hvilke vilkår de lever under. Kjærulffs klasseposition må tænkes at spille en rolle for hans udtalelser og meninger, da han kommer fra en højere socialklasse og dermed også må antages at have holdninger og synspunkter, som tilgodeser ham selv og de privilegerede generelt. Selvom både Giddens og Beck mener, at individualiseringen har bidraget til klassesamfundets død mener vi, at det fortsat giver mening at tale om klasser i Danmark grundet de store forskelle, der findes i indkomst og materielle ressourcer og for at komme udtalelser som den ovenstående til livs. Dette kan ligeledes hænge sammen med Fabers et al.'s udtalelse om, at manglende klasseidentifikation og tiltagende individualisering går hånd i hånd med ulighedsformer, hvilket igen danner baggrund for at tænke, at klasse spiller en vigtig rolle for social ulighed i sundhed (Faber et al., 2014:72).

Breinholt udtaler, at: *“Som det ser ud i dag, er de vigtigste midler i forebyggelse af fedme på individ- og gruppeniveau fremme af fysisk aktivitet og sunde kostvaner”* (Breinholt, 2009:155). Dette vidner om det, som vi vil kalde et naivt syn på fedme og på hvordan fedme bedst forebygges. Det nævnes, at der er størst forekomst af fedme blandt de kortuddannede, men der nævnes intet om hvilke andre aspekter, ud over mangel på fysisk aktivitet og sunde kostvaner, som kan ligge til grund for, at lige præcis de kortuddannede i højere grad er overvægtige. Efter vores mening lyder det derfor ikke holdbart udelukkende at fokusere på mere motion og en sundere kost, hvor det igen bliver individet, som skal ændre på sig selv og sine vaner. Hvis målgruppen eksempelvis mangler økonomiske ressourcer og opbakning til at ændre livsstil hjemmefra, er det allerede her svært at foretage livsstilsændringer. Ligeledes må vi ikke glemme, at individets vaner og værdier ligger implementeret i habitus, og er med til at forbinde individet med andre individer, som har lignende værdier og vaner (Faber et al., 2012:47). Individet vil derfor kunne risikere ikke at møde opbakning fra resten af gruppen, hvilket kan være en grund til, at individet ikke ønsker at lave drastiske livsstilsændringer.

På baggrund af dette analysetema kan vi konkludere, at der er en gængs opfattelse af, at det i større grad er individets eget ansvar at træffe de rigtige valg. Dette kan have en betydning for de ulighedsformer, der betegnes som klasseskel og i og med, at alle individer har forskellige ressourcer, vil deres valg være påvirket heraf. Vi kan skønne, at staten skal tage et større ansvar, da det er uklart, hvem der har ansvaret for danskernes sundhed. Samtidig kan vi konkludere, at staten indirekte påvirker individernes valg af livsstil ved at lade dem være i den tro, at det er valg, de selv har truffet.

#### 4.6. Risikoadfærd

I de vestlige velfærdssystemer er vi generelt blevet rigere, sundere, lever længere og er mere veluddannet. På trods af dette lever vi alligevel i det, der kan betegnes som et risikosamfund, hvor der hersker usikkerhed i forhold til beskæftigelse og helbred (Andersen & Larsen, 2011:178). Sundhed er i dag blevet udgangspunkt for vores moralske daglige livsførelse, og flere daglige tilgange er gennemsyret af en sundhedsdimension, som er med til at forme måden, vi vælger at leve på (Aamann, 2017:31). I nyere forskning indenfor human- og samfundsvidenskaberne er der fokus på de konkrete sammenhænge, som risiko er en del af. Interessen for sundhedsfremmeområdet har længe været præget af et forebyggelsesparadigme, hvor fokus har været fjernet fra sundhedsmæssige problemer og risici. Her kan handlinger i hverdagslivet, som risikoadfærden er en del af udtrykke en form for relation til bestemte sociale grupper (Mogensen & Nielsen, 2013:137,140).

Med vores uddannelsesmæssige baggrund ved vi, at der i dag er et øget fokus på den individuelle sundhedsadfærd, og hvilke valg der træffes i forhold til sundhed. Dette hænger sammen med individets livsstilsvalg og dermed også de mulige risikofaktorer, som er knyttet til valg i forhold til kost, rygning, alkohol og motion. Der er fastsatte regler for, hvad der anses som værende en god sundhedsadfærd. Eksempler på dette er ikke at ryge, der skal dyrkes 30 minutters motion hver dag, og individets skal helst følge Sundhedsstyrelsens generelle anbefalinger. Vi kan forestille os, at hvis individet vælger en anden livsstil, kan det betragtes som en risikoadfærd, der strider imod den gængse og velansete sundhedsadfærd. Denne vil derfor kunne anses for at være en risikofyldt og demoraliserende adfærd, hvor der ikke tænkes på konsekvenserne af de risici, der aktivt vælges til. Dermed kan det også tænkes, at denne risikoadfærd i sammenspil med individualisering er med at opretholde en social ulighed i samfundet, og at denne måde at anskue sundhed på ikke er medskabende til at mindske uligheden.

Der findes flere forskellige livsstilsrelaterede risikofaktorer herunder eksempelvis usunde kostmønstre og overvægt. Disse faktorer har sammen og hver for sig en negativ indvirkning på individets sundhedstilstand, og det er veldokumenteret jo flere risikofaktorer et individ udviser, medvirker til en øget risiko for andre sygdomme og for tidlig død (Sundhedsstyrelsen, 2016:245). Den Nationale Sundhedsprofil citerer denne risikoadfærd som værende til stede hos bestemte befolkningsgrupper: *“Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer i bestemte grupper i befolkningen, hvilket betyder, at der i disse grupper er en forhøjet risiko for negative helbredsudfald”* (Sundhedsstyrelsen, 2018a:99). Når der er en stor ophobning af risikofaktorer til stede, betyder det, at individet har et usundt levevis på flere områder, som tilsammen og hver for sig kan have en negativ indvirkning på individets helbred. Disse faktorer hænger ikke kun sammen med køn, alder og uddannelse, men er også indbyrdes koblet til hinanden. Dette kan hænge sammen med, at der ses forskellige tilgange til sundhedsdimensionerne, og hvad der anses for at være det gode valg i form af den rigtige livsstil. Hvis individerne ikke har det, som sundhedssystemet betegner som værende ”den gode sundhedsadfærd”, og i stedet lever et såkaldt risikofyldt liv med eksempelvis en usund kost og for lidt motion, ses dette som en demoraliserende adfærd (Aamann, 2017:31). Den symbolske vold bliver her, at de privilegerede forsøger at opretholde den eksisterende norm i samfundet, i form af det de fremlægger som værende den gode sundhedsadfærd. Dermed ses dette som den korrekte adfærd, men det er ikke alle individer som følger denne, hvilket der kan være forskellige årsager til. Disse årsager vil vi komme nærmere ind på i det følgende.

Sundhedsstyrelsen har udgivet forskellige vejledninger og råd til den danske befolkning, som blandt andet omhandler fysisk aktivitet og kost. “Sygdomsbyrden i Danmark” beskriver, hvordan fysisk inaktivitet øger individets risikoadfærd og blandt andet forårsager for tidlig død blandt de mindre privilegerede:

*“Der er stor forskel på, hvordan KRAM-faktorerne og uddannelse fordeler sig alt efter status for fysisk inaktivitet. For eksempel ses blandt inaktive personer den største andel med storrygning og svær overvægt. Inaktive personer har den største andel med grundskoleuddannelse og den mindste andel med mellemlang/ lang uddannelse”* (Sundhedsstyrelsen, 2016:169).

Der ses her en sammenhæng mellem individets aktivitets- og uddannelsesniveau, samt risikoen for at være blandt de som ryger mest og er overvægtige.

KRAM-faktorerne kan argumenteres for udelukkende at fokusere på individuelle sundhedsvalg og bidrager derfor til en individualisering af sundhed (Aamann, 2016:83). Gennem KRAM-faktorerne bliver det derfor primært kost, rygning, alkohol og motion, der anses for at være afgørende faktorer for individets sundhed (ibid.). Der ses hermed ikke på andre forhold ved individets livsstil eller livssituation, som potentielt kan have en betydning for individets sundhedstilstand. Her mener eksempelvis den norske forsker Jon Ivar Elstad, at faktorer som en lav indkomst, dårlig levestandard, stress og utryghed spiller en større rolle for individets sundhed end forskelle i kost, motionsniveau og rygning (Elstad, 2013:101). Elstad mener dermed, at der er andre faktorer som kan være medvirkende til, at et individ kan have det som anses for at være et risikofyldt liv, og som har en indvirkning på individets helbred. Individets uddannelsesniveau bliver her relevant, da dette ofte er en medspiller i forhold til indtægt og levestandard, hvilket er med til at skabe et skel mellem de privilegerede og de mindre privilegerede. De privilegerede vil derfor med større sandsynlighed have en bedre helbredstilstand, eftersom deres højere levestandard ekskluderer dem fra at blive udsat for nogle af de risikofaktorer, som de mindre privilegerede oftere udsættes for. Derfor vil vi argumentere for, at der ikke kun kan tales om valg og fravalg af en sund livsstil, da der hersker strukturelle uligheder, hvilket individet ikke selv har indflydelse på. Elstad lægger ligeledes fokus på, at det kan virke til at der glemmes, at det ikke er alle som arbejder under gode arbejdsforhold. Det kan ligeledes virke til, at der er en tilbøjelighed til at tro, at alle lever efter en middelklasse standard (Aamann, 2016:84). Her bliver KRAM-faktorerne måde at individualisere et bevis på at selvoptimering, selvdisciplin og god risikohåndtering som alle er ting som tilskrives middelklassen, er de faktorer, som bliver afgørende for individets moralske værd (ibid.:85). I stedet for at se på konsekvenser af klasser ser KRAM-faktorerne på konsekvenserne af individets manglende evne til at træffe sunde valg, og her bliver alle fire KRAM-faktorer bestemmende for om individet anses for at træffe det gode valg. Dette kan også ses ud fra et retfærdighedsprincip, da det ikke er alle individer som lever efter en middelklassestandard. Hvis tilgangen til sundhed skal ses ud fra uddannelseslængde, vil der automatisk være en ulighed, da ikke alle individer har det samme uddannelsesniveau. Vi kan derfor stille os reflekterende om tilgangen til KRAM-faktorerne, også er medvirkende til at opretholde en ulighed blandt de privilegerede og mindre privilegerede.

Ifølge “Monitorering af forekomsten af fedme” af Motions- og Ernæringsrådet har vi en fedmeepidemi i Danmark, og denne udvikling har blandt andet været præget af forskelligheden mellem klasser (Motions- og Ernæringsrådet, 2008:26).

Dokumentet beskriver ligeledes, at levevilkårene i det moderne samfund almindeligvis bliver beskrevet som værende fedmefremkaldende (Motions- og Ernæringsrådet, 2008:19-20). Udviklingen i fedme beskrives som følgende: *“Analyser af, hvordan udviklingen har været i forskellige socialklasser, tyder på, at det er især blandt de socialt dårligt stillede befolkningsgrupper, at forekomsten af fedme stiger”* (ibid.:26). Formålet med dette dokument er at monitorere forekomsten af fedme i bestemte socialklasser. Her nævner dokumentet socialklasser, og dermed italesættes klasser i forbindelse med det danske samfund. Det er samtidig de mindre privilegerede, der ses som den laveste socialklasse. Fedme som risikoadfærd er stigende hos de mindre privilegerede, og fedme er dermed medvirkende til skabe ulighed i sundhed blandt befolkningen. Det kan tyde på, at den individualiserende tankegang som vi så i det foregående analysetema, er med til at opretholde den sociale ulighed i sundhed ved at gøre fedmeproblematikken til et individuelt problem. De mindre privilegerede har ikke nødvendigvis ressourcerne til at løse fedmeproblematikken på egen hånd, og den kan udspringe fra mange andre faktorer end blot usunde kostvaner. Det er velkendt, at de mindre privilegerede oftere har en lavere eller ingen uddannelse, og dette er medvirkende til deres grad af tilgængelige ressourcer, og at de ofte ikke har de rette forudsætninger for selv at komme ud af et fedmeproblem.

Ifølge Breinholt, har social ulighed i sundhed været et fremstående tema i den danske sundhedspolitik. Han mener dog, at indsatsen for at reducere uligheden indtil videre har været beskednen. Derfor mener han, at der skal tilrettelægges en indsats mod social ulighed i fedme (Breinholt, 2009:151).

*“Overhyppigheden af fedme blandt den socialt dårligt stillede del af befolkningen er en af de konkrete mekanismer, som skaber ulighed i sundhed. Fedme er en væsentlig helbredsrisiko og kan desuden føre til ringere fysisk og psykisk trivsel herunder eksklusion fra arbejdsmarkedet og andre dele af samfundslivet”*(Breinholt, 2009:151).

Her er overvægt igen i fokus som en vigtig årsag til social ulighed i sundhed frem for andre underliggende årsager, som kan være baggrund for den eksisterende overvægt. Overvægten beskrives her som grunden til, at de dårligst stillede i samfundet kan risikere at blive ekskluderet fra arbejdsmarkedet og andre dele af samfundslivet. Her ses et tydeligt eksempel på, hvordan samfundet anser de mindre privilegerede for at leve et risikofyldt liv og værende selvforskyldte i deres overvægt.

Denne form for individualisering kan være medvirkende til, at samfundet anser de mindre privilegerede for at være moralsk ukorrekte, og de må derfor ekskluderes fra bestemte dele af samfundslivet. Denne tankegang leder til et negativt syn på de mindre privilegerede og de overvægtige. Dette kan være en af baggrundene for, at de overvægtige ikke ønsker at deltage i alle dele af samfundslivet, da de føler sig dømt. Samtidig kan denne holdning også ses som en årsag der er med til at opretholde uligheden, hvis nogle individer bevidst bliver ekskluderet.

Andre faktorer som bliver gældende i forhold til en risikofyldt adfærd fremskrives i "Monitorering af fedme": *"Der er således betydelige forskelle mellem landets geografiske regioner, de to køn, forskellige aldersgrupper og sociale klasser"* (Motions- og Ernæringsrådet, 2008:26). I forhold til fedme er der mange faktorer, som kan spille ind især de strukturelle faktorer som geografisk placering, som individet ikke altid har indflydelse på. Sodemann italesætter dette problem og beskriver, at der er ulighed mellem regionerne og at der er betydelige forskelle blandt kommunerne i sygdomsrisiko, sygdomsmønstre og dødelighed (Sodemann, 2019). Ikke nok med at det har en betydning hvor individet er bosat, har det også en betydning hvilken klasse individet tilhører. Forventningen er her, at de privilegerede vil have bedre vilkår og flere ressourcer, og derigennem bedre forudsætninger for at kunne flytte til andre og bedre kommuner, hvor der er en optimal sundhedstilstand blandt individerne. Det er dog ikke kun mængden af ressourcer, som spiller en rolle i forhold til individets geografiske placering og socialklasse. Det kan være svært at bryde de mønstre, som er inkorporeret i habitus og agere i nye felter, som ikke ligner den verden individet er vokset op i (Faber et al., 2012:48). Dette bliver blandt andet bestemmende for individets valg af geografisk placering, samt hvilken livsstil som leves og videregives.

"Sygdomsbyrden i Danmark" nævner andre konsekvenser, som kan menes at stamme fra det at leve et mere risikofyldt liv: *"Det højeste antal ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive ses blandt personer med grunduddannelse"* (Sundhedsstyrelsen, 2016:171). De privilegerede er ud fra dette ikke blandt de ekstra dødsfald i lige så stor en grad, som de mindre privilegerede er. Vi kan derfor antage, at de privilegerede må gøre noget anderledes eller have et anderledes levevis end de mindre privilegerede. Det at have en lang uddannelse kan blandt andet give mulighed for at vælge et job, som ikke anses for at være forbundet med nogen form for risiko. Individer med en grundskoleuddannelse har derimod ikke de samme muligheder, og de kan derfor ende med at må påtage sig et mere risikofyldt job, da disse jobtyper ikke nødvendigvis kræver et højt uddannelsesniveau.

Det kan være jobpositioner, hvor at arbejdsforholdene ikke er de bedste, men ofte kan det også være noget så simpelt, som det at være rengøringsassistent, der anses for at være en risikofyldt arbejdsposition. Individets mængde af kapital får her en afgørende betydning i forhold til, hvorvidt det at være inaktiv vil lede til en større risiko for dødsfald.

Ud fra Bourdieus begreb kapital har individer forskellige ressourcer og forudsætninger i deres liv, og individets position i feltet bliver blandt andet bestemmende for valg og fravalg i livsstil. "Den Nationale Sundhedsprofil" fra 2017 beskriver at: "*Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, hvilket kan forklares med både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer*" (Sundhedsstyrelsen, 2018a:92). Det at have en manglende evne er noget, der automatisk tillægges individet, og det bliver her tydeligt, at der er tale om en individualiserende tilgang. Den manglende evne til at regulere energibalancen tilskrives både individets genetiske baggrund, samt det hjem og miljø individet opvokser og bor i. Adfærd hænger blandt andet sammen med individets habitus og værdier, og her vil der automatisk blive skabt forskellige sundhedsadfærdsmønstre i de forskellige klasser på baggrund af deres placering i det sociale rum. Flere af disse faktorer er derfor nogle, som individet ikke selv er herre over. Der er en tendens til at se overvægt som individets eget ansvar og det kan føre til en skyldfølelse hos de overvægtige. Dette kan medføre moralsk devaluerende konsekvenser hos de overvægtige og en følelse af, at deres livsstil og udseende ikke lever op til samfundets standard om, hvad den gode moralske adfærd indebærer. Dette kan også ses som et udtryk for symbolsk vold mod de overvægtige, da de mere privilegerede har været medvirkende til at skabe et samfund, hvor overvægt ikke er velanset.

Sundhedsstyrelsen beskriver i "Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser" de mindre privilegerede ud fra en bestemt sygdomsadfærd, som anses for at være risikofyldt: "*Den uhensigtsmæssige sundhedsadfærd, samt de relaterede biologiske risikofaktorer som fedme, for højt kolesteroltal og for højt blodtryk er i stigende grad koncentreret blandt de socialt mindre privilegerede*" (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:98). Sundhedsadfærden hos de mindre privilegerede anses her for generelt at være uhensigtsmæssig. Dertil ses der en større andel af biologiske risikofaktorer hos denne gruppe, og deres eksistens og levevis er derfor generelt mere risikofyldt ud fra dette perspektiv. Den såkaldte uhensigtsmæssige sundhedsadfærd som Sundhedsstyrelsen italesætter, og de valg som de mindre privilegerede er i stand til at træffe, får en symbolsk betydning. De biologiske risikofaktorer som Sundhedsstyrelsen nævner, tilskrives de mindre privilegerede, og det er med til lave en adskillelse mellem de privilegerede og de mindre privilegerede.



Dette kan fungere som underliggende klassesdistinktioner, som siger noget om hvad der anses for at være en velanset sundhedsadfærd hos de privilegerede, og hvordan denne ikke findes blandt de mindre privilegerede (Faber et al., 2014: 80).

Sundhedsstyrelsen nævner ligeledes, at: *“Jo lavere socioøkonomisk status forældrene har, og barnet har som voksen, jo flere risikofaktorer vil individet være udsat for i livsforløbet”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:18). Det at tilhøre de mindre privilegerede er ud fra dette i sig selv en risikoadfærd og dermed også en trussel mod sundhedsadfærden. Samtidig antydes det, at de mindre privilegerede forældre kan have en negativ indvirkning på deres børns helbredstilstand, og at de mindre privilegerede sandsynligvis vil leve et mere risikofyldt liv. Denne risikoadfærd vil reproduceres videre til deres børn, og børnene vil derfor videreføre denne risikoadfærd i deres voksenliv. Disse individer vil igennem deres liv anses som ude af stand til at leve et sundt liv, og i værste fald vil de anses for at være dårlige forældre, som ikke ønsker deres børn det bedste. De mindre privilegerede kan ikke leve op til den standard, som de privilegerede sætter for deres eget liv og børn. Dette vil formentlig være medvirkende til, at der sker en demoralisering af de mindre privilegeredes levemåde. Videre citerer Sundhedsstyrelsen: *“I takt med at den risikofyldte sundhedsadfærd i stigende udstrækning er koncentreret om en socialt mindre privilegeret gruppe (...)”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:20). Her italesætter Sundhedsstyrelsen den risikofyldte adfærd, der ses hos de mindre privilegerede. Det er her på forhånd bestemt, hvad det vil sige at leve et risikofyldt liv, og hvem der hører blandt dem, som lever et sådant liv. Den risikofyldte adfærd kan være svær at bryde for de mindre privilegerede, da de vil have færre ressourcer og andre livsforudsætninger end de privilegerede har. Ligeledes kan der igen ses en devaluering af moral, da den denne adfærd ses som et individuelt problem, og som oftest anses det for at være individernes egen skyld, at de står i den situation de nu engang står i.

“Forebyggelsespakke- Overvægt” af Sundhedsstyrelsen beskriver, at en sundhedsplejerske i forbindelse med hjemmebesøg hos familier skal fremme sunde vaner hos familien for, at disse kan videreføres til barnet:

*Alle familier i kommunen tilbydes et sundhedsplejerskebesøg i hjemmet, når barnet er omkring tre år. Besøget tager udgangspunkt i barnets vaner og trivsel og inddrager hele familiens vaner i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet for at fremme sunde vaner og forebygge, at u hensigtsmæssige vaner videreføres til barnet (Sundhedsstyrelsen, 2018b:24).*



Ud fra dette citat får vi, på trods af at alle familier i kommunen får det samme tilbud, en forestilling om at disse besøg primært skal foretages hos de mindre privilegerede. Dette eftersom vi formoder, at eksempelvis Sundhedsstyrelsen har en forventning om, at de mindre privilegerede besidder en mere risikofyldt livsstil end den privilegerede del af befolkningen. Dermed sker der også en form for inspektion af familiens sundhed og vaner, og hvordan det gode og rigtige forældreskab skal se ud. Dette kan ud fra Bourdieus begreb habitus, som i dette tilfælde, ses som de vaner der reproducere klasserne imellem. Bourdieus perspektiv kan ses i sammenhæng med folketingsmedlem Torben Lunds udtalelse fra 1987-88, hvor han gav udtryk for, at vaner er et produkt af individets livsbetingelser og hverdag, og vaner af den grund ikke blot er noget individet selv kan ændre på. Det er de grundlæggende forhold som skal ændres (Vallgård, 2003:149). Lund giver dermed udtryk for, at det ikke er individet selv som har det fulde ansvar for sine vaner og livsførelse. Ud fra citatet ses det tydeligt, at der på forhånd er fastlagt regler for, hvad der er gode og dårlige vaner at videregive til sine børn, og disse regler henvender sig i mange tilfælde mere til den privilegerede del af befolkningen end den mindre privilegerede.

En anden årsag der gør sig gældende i forhold til, at have en risikoadfærd er hvorvidt individet har en uddannelse: *“Uddannelse er også en ressource, når det gælder om at tilegne sig ny viden, herunder viden der er relevant for at fremme egen sundhed, navigere i sundhedsvæsenet og gå i dialog med sundhedspersonalet.”* (Breinholt, 2009:152). Dette er Sundhedsstyrelsen enig i og udtaler at: *“Brugernes uddannelse, sociale status, sproglige evner mv., spiller her en afgørende rolle”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:113). Dette er gældende når det handler om individets forventninger til hjælp fra sundhedsvæsenet. Ud fra de ovenstående citater tyder det på, at det at have en uddannelse er medvirkende til at udligne uligheden i sundhed blandt enkelte individer. Hermed kan mangel på uddannelse være medvirkende til en øget risikoadfærd, hvor der generelt leves mere usundt grundet manglende viden. Uddannelse er viden og dermed bliver det gennem uddannelse også muligt at udvide og regulere sine handlemuligheder og derigennem forbedre sin sundhedstilstand. Der hersker dog forskellige forudsætninger for overhovedet at kunne tage en uddannelse blandt de forskellige socialklasser, og de som ikke har denne mulighed kan derfor ikke tage del i de ressourcer en uddannelse kan give. Citatet knytter sig til tanken om health literacy, hvor graden af uddannelse bliver bestemmende for i hvilken grad et individ er i stand til at forstå og handle på sundhedsrelateret information (Madsen, Højgaard & Albæk, 2009:8).

Dette hænger sammen med udtalelsen fra Breinholt, som mener, at de med en højere uddannelse har andre forudsætninger end de med et lavt uddannelsesniveau, og de har dermed også et mindre risikofyldt liv:

*Især boglige uddannelser giver adgang til en lukrativ del af arbejdsmarkedet med ringe fysiske belastninger, en god løn, der gør det lettere at vælge en sund livsstil, samt social anseelse, der styrker selvværdet og troen på selv at kunne tilrettelægge sin tilværelse, tilpasse sig skiftende livsomstændigheder osv. (Breinholt, 2009:152).*

Det at have en lang uddannelse, og muligheden for vælge et godt arbejde, er dermed medvirkende til at føre et sundere og mindre risikofyldt liv. Hos de mindre privilegerede med det laveste uddannelsesniveau ses der af den grund et mere risikofyldt liv med ringe chancer for at regulere deres handlemuligheder både i forhold til jobposition og egen sundhed. Et andet aspekt kan være, når vi ser på ulighed mellem de privilegerede og de mindre privilegerede, om deres forskellige livstile opleves som ligeværdige, eller om der kan tales om et slags dominansforhold blandt de privilegerede. Det at have en lang boglig uddannelse giver andre muligheder i livet, og det kan tænkes at der også vil være tale om, at visse jobtyper anses som værende mere legitime eller værdige end andre (Faber et al., 2014:71).

Sundhedsstyrelsen formulerer også hvad denne risikoadfærd kan medføre af problematikker på længere sigt for dem, som har en kort uddannelse. *“(...) at kort-uddannede ikke kun har færre leveår at se frem til, men at en lavere andel af disse leveår kan forventes at være med et godt helbred”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:34). Vi kan her se et tydeligt eksempel på hvad, det at leve et såkaldt risikofyldt liv har af betydning for individets helbred. Videre skriver Sundhedsstyrelsen: *“(...) kort uddannelse- som regel angivet som fuldførelse af grundskolen- hænger sammen med risikofaktorer for dårligt helbred (...)”* (ibid.:52). Da denne viden er tilgængelig kan vi derfor, ligesom Elstad, stille os spørgende i forhold til hvorfor det er at arbejdsforhold ikke tillægges en større betydning for individets helbred. Det kan, efter vores mening, virke til at det netop har en stor betydning for de mindre privilegerede, og deres helbred at de bliver udsat for risikofaktorer. Til dette skriver Sundhedsstyrelsen: *“I og med at lavere socialgrupper oftere er udsat for mange forskellige både fysiske, sociale og adfærdsmæssige sygdomsårsager, indebærer det, at effekten af en af de aktuelle årsager ofte vil være stærkere i lavere socialgrupper end i højere”*(ibid.:26).

Dette kan igen ses ud fra, at de mindre privilegerede er udsat for hårdere fysisk arbejde end de privilegerede. Her bliver mangel på uddannelse afgørende for de mindre privilegeredes ressourcer og forudsætninger som kan have en indvirkning på om de lever et risikofyldt liv.

I "Forebyggelsespakke - Overvægt" italesættes problematikker i forhold til sundhedsadfærden, og hvordan disse kan være sværere at løse: "*Der er begrænset dokumentation for, at vægtøgning kan forebygges hos specifikke grupper, som fx personer i højrisikogrupper*"(Sundhedsstyrelsen, 2018b:17). Dette syn på overvægt kan efter vores mening, ses som værende en anelse vagt. Dette eftersom det kan tyde, på at de sundhedsfaglige fralægger sig ansvaret, og derfor mener at det ikke nytter noget at sætte ind med indsatser mod overvægt i højrisikogrupperne. Løsningen af dette problem lyder helt enkelt til at omhandle mere viden om, hvorfor disse grupper er i risiko for overvægt, og hvilke bagvedliggende faktorer der skal sættes ind overfor. Dette kan netop være strukturelle faktorer, hvor individet ingen indflydelse har, og hvor det er samfundet som må lave ændringer frem for individet. Vi kan også tænke, at det kunne være relevant at inddrage de overvægtige og på den måde indsamle information om deres behov, da de muligvis mangler ressourcer til at bekæmpe overvægt.

Gennem årene er der flere gange gennem offentlige kampagner forsøgt at ændre på befolkningens risikoadfærd og dermed gøre dem sundere:

*"Der kan eksempelvis være tale om store kampagner i massemedier eller positive/negative mærkningsordninger som "Nøglehullet" eller advarsler på tobaks- og alkoholprodukter. Denne type indsatser har en effekt, men mest på langt sigt og i forhold til de højest uddannede"*(Sundhedsstyrelsen, 2010:10).

Viden omkring sundhedsadfærd er tilgængelig i det offentlige rum blandt andet gennem massemedierne, og dermed er denne viden også tilgængelig både for de mere og mindre privilegerede. Problemet er her, at det er ikke alle som er i stand til at omsætte denne information til brugbar viden, som de reelt kan handle på. Disse kampagner gavner derfor kun dem, som har en mellemlang til lang uddannelse, og som har en stor mængde kapital, da de reflektivt formår at kunne omdanne denne viden og gøre den brugbar. Dermed ses der en løsning, som i høj grad er afhængig af det enkelte individs uddannelsesniveaue og ressourcer til at kunne reflektere over, hvad de enkelte kampagner helt konkret betyder.

Uddannelsesniveaueet får ligeledes en betydning for om individet kan stille sig kritisk overfor den information der gives. Undersøgelser viser, at der findes en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og health literacy, og det bliver derfor ofte kun dem med en højere uddannelse som i sidste ende implementerer denne viden i deres liv (Madsen, Højgaard & Albæk, 2009:15). Problemet her er, at dokumenternes løsningsforslag bliver til en middelklassehegemoni, og dette bliver derfor det dominerende synspunkt i bekæmpelsen af risikoadfærd. Det fremlægges her som, at alle individer skal agere som middelklassen for at deres problemer kan blive løst.

I ”Forebyggelsespakke - Overvægt” italesættes det, at der skal en adfærdsændring til hos dem, der udviser risikoadfærd. Dette skal ske gennem: *“Sundhedspædagogik og støtte til adfærdsændring, som fx den motiverende samtale”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b:33). Det interessante ved dette citat er, at det er en adfærdsændring som nævnes og implicit også det, der betragtes som værende god og dårlig adfærd. Denne løsning bliver individualiseret, da det er den enkeltes adfærd, som skal ændres. Dette kan ses ud fra Bourdieus begreb doxa, hvor der hersker gængse regler, og hvor samfundet skal ændre på de individerne som lever et risikofyldt liv til normens definition af bedre adfærd.

I dette afsnit fremlægger vi, hvordan det kan anses for at være en risikofaktor hvis individet ikke lever efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og risikofaktorer er ofte indbyrdes forbundet. KRAM-faktorerne fokuserer primært på individuelle faktorer og de strukturelle faktorer glemmes her. Vi vil derfor argumentere for, at det ikke er nok at kigge på risikoadfærd ud fra KRAM-faktorerne, da der er vigtigere forhold som levestandard og stress, som får betydning for om et individ anses for at leve et risikofyldt liv. Det er her muligt, at KRAM-faktorernes måde at individualisere også får en betydning for individets moralske værd, og vi stiller os spørgende i forhold til om tilgangen til KRAM-faktorerne er medvirkende til at opretholde social ulighed i sundhed. Synet på overvægt som en individuel risikofaktor kan være medvirkende til, at de overvægtige blandt andet ekskluderes fra dele af samfundslivet, eftersom de mindre privilegeredes sundhedsadfærd oftest vil anses for at være uhensigtsmæssig af de privilegerede. Det tyder på at individets uddannelsesniveau spiller en vigtig rolle i forhold til at udligne uligheden og risikoadfærden blandt befolkningen. Uddannelsesniveaueet bliver ligeledes bestemmende for hvilke jobmuligheder individet har, og om disse er forbundet med en øget risikoadfærd. Løsningsforslaget som fremlægges for at mindske befolkningens risikoadfærd er at der brug for mere viden. Her er det dog ikke alle, som er i stand til at omdanne denne viden til handling grundet deres baggrundsmæssige forhold og eksempelvis uddannelsesniveaueet.

## 4.7. Stigmatisering

Når vi som mennesker står ansigt til ansigt med et andet menneske, har vi allerede på baggrund af deres udseende bestemte tanker og fordomme om vedkommende. Samtidig er samfundet i dag også med til at inddele individer i forskellige kategorier ud fra blandt andet udseende, uddannelse og baggrund, og det er på forhånd besluttet, hvad der anses for at være det gængse i samfundet eller i en bestemt kategori (Goffman, 2009:43). Individer bliver ligeledes konstrueret gennem stigmatisering, og placeres dermed i en kategori hvori der ikke længere ses et individ med personlige erfaringer og mål. Dermed har stigmatisering betydning for individers liv og deres livsduelighed, og dette er samtidig forbundet med deres position i magthierarkiet (Dybbroe & Kappel, 2013:46). Vi kan af den grund sige, at stigmatisering på denne måde er blevet en del af implikationerne ved at individualisere frem for at tale om klasse.

Når der arbejdes med forebyggelse af overvægt kan der undervejs opstå flere dilemmaer og udfordringer. I "Forebyggelsespakke - Overvægt" præsenteres en række etiske udfordringer i arbejdet med overvægt: "**Stigmatisering** Mobning, diskrimination og stigmatisering af borgere med overvægt, og især af borgere med svær overvægt, har alvorlige psykiske konsekvenser" (Sundhedsstyrelsen, 2018b:8). Vi kan her se, at der følger mange negative konsekvenser med synet på overvægt. Individer som er overvægtige anses af den grund ofte for at falde udenfor normen, og som nogen der udfører en risikoadfærd. Selvom det ikke er tilstrækkeligt i forebyggelsen at oplyse individerne om risikofaktorer og en sund livsstil for at få individerne til at ændre adfærd, kan individualiseret forebyggelse føre til såkaldt victim blaming. Her er der en antagelse om at det er individernes eget ansvar, hvis de bliver syge på grundet deres usunde adfærd, da viden kan menes at skulle føre til handling (Sundhedsstyrelsen, 2008:24). Samfundet har en tendens til at se overvægt som værende selvforskyldt, og mobning, diskrimination og stigmatisering er alt sammen noget som samfundet og andre individer udsætter de overvægtige for. Harrits omtaler netop dette som en ny form for ulighed, hvor individer oftere føler sig udenfor grundet samfundets krav til valg og kompetencer (Harrits, 2014:218). Dette kan ses som en af implikationerne ved ikke at tale om klassepositioners betydning for blandt andet overvægt, da alle disse negative konsekvenser stammer fra et individualiserende synspunkt. Lawler italesætter, at de mindre privilegerede dømmes efter deres udseende, og at mindre privilegerede anses for at mangle sans for æstetik og dermed også moral (Lawler, 2005: 441). Ligeledes fremhæver Lawler at, alle individer burde have denne gode smag, men her er forskellige værdier tilknyttet det at høre til blandt de privilegerede og de mindre privilegerede, kan denne manglende smag ses som, at de mindre privilegerede ikke ved bedre.

Ved at se smag ud fra dette synspunkt sker der igen en form for stigmatisering af de mindre privilegerede da deres smag ikke anerkendes af samfundets øverste.

I forbindelse med at forebyggende og sundhedsfremmende arbejde er kommet på den politiske dagsorden, er stigmatisering derimod ikke en ny problematik:

*“Det kan være en udfordring ikke at komme at virke fordømmende og pålægge “dem, der ikke er sunde nok” skyld- især hvis de er oplyste om, hvad der skal til for at nedsætte risikoen for sygdom eller skade, men alligevel ikke handler derefter.”* (Sundhedsstyrelsen, 2008:18).

Her italesættes individualiseringen. Når de mindre privilegerede er oplyste om korrekt sundhedsadfærd, men vælger ikke at handle efter denne, kan det danne baggrund for, at de privilegerede tager sig retten til at stigmatisere. Det bliver her de overvægtiges egen skyld, hvis de udsættes for stigmatisering. I dag er det forholdsvis nemt at orientere sig i viden omkring et sundt levevis, og vi forestiller os derfor, at man kan mene, at det burde være nemt at vide hvordan man skal handle sundhedsmæssigt korrekt. Dette knytter sig til det ovenstående tema om risikoadfærd, da der er mange faktorer som spiller ind på individets livsstil og muligheder for at forstå og omdanne viden til reel handling. I nogle tilfælde kan sundhedsprofessionelle mene, at stigmatisering kan anvendes som et effektivt værktøj i bestræbelserne på at få folk til at ændre adfærd, og at dette kan være den eneste måde til at få overvægtige til at tabe sig (Sundhedsstyrelsen, 2008:18). Dette kan i vores øjne virke som en drastisk og nedværdigende tilgang til vægttab. Overvægt kan have konsekvenser i form af stigmatisering, men: *“Stigmatisering kan i sig selv bidrage til udviklingen af overvægt”*(Sundhedsstyrelsen, 2008:8). Årsagerne til overvægt er komplekse og rummer både individuelle og samfundsmæssige forhold. I samfundet findes der normer for det ideelle sundhedsbillede, både for hvordan man skal handle og se ud. Hvis individerne ikke lever op til normen bliver de kategoriseret som ikke at være en del af et bestemt og velset ideal i samfundet. Dette kan være medskabende til, at de mindre privilegerede føler sig forkerte, hvilket kan føre til psykiske problemer, som vi tænker blandt andet kan føre til overspisning og derigennem overvægt.

Uddannelse kan ses som en kulturel og økonomisk ressource hos individet, men uddannelse kan også ses som en ressource i forhold til at have et sundt mentalt helbred. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan: *“Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveauer og andelen med dårligt mentalt helbred”*(Sundhedsstyrelsen, 2018a:21).

Desto længere en uddannelse et individ har jo større er sandsynligheden for, at vedkommende også har en stor mængde økonomiske og kulturelle kapitaler og derigennem også et stort sikkerhedsnet. Mangel på denne sikkerhed kan have store psykiske konsekvenser som stress og depression, og dette kan føre til en manglende evne til at varetage sit arbejde og dermed også sit sikkerhedsnet. Der skabes her en ond cirkel, hvor det kan blive sværere og sværere at opretholde et anstændigt levevis og et godt mentalt helbred. Uddannelsesniveaueet kan derfor menes at have en stor betydning for det mentale helbred. Når individet havner i denne onde cirkel, kan vi have en formodning om, at stigmatisering også forbindes med det at have et dårligt mentalt helbred. Dette mener vi, da det er ikke lever op til normen og den gode sundhedsadfærd at have det mentalt dårligt. Et dårligt mentalt helbred kan føre til sygemelding eller arbejdsløshed, hvilket i sig selv kan være medskabende til stigmatisering.

Ifølge Sundhedsstyrelsen handler ulighed i sundhed om en sammenslutning mellem individets position i samfundet og deres helbred, hvilket betyder at: *“De fleste store folkesygdomme forekommer hos personer med kortere uddannelse, og som regel er konsekvenserne i form af dødelighed, nedsat funktion og arbejdsevne desuden alvorligere hos denne gruppe af disse sygdomme”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:7). Uddannelse spiller en vigtig rolle i forhold til individets sundhedstilstand, og det samme gør de ressourcer, som oftest erhverves med en lang uddannelse. Mange faktorer kan være til stede ved forekomsten af sygdomme, og mængden af kapital og ressourcer vil være vigtig, da de bliver bestemmende for individets handlemuligheder. En stor mængde kapital giver mulighed for regulere sine muligheder, hvorimod det modsatte gør sig gældende ved ikke at have en stor mængde kapital til rådighed. Det at have en uddannelse giver flere muligheder, og dermed kan dem med en kort eller ingen uddannelse opleve at blive stigmatiseret, som dem der oftere er mere syge. Hermed kan vi have en forestilling, om, at hvis de havde haft en mellemlang eller lang uddannelse, kunne deres sygdomsbillede være anderledes og dermed muligvis også oplevelsen af stigmatisering.

Mange som er udsat for stigmatisering eksempelvis i forhold til overvægt føler ifølge Sundhedsstyrelsen, at de bør tabe sig for at kunne leve op til normen om en sund vægt og være socialt accepteret:



*“Mange der er udsat for stigmatisering, deler omverdenens opfattelse af, at deres adfærd eller udseende berettiger til en lavere status. I den situation er en naturlig reaktion at forsøge at blive sit stigma kvit. Man kan eksempelvis søge behandling (...) arbejde på at komme i god form, forsøge at tabe sig eller blive opereret for sin overvægt.”* (Sundhedsstyrelsen, 2008:50).

Dette citat viser, at de overvægtige i stor grad tilslutter sig resten af samfundets tanker om deres størrelse og adfærd, og de føler sig af den grund mindre værd end resten af befolkningen. Den måde dokumentet italesætter overvægt er med til at danne et billede af, at de overvægtige bør ændre adfærd for at undgå stigmatisering. De overvægtiges udseende stigmatiseres, da de ikke lever op til den korrekte norm om, hvordan de skal se ud. Her bliver udseendet inddelt efter kulturelt niveau, som er til de privilegeredes fordel (Prieur & Sestoft, 2006:54). Det fremstilles her som, at de overvægtige selv er skyld i deres overvægt og dermed også selv skyld i at de bliver stigmatiseret. Det interessante er her, at det anses for at være individernes egen skyld frem for at se samfundets indretning som problemet. Vi står derfor med et billede af et samfund, som ikke ønsker at tage ansvar og erkende, at der er strukturelle livsfaktorer som forbindes med bestemte klasser. Vi vil derfor argumentere for, at det er samfundets tilgang til overvægt, der skal ændres frem for de enkelte individer. Synet på overvægt hænger tydeligt sammen med, at samfundet i dag er individualiseret, og det bliver dermed helt automatisk de overvægtiges eget problem at løse deres overvægtsproblemer og dermed også undgå stigmatisering. Et helt andet aspekt er, at de overvægtige i bund og grund kan være glade for det liv de har, men at de samtidig føler skam og ubehag grundet den måde samfundet italesætter overvægt. Ifølge Faber et al. mener flere af de mindre privilegerede, at der findes et socialt hierarki i samfundet og at de befinder sig i den nedre del af hierarkiet (Faber et al., 2014:94).

Den canadisk-amerikanske professor Joan Miller mener også, at der er hierarkiske grænser og forskelle mellem individer: *“Disgust, along with contempt, as well as other emotions in various settings, recognizes and maintains difference. Disgust helps define boundaries between us and them, me and you. It helps prevent our way from being subsumed into their way.”* (Miller, 1997:50). I og med at der er forskelle mellem individer, er disse forskelle også med at opretholde grænsen mellem de privilegerede og de mindre privilegerede. Ved at disse er legitime i samfundet, bliver denne form for stigmatisering ved med at opretholdes. Hvis disse grænser opretholdes formoder vi, at der ikke vil ske en ændring af stigmatiseringen af de mindre privilegerede.



Grønbæk beskriver, hvordan der er sket et skift i synet på overvægtige i samfundet, og at fedme tidligere blev forbundet med overklassen:

*“Tidligere var fedme et tegn på velstand, at have pondus og for børn var det et tegn på trivsel. Nu er fedme, som nævnt, knyttet til ringe sociale kår, karaktersvagthed og dårligt helbred. Når vi taler om stigmatisering, strækker det fra mobning, psykisk vold, fysisk vold, øgenavne, forfordeling og dårligere behandling i f.eks. sundhedssystemet.”* (Grønbæk, 2009:55).

De privilegerede har altid været medvirkende til at sætte standarden for samfundets verdensbillede. Dette gælder også overvægt, som før i tiden kun forekom i overklassen, da det var dem som havde råd til at være overvægtige gennem en større overflod af mad og minimalt fysisk hårdt arbejde. I dag er dette dog anderledes og nu anses fedme og overvægt ikke længere som et tegn på velstand, men som en problematik der medfører en række negative konsekvenser eksempelvis i forhold til helbredstilstande. De overvægtige tillægges eksempelvis egenskaber som manglende selvkontrol og handlekompetence, eftersom overvægt i dag ikke hænger sammen med overflod af mad generelt men nærmere fastfood og usunde madvarer. Dette hænger naturligvis også sammen med, at de privilegerede har flere økonomiske og kulturelle ressourcer, som i sidste ende kan være medskabende til en normalvægtig krop. Det er også vigtigt at bemærke den sidste linje af citatet, som italesætter, at overvægtige i større grad behandles dårligere end resten af befolkningen, også i sundhedssystemet. De overvægtige lider her kraftigt under den stigmatisering, som overvægt kan medføre, da sundhedssystemet allerede har en forforståelse om de overvægtige. Vi forestiller os her at der hersker et billede af dovne, ugidelige og demotiverede individer, hvis overvægt skyldes en usund adfærd i form af dårlig kost og motion. Dette tænker vi er dybt problematisk, da denne form for stigmatiserende tankegang kan blive afgørende for, hvilke former for hjælp og hvor meget hjælp de overvægtige kan forvente at få, hvilket bestemt må anses for at være ulighed i behandling.

Grønbæk tilskriver også fedme som resultatet af livsstilsvalg som noget, der tilfalder bestemte klasser: *“Men udviklingen er, at fedme og fordomme derom, nu i højere grad er knyttet til dårlig helbred, kort uddannelse, usund levevis, lav indkomst osv. end tidligere”* (Grønbæk, 2009:56). Dette kan ses i forlængelse af forrige citat, hvor fedme er et fænomen, der tildeles de mindre privilegerede, og at det også er blevet en del af normen i samfundet at se det sådan. Der tales her hverken om betydningen af klasseposition eller mangel på opbakning og støtte som værende baggrunden for udvikling af fedme.

I dag ses overvægtige også som dem, der mangler selvdisciplin og deres motivation for tabe sig er et individuel anliggende. Hermed bliver det også det enkeltes individs egne forudsætninger, der gør sig gældende for om at et vægttab kan lade sig gøre.

“Forebyggelsespakke - Overvægt” har formuleret et forslag ud fra et medarbejderperspektiv, som omhandler, hvordan sundhedsprofessionelle skal bryde tabuet om overvægt. Her er formålet for medarbejderne: *“At kunne bryde tabuet omkring overvægt og at arbejde ikke-stigmatiserende”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b:33). I forlængelse af overvægt som en årsag til social ulighed i sundhed pålægges der også et ansvar hos de sundhedsprofessionelle for at løse dette problem. Ifølge Goffman kan de holdninger vi har om andre variere, og vi udfører ligeledes forskellige former for stigmatisering og diskrimination. Dermed kan det være problematisk, at skulle hjælpe overvægtige, hvis den sundhedsprofessionelle allerede har forforståelser om den overvægtiges handlekompetencer. Citatet kan anses for at være et løsningsforslag i forhold til at undgå at overvægtige bliver dårligere behandlet af sundhedssystemet. Ansvarer bliver her lagt over på de sundhedsprofessionelle.

Breinholt udtaler at: *“Man bør være opmærksom på de etiske aspekter ved forebyggelse-forebyggelse kan i værste fald få karakter af overgreb og stigmatisering, og risikoen herfor er større ved socialt udsatte grupper”* (Breinholt, 2009:155). I forlængelse af dette tyder det på, at det kan være vanskeligere at implementere forebyggelse blandt de mindre privilegerede, da de i højere grad er i risiko for at blive udsat for stigmatisering. Alene det at sundhedssystemet ønsker, at forebygge sygdom og overvægt kan virke stigmatiserende på nogle grupper. Dette tænker vi hænger sammen med, at disse individer i forvejen ved, at de bliver anset for at være et ”problem” for samfundet, da de er mere tilbøjelige til at leve et usundt og risikofyldt liv. Denne ekstra opmærksomhed på disse grupper kan medvirke til en stigmatiserende klang. Det kan af den grund være en udfordring at nå disse grupper så længe der hersker en stigmatiserende forestilling om overvægt.

Stigmatisering kan konkluderes at være en af konsekvenserne ved individualiseringen. Dette eftersom overvægt ofte anses for at være selvforskyldt, og denne holdning kan føre til mobning, stigmatisering og diskriminering. Der er dog mange faktorer, som spiller ind på individets liv og disse må ikke glemmes. Overvægtige tilslutter sig ofte resten af samfundets tankegang om at de bør tabe sig og tage vare på deres eget helbred. Dette argumenterer vi for hænger sammen med det samfundssyn, der hersker om overvægtige. I nogle af de udvalgte citater bliver det desuden fremlagt som de overvægtiges egen skyld, at de stigmatiseres.

De privilegerede har altid sat standarden for samfundets verdensbillede, og her er der blandt andet sket en ændring i synet på overvægt. De overvægtige behandles generelt dårligere end resten af befolkning grundet et stigmatiserende syn, hvilket vi finder dybt problematisk. Det tyder på at der er behov for en holdningsændring for at bryde det tabu der forbindes med overvægt, og at sundhedsprofessionelle skal være opmærksomme på at der arbejdes ikke-stigmatiserende med de overvægtige. Der fremstilles her en del konsekvenser ved stigmatisering, og vi vil give en yderligere uddybning af de konsekvenser definitionen af social ulighed i sundhed kan medføre.

#### 4.8. Mulige konsekvenser

Udøvelse af blandt andet symbolsk vold og individualisering kan føre til en række konsekvenser specielt for de mindre privilegerede og svageste i samfundet. Grønbæk beskriver fedmens betydning for individet, og hvordan fedme er forbundet med svære psykologiske og sociale konsekvenser: *“Konsekvenserne beskrives som dårlig livskvalitet, lav selvtillid, isolation, ensomhed og lav tilfredshed med krop og helbred”* (Grønbæk, 2009:53). Dette betegner hun som værende baggrunden for, at overvægtige kan gå med en følelse af at have et dårligt liv (ibid.). Disse konsekvenser er både helt konkrete konsekvenser ved fedme, men citatet viser også, hvordan de privilegerede er med til at fremprovokere disse konsekvenser. Dette sker blandt andet ved at fedmeproblematikken individualiseres, og det bliver de overvægtiges eget ansvar at bekæmpe deres overvægt. Dette kan ligeledes ses ud fra de ressourcer, som er til stede hos de overvægtige, og her formoder vi, at de i nogle tilfælde har færre ressourcer til at varetage deres mentale helbred. Følelsen af at være utilfreds med egen krop og helbred kan argumenteres for at bunde i, at individet ikke kan leve op til den doxa, der hersker omkring krop og sundhed og dermed ikke leve op til det sundhedsideal, som dominerer i samfundet. Den symbolske dominans hviler på miskendelse, hvilket Prieur blandt andet beskriver ved hjælp af historien om den grimme ælling. Her føler den grimme ælling sig grim, da den ser sig selv gennem de dominerendes blik (Prieur, 2006:53). Oversat til dagens Danmark vil det, at være slank og i god form anses for at være det gældende kropsideal, og overvægt og fedme vidner derfor om mangel på disciplin og viden omkring sund kost og motion. Dette kan føre til lav selvtillid, da de overvægtige er opmærksomme på, at de ikke passer ind i normen. Dette har vi en forestilling om, vil kunne føre til isolation og ensomhed. Reay italesætter, ud fra professor i social teori og politisk økonomi, Andrew Sayer, hvordan klassers moralske betydning giver mulighed for at kortlægge det, han kalder det psykiske landskab af klasser (Reay, 2005:913). Det bliver her muligt at inddele individer efter deres klasseposition og dennes karakteristika.

Denne karakterisering kan for nogle klasser føre til følelser af vrede, misundelse og skam, og hvordan disse følelser håndteres afhænger af klassens position (Reay, 2005:913). Disse følelser er dermed en konsekvens af ikke at kunne leve op til et bestemt ideal. Den dominerende doxa og den symbolske vold som udføres herigennem har derfor en stor betydning for den overvægtiges liv, hvilket de privilegerede ikke nødvendigvis har mange overvejelser omkring. Kampen i feltet handler om, hvem der har magten til at definere, hvordan bestemte ting skal opfattes (Wilken, 2011:53). Der vil altid være nogen i feltet, som drager gavn af at grænserne i feltet er optrukket på en bestemt måde. I dette tilfælde er det de privilegerede som har gavn af dette, eftersom de er i besiddelse af den rette mængde ressourcer til, at kunne opretholde et sundt levevis, og de lever derfor op til det gængse og velansete sundhedsideal.

Det kan virke yderst uretfærdigt, at et individ mere eller mindre er dømt til at leve et usundt liv med færre ressourcer og tidligere død på baggrund af sin sociale position i samfundet og uddannelsesniveau. For at skabe et retfærdigt levevis for alle synes der at være et behov for, at ændre på de konsekvenser som det at være blandt de mindre privilegerede kan medføre. Ifølge Wier er der dog mangel på viden om, hvordan de mindre privilegerede skal inddrages, og hvad kommunerne kan gøre for at øge sundheden blandt danskerne (Sundhedsstyrelsen, 2010:11). Men når det virker til at være velkendt, at der findes mange betydelige sundhedsmæssige konsekvenser ved at tilhøre de mindre privilegerede, kan vi undre os over, hvorfor der eksisterer så lidt viden om, hvordan disse kan hjælpes. Det kan tænkes, at den brede befolkning i størst grad er blevet prioriteret frem for dem med få ressourcer. Dette kan skyldes en tankegang om, at tilstrækkeligt store gevinster til mange kan opveje det at tage hensyn til de dårligst stillede. "Det Sunde Valg" beskriver dog fordelene ved at tillægge de mindre privilegerede flere ressourcer:

*"Tillægges hensynet til dårligt stillede meget stor vægt, kan selv mindre forbedringer for en forholdsvis lille gruppe dårligt stillede borgere for eksempel veje tungere end betydelige velfærdsforbedringer for den store middelklasse. Hvis hensynet til dårligt stillede omvendt tillægges en meget lille vægt i afvejningen, vil store forbedringer for middelklassen nemt kunne overtrumfe små forbedringer for dårligt stillede borgere"* (Sundhedsstyrelsen, 2010:23).

Det tyder på at der kan være fordele ved at tillægge de svageste i samfundet flest ressourcer, da forbedringer hos denne gruppe kan veje tungere end forbedringer blandt de privilegerede.

Disse forbedringer antager vi, vil få betydning for redueringen af social ulighed i sundhed, og den vil herved også kunne gavne de privilegerede på længere sigt. Det tyder dog ikke altid på, at de mindre privilegerede tillægges flest ressourcer, da vi i Danmark benytter os af den reelle lighedstankegang, hvor alle har lige adgang til samfundets velfærdsgoder.

Kortuddannede er en gruppe, som ifølge Breinholt anses for at have et dårligere helbred end de privilegerede: *“Ønsker man at reducere den sociale ulighed i sundhed, er de kortuddannede en relevant målgruppe for indsatsen”* (Breinholt, 2009:152). De kortuddannede er generelt dem, som dør tidligst og er mest syge (Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011:5). Uddannelse er en ressource i form af tilegnet viden, hvilket blandt andet hjælper individet til, at kunne navigere i sundhedsvæsenet og forstå, hvorfor og hvordan man kan og bør fremme sin sundhed samt opnå eftertragtede goder (ibid.:151-152). Uddannelsesniveaut spiller også en stor rolle i forhold til risikoen for at udvikle overvægt, og det at være blandt de lavt uddannede kan medføre store sundhedsmæssige konsekvenser. Individets uddannelsesniveau hænger ofte sammen med forældrenes klasseposition og uddannelsesniveau (Wilken, 2011:94). Der sker på denne måde en reproduktion af kapitaler og værdier fra forældre til børn, og der skabes på denne måde en social differentiering mellem dem med en stor mængde af kapitaler og dem med en lav mængde. Individets sociale position påvirker her adgangen til eksempelvis behandling og rehabilitering, og der er risiko for, at der skabes en ond cirkel af sociale årsager og konsekvenser af sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2010:26). De mindre privilegerede med en kort uddannelse vil ud fra dette være mere tilbøjelige til at blive syge grundet deres mangel på økonomiske og kulturelle ressourcer. Dermed bliver det ud fra et helbredsmæssigt perspektiv en konsekvens ikke at have en uddannelse. Dette kan eksempelvis resultere i, at disse individer ikke længere kan varetage deres arbejde, og derfor vil besidde endnu færre ressourcer. Denne onde cirkel bliver en konsekvens af deres sociale position og alene det, at tilhøre en lav socialklasse kan dermed medføre et væld af negative konsekvenser.

For at undgå ovenstående konsekvenser bør man, ifølge Sundhedsstyrelsen, *undgå “(...) at kategorisere borgere med overvægt som unormale, men derimod anvende et bredt normalitetsbegreb.”* (Sundhedsstyrelsen, 2018:8). Det tyder ud fra dette på at der er behov for et nyt syn på sundhedsidealet, da vi vil argumentere for et behov for, at samfundet kan favne alle. Det vil kræve, at der dannes en ny doxa, som bliver normen og den legitime måde at anskue individet i samfundet.

Om dette kommer til, at ske lige foreløbig kan være svært at sige, da samfundet muligvis ikke er klar til at omfavne alle individer og deres sundhedsmæssige problemstillinger som noget, der ikke nødvendigvis er en konsekvens af individuelle livsstilsvalg.

I dette afsnit ser vi, hvordan de konsekvenserne af individualiseringen kan føre til, at overvægtige står med en følelse af ensomhed, dårlig livskvalitet og lav selvtillid. Disse følelser hænger i stor grad sammen med de gældende sundhedsideal, som er skabt af de privilegerede, og som de mindre privilegerede ikke altid formår at leve op til. Dette vil ofte opfattes som mangel på selvdisciplin og viden. Der virker til at være mangel på viden om, hvordan konsekvenserne af at være blandt de mindre privilegerede bedst afhjælpes, hvilket hentyder til et behov for et større fokus herpå. Mangel på uddannelse medfører en del konsekvenser blandt andet i form af en større risiko for overvægt og sygdom. Det fremlægges desuden, at det at tilhøre den mindre privilegerede del af befolkningen i sig selv kan medføre en række negative konsekvenser. Det tyder ligeledes på, at der kan være behov for et bredere normalitetsbegreb og et anderledes syn på dem, som falder uden for den nuværende norm.

## Kapitel 5: Diskussion

Med udgangspunkt i vores delkonklusioner vil vi i diskussionsafsnittet dykke dybere ned i nogle af de mest fremtrædende fokuspunkter. Her vil vi tage udgangspunkt i, hvad der muligvis kan ligge til baggrund for, hvorfor klasseeufemismer benyttes i så stor en grad gennem de udvalgte dokumenter. Herefter vil vi sætte fokus på, hvem social ulighed i sundhed fremstår som et problem for og give vores bud på, hvem det i virkeligheden er et problem for. Vi vil desuden diskutere om de indsatser og løsningsforslag som vi finder i de udvalgte dokumenter, er medvirkende til, at social ulighed i sundhed ikke reduceres men nærmere produceres. Til sidst vil vi berøre emnet om retfærdighed og give et bud på, hvorfor vi i Danmark ikke taler ud fra retfærdighed i samme grad, som Marmot fremskriver i “Fair Society, Healthy Lives”.

### 5.1. Hvorfor klasseeufemismer?

Ud fra vores delkonklusion kan vi se, at klassebegrebet stort set er fraværende i sin direkte form i de udvalgte dokumenter. Vi kan derfor først og fremmest stille spørgsmål ved hvorfor der i så stor grad gøres brug af klasseeufemismer i de udvalgte dokumenter frem for at gøre brug af et klassebegreb. Ved gennemlæsning af dokumenterne tegner der sig et billede af, at klassebegrebet ikke eksisterer i det danske samfund på trods af, at vi kan se det implicit gennem anvendelse af klasseeufemismer.

Med baggrund i vores klasseteori må vi formode, at dette til dels kommer sig af den øgede individualisering som har ført til, at eksempelvis Giddens og Beck mener, at klassebegrebet er dødt (Harrits, 2014:234). Vi kan ud fra vores analyse se, at individualiseringen har vundet stort indpas i det danske samfund når der tales om sundhed og i de holdninger, der italesættes i dokumenterne. Individualiseringen vil, som tidligere nævnt, desuden oftest tilgodese middelklassen, da de har den rette mængde af ressourcer til at kunne reflektere og selvrealisere, hvilket er det individualiseringen i bund og grund kræver af individet. Middelklassen ophøjes herigennem som det ønskelige, og som de eneste der kan leve op til samfundets forventninger til individet. Der gives udtryk for at individualiseringen giver individerne frihed til at vælge deres egen livsstil. Dog med det forbehold, at de skal tage vare på deres egen sundhed for at gavne samfundet. Dette kan igen anses for at være til de privilegeredes, og derigennem middelklassens, fordel da dette vil gavne dem selv og samfundet økonomisk. Om dette i bund og grund er en dårlig undskyldning for at kunne bebrejde individerne når det sundhedsmæssige budget ikke længere hænger sammen, eller når den sociale ulighed bliver større og større, er en helt anden sag. Dog tyder vores analyse på, at de danske samfundsstrukturer har tendens til at gøre sundhed til et individuelt problem frem for at tage ansvar for, at nogle individer er født ind i mere privilegerede familier end andre og derfor også har andre forudsætninger i livet. Disse forudsætninger får i sidste ende en afgørende betydning for deres liv og det liv, der reproduceres gennem generationer. Det interessante bliver her, at individualisering fremstår som at være løsningen på social ulighed i sundhed. Dermed ser problematikken, ud fra vores analyse, blot ud til at blive forværret frem for at den forberedes.

Spørgsmålet er dog om det, på trods af den øgede individualisering, overhovedet er muligt ikke at inddele samfundet i en form for klasser eller hierarkisk fordeling. Vores baggrund for at tænke sådan kommer sig af de forskelle, der hersker blandt de mere og mindre privilegerede blandt andet i form af økonomiske og materielle ressourcer. Ved at inddele individer som mere eller mindre privilegerede mener vi, at kunne argumentere for at der alligevel opstår en klasseinddeling i Danmark. Gennem Jarness kan vi se, at der i Skandinavien hersker et fremtrædende ligheds billede og at det at inddele individer i klasser strider imod forestillingen om ligestilling (Aamann, 2017:12). Ifølge Aamann betyder dette “(...) at klasses moralske implikationer på den ene side er uomgængelige og på den anden side er tabuiserede.” (ibid.:12). Aamann hører blandt dem, som mener at klasser stadig eksisterer, men at de fortsat kobles med et tabu. Ligeledes mener Faber, at klasseforskelle kan føre til misundelse, afsky og irritationer (Faber, 2009:87). Her får klasse en meget negativ betydning som noget, der kan have en dårlig indflydelse på individets liv hvis det italesættes.

Dette kan netop tale for ikke at dele den danske befolkning ud fra socialklasser. I Danmark er vi generelt økonomisk lige sammenlignet med andre lande, hvilket igen taler for ikke at begynde at snakke om sociale klasseopdelinger og socialklasse positioner. Alligevel bliver befolkningen inddelt efter hvad de tjener og uddannelsesniveau. Dermed er det også interessant, hvorfor denne inddeling alligevel forekommer i vores samfund. Vi kan dog ikke lade være med at undre os over om denne økonomiske lighed og forestillingen om, at klasseforskelle kan medføre et tabu virkelig er grund nok til at afskrive klassebegrebet helt. Vi har gennem vores analyse adskillige eksempler på klasseeufemismer, som alle i bund og grund fortæller noget om, hvilken klasseposition individerne tilhører i samfundet. Om individet har en lang eller kort uddannelse, bliver bestemmende for, hvor stor en mængde af økonomiske og kulturelle kapitaler individet har til rådighed. Dette bliver dermed bestemmende for om der tales om individer med mange eller få ressourcer, samt hvilke forskellige muligheder det enkelte individ har. Her vil der automatisk ske en form for inddeling af, hvad de mere eller mindre privilegerede har og ikke har, og dermed kan befolkningen sættes i en bestemt kategori som tilhørende det ene eller det andet. Vi ser det af den grund ikke muligt at komme udenom klassebegrebet og en klasseopdeling af samfundet, selvom klassebegrebet ikke nævnes direkte. Vi kan derfor vende tilbage til vores første spørgsmål og stille os spørgende i forhold til, hvorfor der ikke gøres åbenlyst brug af klassebegrebet hvis det alligevel benyttes indirekte, og hvis disse klasseeufemismer alligevel er åbenlyst sigende i forhold til individets position i samfundet.

Ud over individualiseringens indvirkning på klassebegrebet kan vi, som nævnt ovenfor, også se, at det kan have en negativ indvirkning på visse individer, at de tildeles en bestemt klasseposition. På den anden side kan der dog argumenteres for, at de mindre privilegerede sandsynligvis er klar over, at de ikke hører til blandt dem med flest ressourcer. Dette på trods af at de fleste danskere mener, at de tilhører middelklassen. Det vil af den grund være overraskende, hvis det virkelig har så stor betydning for disse mennesker, som Faber nævner, at de omtales efter klasseposition frem for eksempelvis som ressourcetsvage individer. Samtidig vil vi også argumentere for, at klasseeufemismer som “de mindre privilegerede” og “ressourcetsvage” kan have en negativ klang sammenlignet med at inddele individer i klassekategorier. Af den grund kan vi argumentere for, at det kan ende med at skade mere end det gavner at benytte klasseeufemismer, og vi ser derfor ingen grund til ikke at benytte klassebegrebet. Dokumenterne giver dog ikke et tydeligere svar på fraværet af klassebegrebet, end det vi selv kan analysere os frem til.



## 5.2. Bliver det modsatte end det det tiltænkte gjort?

Det danske samfund opleves af danskerne selv som et meget lige samfund, og her leveres i en forestilling om, at alle har de samme muligheder som eksempelvis lige adgang til sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er dog, om denne lige adgang egentlig er så lige, som vi forestiller os. I Danmark kan det siges, at der overvejende opereres ud fra et lighedsprincip, hvor alle individer i samfundet har lige adgang til forskellige samfundsgoder og ydelser. På mange måder kan dette lyde som en logisk måde at indrette samfundet på og dermed skabe størst mulig lighed. Det interessante er dog, at selvom denne tankegang om lighed er til stede i samfundet, er Danmark fortsat ulige, specielt når det omhandler social ulighed i sundhed. Vi kan af den grund have overvejelser i forhold til, hvorvidt dette lighedsperspektiv kan være medvirkende til, at social ulighed i sundhed bliver opretholdt i stedet for at blive reduceret. Som uddybet i vores analyse har forskellige socialklasser forskellige mængder af kulturel og økonomisk kapital, som netop bliver bestemmende for, hvor meget eller hvor lidt de reelt får ud af de forskellige sundhedsindsatser og tilbud. Disse forskelle i ressourcer er derfor med til at skabe ulighed i blandt andet sundhedsvæsenet selvom, der reelt er lige adgang for alle. Det interessante er her, at det reelle lighedsprincip muligvis ikke er det mest effektive i sidste ende. Dette får os til at tænke, at der muligvis er brug for at tænke i andre baner, hvis den sociale ulighed i sundhed skal mindskes. Her giver klassetænkning andre vinkler til løsningsforslag i forhold til social ulighed i sundhed. Klasse kan netop give mulighed for, at italesætte de forskelle som ses, når eksempelvis Sundhedsstyrelsen inddeler personer efter uddannelsesniveau eller indkomst. Ved at vi i Danmark har denne lighedstankegang, anser de fleste sig selv som at tilhøre middelklassen. Men når de fleste individer i Danmark anser sig selv som tilhørende middelklassen, bliver dette middelklasse perspektiv så en form for hegemoni?

I Danmark lever vi med en forestilling om et lige samfund, hvilket vi vil argumentere for kan være med til at forsyne social ulighed sundhed. Dette eftersom individers ressourcer bliver afgørende for udbyttet af eksempelvis sundhedsvæsenets velfærdsgoder, som i udgangspunktet er lige for alle. Det fremstående i Danmark er, hvordan ansvaret enten placeres hos sundhedsvæsenet eller hos det enkelte individ. Generelt vil vi argumentere for, at ingen tager ansvar for den sociale ulighed i sundhed, men det bliver ofte nærliggende at overlade det til sundhedsvæsenet. I dag skal sundhedsvæsenet løse mange problematikker, og løsningen på social ulighed i sundhed burde ikke være en opgave som sundhedsvæsenet alene skal varetage. Det bør derimod være politikerne som tager ansvar.

Når ansvaret placeres hos sundhedsvæsenet, kan det være en udfordring at favne alle individer, da alle har forskellige forudsætninger. Dermed kan det være svært ikke at opretholde en ulighed, når alle ikke er ens.

Både Sodemann og Reinbacher italesætter, hvordan social ulighed i sundhed er et politisk skabt problem, og hvis problemet med social ulighed skal løses skal der en anden sundhedsreform til. På nuværende tidspunkt vinder individualiseringen fortsat stort indpas i samfundet, og som Sundhedsstyrelsen fremlægger, er ulighed i sundhed ikke noget der ikke kan fjernes. Dette kan give grund til at mene, at den nuværende sundhedsreform ikke kan forblive, som den er. Men med denne tanke kan det tænkes, at måden vi håndterer social ulighed i sundhed også producerer ulighed. Samfundets individualiserende tankegang omkring social ulighed i sundhed bliver et problem for de individer, som er berørt af dette. Det er ligeledes, de mindre privilegerede som dør tidligere, da samfundet ikke tager ansvar for de komplekse problemstillinger, der hænger sammen med social ulighed i sundhed. Vi ved, at de privilegerede med en lang uddannelse har flere ressourcer og bedre muligheder for at navigere rundt i sundhedsvæsenet end de mindre privilegerede med en kort eller ingen uddannelse har. Det væsentlige er her, om dette også er med til opretholde eller producere den sociale ulighed i sundhed, når det handler om adgangen og muligheden for navigation og kommunikation i sundhedsvæsenet. På en måde kan vi sige, at ved at disse forskelle er til stede, vil uligheden i en grad blive opretholdt. Hvis dette er tilfældet, bliver problemet ikke løst ved at lade sundhedsvæsenet håndtere uligheden. Igen vil de mindre privilegerede have udfordringer, som de privilegerede ikke vil opleve. Derfor tyder det på, at der skal drastiske ændringer til, som ikke kun involverer sundhedsvæsenet. Det er derimod alle dele af samfundet, som skal sætte ind mod social ulighed i sundhed. Da vi ser social ulighed i sundhed som et langt mere komplekst problem, som strækker sig fra mangel på ressourcer til måden vi italesætter ulighed på.

### 5.3. Hvem fremstår ulighed i sundhed som et problem for og hvem er ulighed i sundhed reelt et problem for?

Generelt anser vi social ulighed i sundhed som værende et problem for de mindre privilegerede, da det er dem som lider under dårligere levevilkår end de privilegerede. Social ulighed i sundhed indebærer ofte mængden af ressourcer og forudsætninger, som er til stede hos hvert enkelt individ, og hvordan disse kommer til udtryk i deres liv. I medierne og dagspressen er social ulighed i sundhed et vigtigt emne både politisk og for sundhedsmyndighederne.

Der er ligeledes et politisk ønske om at øge danskernes middellevetid for at nå målet om, at flere danskere kan blive på arbejdsmarkedet i længere tid end på nuværende tidspunkt (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5). Her kan vi tænkte, at denne indsats om at øge middellevetiden vil gavne de mindre privilegerede, da de vil kunne leve et længere liv med en mindre grad af sygdom. Ved nærmere gennemlæsning af dokumenterne er det ikke det fremtrædende argument, som ligger bag ønsket om at øge middellevetiden i Danmark. Sundhedsstyrelsen formulerer i “Ulighed i Sundhed - årsager og indsatser”, at ved at flere danskere kan blive længere på arbejdsmarked, kan det være med til at reducere forskellige udgifter blandt andet på sundheds-, beskæftigelses- og socialområdet (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5). Der fremlægges her et økonomisk perspektiv, som på sigt vil gavne den danske samfundsøkonomi. Der nævnes dog intet om, hvorvidt det vil gavne de mindre privilegerede eller individerne generelt i det danske samfund. Det interessante ved dette er, at der ikke gives udtryk for ønsket om at forbedre middellevetiden ud fra en forestilling om, at alle fortjener et langt og sundere liv. Det ser af den grund ud til at være økonomien, som vægtes højere end retfærdighed i alle samfundsklasser. Det interessante er her, at social ulighed i sundhed i denne sammenhæng bliver fremlagt som et problem for de privilegerede. De privilegerede er dem, der er i besiddelse af en høj grad af økonomiske ressourcer, og som Sundhedsstyrelsen fremskriver, er social ulighed en økonomisk byrde for samfundet. Social ulighed bliver hermed et spørgsmål om økonomi, og om hvem der kan og bør bidrage, når individer med sundhedsmæssige problemstillinger har behov for behandlinger eller må forlade arbejdsmarkedet før tid. Dette hænger sammen med den borgerlige regerings udtalelse i 1989 om, at individet må tage ansvar for sine handlinger som kan få konsekvenser for fællesskabet og samfundets ressourcer (Vallgård, 2003:151). Det kan derfor virke til, at de privilegerede og toppen af samfundet kun anser social ulighed ud fra et økonomisk perspektiv. Dermed ses social ulighed ikke ud fra de bagvedliggende faktorer, som i virkeligheden kan være grunden til, at de mindre privilegerede har ringere forudsætninger i livet. Vi mener dog ikke, at det kan undgås at vende blikket mod de årsager som ligger til baggrund for, at de mindre privilegerede har et dårligere helbred. Det burde netop være disse årsager, som opmærksomheden rettes imod for netop at undgå at skulle lægge flere økonomiske ressourcer til side for at behandle og forlænge individers levetid.

Et andet perspektiv som fremlægges af engelske professor i socialpolitik Peter Taylor-Gobby er, at den traditionelle velfærdsstat hviler på medborgerskabsværdier i form af tillid, inklusion og gensidighed. Det vil sige gensidighed i balancen mellem bidrag og ydelser, mellem social grupper og inklusion gennem en omfordeling af både muligheder og ressourcer til socialt udsatte grupper.

Når individet har bidraget til samfundet, har individet desuden tillid til at få service og ydelser når der er brug for det (Andersen & Larsen, 2011:178). I dag synes gensidigheden at være indsnævret til, hvad der tæller som bidrag. Yderligere påpeger Taylor-Gobby, at der er sket en ændring i befolkningens adfærd, hvilket vi også mener forekommer i en dansk kontekst. Dette eftersom der politisk er et ønske om at øge middellevetiden, som vil gavne samfundet økonomisk. Ligeledes nævner Taylor-Gobby, at dette kan have konsekvenser, da den øgede individualisering sætter pres på gensidigheden og modvirker inklusionen samt underminerer tilliden. Dette kan have betydning for støtten til velfærdssystemet, især hvis de privilegerede ikke længere har tillid til at de ydelser og den service, som de finansierer for de mindre privilegerede, vil være til rådighed for dem selv en dag (ibid.:178). Dette taler netop imod argumentet for resultatlighed. Den diversitet som opleves i samfundet, i form af social ulighed i sundhed, er en trussel mod velfærdsstaten. Dette eftersom alle ikke bidrager på lige fod økonomisk set.

Det danske perspektiv på social ulighed i sundhed som fremskrives er overvejende økonomisk og har, ud fra det ovenstående, i større grad de privilegerede i tankerne. Hvis vi igen sammenligner dette syn på social ulighed i sundhed med Marmots tilgang, findes der en helt anden opfattelse. Det interessante her er, at Marmot ser social ulighed i sundhed ud fra et retfærdighedsprincip frem for et økonomisk perspektiv. Her anses social ulighed som værende uretfærdigt, og det handler ikke om at individer skal være længere på arbejdsmarkedet. Af den grund fremstår det ikke som et problem, at de mere privilegerede skal yde mere økonomisk end de mindre privilegerede. En anden ting som skiller sig ud ved Marmot er, at der i England beskrives andre fordele ved at reducere social ulighed i sundhed, herunder eksempelvis bedre sundhed og trivsel blandt individerne. Det enkelte individs liv er dermed i hovedfokus, og vi ser en anderledes tilgang til social ulighed i sundhed, end den vi ser i Danmark, hvor trivsel og sundhed i stor grad anses for at være et individuelt ansvar.

Fokusset i det danske perspektiv er rettet mod at reducere dødelighed og øge middellevetiden, og dette virker derfor til at være det største problem i forhold til social ulighed i sundhed. Der hersker her en forestilling om, at hvis dødeligheden reduceres og middellevetiden øges hos danskerne, vil den sociale ulighed i sundhed reduceres. Her kan det naturligvis menes, at pointen med at øge middellevetiden også kan ses som et retfærdighedsprincip, da alle individer har retten til at leve et langt liv. Men det interessante her er, at se på måden og tilgangen, hvorpå de danske målsætninger formuleres.

Her kan vi tænke, at hvis der er øget fokus på at forbedre trivslen og de enkelte individs levevilkår, kunne disse muligvis være medskabende til, at forbedre sundheden og dermed automatisk øge middellevetiden. I sidste ende vil det muligvis kunne medvirke til en mindskning af social ulighed i sundhed. Der kan derfor argumenteres for, at den Marmots vinkel har sine fordele. Ved at tænke social ulighed i sundhed ud fra et retfærdighedsprincip fremfor for et økonomisk perspektiv, vil det ikke kun være økonomien og danskernes middellevetid som forbedres, men muligvis også individernes trivsel og sundhed. Der kan ligefrem argumenteres for, at trivsel kan bidrage til mere overskud, hvorfor individerne også bedre vil kunne tage sig af deres egen sundhed.

#### 5.4. Hvorfor tales der ikke ud fra retfærdighed?

Når vi sammenligner ”Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser” med ”Fair Society, Healthy Lives” kan vi allerede ud fra titlen se, hvor forskelligt et fokus disse to dokumenter har på trods af, at de er udarbejdet med det samme formål. Den engelske titel benytter sig af ordet retfærdighed, og et retfærdigt samfund med sunde individer. Retfærdighed er et begreb, der ikke direkte eksisterer i det danske dokument, eller italesættes i forbindelse med social ulighed i sundhed i en dansk kontekst. Men hvorfor benyttes retfærdighed i sådan en stor en grad i det engelske dokument, mens det er helt fraværende i det danske? Først og fremmest må vi antage at ideen om, at Danmark er et meget lige land har en stor betydning for, hvorfor der ikke tales om retfærdighed. Hvorfor skulle det være nødvendigt at tale om retfærdighed, hvis vi alle er lige? Denne tankegang giver naturligvis god mening, hvis det ikke var for det faktum, at vi ikke er så lige som vi går og tror. Vores teori afsnit om klasse redegøre for, at Danmark anses for at være et af de mindst ulige samfund i verden. Men på trods af denne forestilling hersker der fortsat stor ulighed i levevilkår og magt (Faber et al., 2014:10-11). Denne ulighed redegøres for at være størst på sundhedsområdet, hvilket er et problem ”Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser” også erkender (Lehn-Christiansen et al., 2016:7). På trods af denne erkendelse virker det dog til, at billedet om et lige Danmark fortsat spærrer for et behov for mere retfærdighed. Sundhedsstyrelsens forskellige dokumenter har flere citater omhandlende det, at social ulighed i sundhed altid vil eksistere. Det fremstilles dog også her, at det handler om sammenhængen mellem social position og helbred (ibid.). På sin vis kan vi mene, at Sundhedsstyrelsen har fundet svaret på problemet ved at sige, at forskellige sociale positioner forbindes med bestemte klasser. Her bliver dette bestemmende for individets helbredstilstand, og dermed også mængden af ressourcer individet har til rådighed gennem kulturel og økonomisk kapital. Det kan her virke åbenlyst, at løsningen er at ændre på forudsætningerne for de mindst privilegerede gennem en samfundsændring og dermed løfte de mere privilegeredes tilsyneladende økonomiske byrde.

Men på trods af dette er det ikke det budskab som kommer frem i dokumentet. I denne sammenhæng vil vi fremhæve Aamanns argument for, at det danske lighedsperspektiv kan sammenlignes med en middelklassebevidsthed (Aamann, 2017:267). Her peger hun på, hvordan den danske velfærdsstat kan tyde på at være opstået med de privilegeredes behov i tankerne frem for en generel omfordeling af samfundets goder (ibid.). Dette kan være en forklaring på, hvorfor der hersker den lighedstankegang der gør i Danmark, og hvorfor denne ikke gavner de mindre privilegerede. Da udtalelserne i ”Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser” kommer fra højtstillede fagpersoner i Sundhedsstyrelsen kan det ligeledes være svært at udfordre synet på lighed og retfærdighed. Vi kan derfor argumentere for, at denne forestilling om lighed kan komme til at forhindre italesættelsen af retfærdighed, da det fremstår som at Sundhedsstyrelsen på forhånd har accepteret social ulighed i sundheds eksistensen. Samtidig virker det også til, at retfærdighed ikke ses som en faktor, der hænger sammen med sundhed eller individets rettigheder når det gælder sundhed.

Sundhedsstyrelsen nævner dog i et af de fremhævede citater, at både: *“Uddannelse, sociale forhold, arbejdsmarkedstilknytning, boligforhold og miljø samt arbejdsmiljø spiller en stor rolle for den enkeltes sundhed (...)”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:5 ). Dermed er der flere faktorer, som bliver bestemmende for, at kortuddannede lever et kortere liv end de højtuddannede. Her kan vi stille spørgsmålstegn ved Sundhedsstyrelsens holdning til at social ulighed i sundhed altid vil eksistere, da de er bekendte med de faktorer som spiller ind på middellevetiden blandt kortuddannede. Dette strider også imod ønsket om, at reducere for tidlig død blandt den danske befolkning, hvilket er hovedargumentet for at reducere social ulighed. Her kan vi se endnu et eksempel på, at retfærdighed ikke skænkes meget opmærksomhed, da flere af disse faktorer er nogle vi umiddelbart vil mene, at samfundet har en indflydelse på.

I analysen fremhæves endnu et citat fra Sundhedsstyrelsen, som lyder: *“Det faktum, at en person med kort uddannelse meget oftere forlader arbejdsstyrken efter sygdom, behøver ikke være en problematisk og uretfærdig ulighed”* (Diderichsen, Andersen & Manuel, 2011:115). Dette citat finder vi yderst interessant, for hvordan kan det ikke være problematisk, at de med en kort uddannelse oftest må forlade arbejdsmarkedet før tid grundet sygdom? Som vi ser det, skrider dette langt væk af ulighed og uretfærdighed. Det at have en kort uddannelse synes at føre til, at individet må påtage sig fysisk belastende jobpositioner og derfor må leve med tidligere nedslidning samtidig med, at det er op til det enkelte individ at varetage sin egen sundhed og yde økonomisk til samfundet.

Dette kan hænge sammen med dårlige arbejdsvilkår på disse arbejdspladser, og efter vores mening burde dette give grund til bekymring. Det tyder derfor på, at der er behov for at ændre på arbejdsvilkårene, hvilket er ude af individets egne hænder, og et ansvar som hviler på samfundet. At samfundet ikke anerkender, at der er tale om et reelt problem som strider imod enhver tanke om retfærdighed, finder vi naturligvis tankevækkende. Ligeledes undrer det os at der er en form for accept i samfundet af, at dette er vilkårene for en kortuddannede. Dette eftersom citatet igen strider imod ønsket om at øge middellevetiden blandt danskerne, da tidlig nedslidning og sygdom uundgåeligt må være med til at øge risikoen for tidlig død.

Men ønsker vi ikke retfærdighed for alle i Danmark? Hvis vi vender tilbage til det indledende afsnit i analysen virker det til, at retfærdighed en gang var baggrunden for, at vi begyndte at tale om social ulighed i sundhed. Her er det netop ord som 'uacceptable forskelle' og 'retfærdigt og rimeligt', der fremhæves. Dette finder vi især interessant, da det ikke er disse ord vi finder i de nuværende udgivelser af eksempelvis Sundhedsstyrelsen. Vi undrer os her over, hvad der ligger til baggrund for dette skift fra et perspektiv om, at ulighed strider imod de almindelige forestillinger om retfærdighed til et perspektiv om, at ulighed er en økonomisk byrde. Som nævnt i analysen beskriver Marmot netop, hvordan de fleste mennesker ikke hører til blandt de mest privilegerede, og hvordan det han kalder for status syndromet påvirker de fleste af os (Marmot, 2010:252). Af moralske årsager bør vi derfor ikke være ligeglade med, at der ikke hersker retfærdighed, eksempelvis på sundhedsområdet. I bund og grund tror vi på, at mennesker generelt vil andre det bedste, men at dette i sidste ende også hænger sammen med, hvor meget det vil kræve at hjælpe andre. Vi har tidligere i diskussionen argumenteret for, at social ulighed i sundhed i Danmark har økonomiske konsekvenser for de privilegerede, da der er store udgifter forbundet med behandling af sygdom. Her vil vi tænke, at der netop bør være en interesse i mere retfærdighed fra de privilegeredes side, da dette potentielt kan betyde en forbedring i danskernes sundhedstilstand og dermed økonomiske forbedringer. På den anden side betyder en større grad af retfærdighed, med stor sandsynlighed, også økonomiske udgifter til ekstra tiltag og hjælpemidler til de mindst privilegerede. Dette kan betyde, at de privilegerede vil miste penge, i en større eller mindre tidsperiode, lige meget hvad. Vi kan dog på trods af dette, fortsat mene, at det er mest fordelagtigt at tænke langsigtet når det handler om at reducere social ulighed i sundhed. De ovenstående overvejelser kan dog til dels svare på, hvorfor individualiseringen muligvis har vundet så stort et indpas i det danske samfund, da ansvarliggørelsen for egen sundhed ligger hos hvert enkelt individ. Dette kan hermed virke som den eneste måde at fralægge sig ansvaret for de mindre privilegeredes sygdomsbyrder.

Der er dog ingen garanti for, at dette virker, da individerne kan vælge ikke at tage anbefalingerne om en sund livsstil og levevis til sig, og der kan være andre strukturelle vilkår som ligger til baggrund for deres usunde levevis end individuelle valg.

Det er netop de strukturelle vilkår som bliver interessante her, for kan individet selv ændre på disse gennem motivation og ansvar? Som vi ser det, ud fra vores analyserede materiale, er svaret nej. Vi vil argumentere for, at individet ikke blot kan ændre på sine strukturelle levevilkår ved hjælp af midler til en øget motivation og en større ansvarsfølelse, da disse stikker langt dybere end egen vilje. Marmot udtaler, at de privilegerede vælger at leve som de gør, mens de mindre privilegerede i større grad ikke har indflydelse på udfaldet af deres liv (Marmot, 2010:13). Men hvis der virkelig skal være tale om retfærdighed i Danmark, hvem skal så tage ansvaret? Vores analyse peger flere steder mod det samme, nemlig det, at det er samfundssystemerne som må laves om, da dette er den eneste måde at gøre op med de forskelle som hersker mellem de forskellige socialklasser.

Hvis dette er så simpelt at komme frem til, hvorfor ændres der så ikke bare på systemet? Der kan være flere grunde til dette. En kan muligvis handle om Bourdieus beskrivelse af kampe om position i feltet, hvor de privilegerede vil gøre alt for at beholde den magt de allerede har. Her kan vi antage, at for at visse individer kan have magten, må der også være hierarkier og dermed også forskelle blandt disse individer og deres leveforhold, hvilket strider mod retfærdighedsprincippet. Den sociale ulighed skabes på den måde af systemet. Bourdieu udtaler blandt andet, som nævnt i analysen, at uddannelsessystemet er med til at skabe mere ulighed end lighed. Denne konkrete vinkel af Bourdieu er ikke en del af vores teoretiske afsæt, men den siger noget om, hvordan noget så offentligt som uddannelsessystemet er med til at prioritere visse klasse over andre. En anden grund kan muligvis bunde i problematikken om, hvornår der egentlig er tale om lighed. Vi har et par gange nævnt resultatlighed som kan anses for at være den måde, hvorpå vi kan komme social ulighed til livs ved at tildele de mindre privilegerede flest ressourcer. Men er dette så også ulighed set fra de privilegeredes synsvinkel? Hvis vi alene ser på slutresultatet hos alle individer, så nej. Men hvis vi kigger på det økonomiske perspektiv, kan det muligvis virke sådan. Dette eftersom de privilegerede ofte bidrager i højere grad økonomisk og derfor kan mene, at det er deres ret at få lige så meget for deres penge som de mindre privilegerede. Dette er en lille del af det der gør social ulighed i sundhed til et så komplekst problem.



## 5.5. Afsluttende overvejelser

Når vi kigger på konsekvenserne ved individualisering, stigmatisering og tankerne om risikoadfærd, finder vi det problematisk, at vi i stor grad finder disse tre som gennemgående temaer i de udvalgte dokumenter. Der opstår her et billede af, at individualiseringen har vundet sit indpas i det danske system, hvilket blandt andet fører til, at bestemte individer stigmatiseres og anses for at leve et risikofyldt liv. Vi har flere gange nævnt konsekvenserne ved individualiseringen, men hvis vi ønsker at komme den sociale ulighed i sundhed til livs, finder vi det lige så relevant at kigge på stigmatisering. I analysen fremhæver vi et citat af Grønbæk som blandt andet nævner, hvordan stigmatisering strækker sig fra mobning til vold og dårligere behandling i eksempelvis sundhedssystemet (Grønbæk, 2009:55). Vi nævner i den forbindelse, hvordan vi finder det problematisk, at visse individer bliver behandlet dårligere alene på baggrund af de forestillinger, der hersker om individet, blandt andet ud fra social status og livsstil. Et andet perspektiv kan ses ud fra Reay som fremlægger, at det at være blandt de mindre privilegerede ikke er velanset. Dermed bliver det middelklassen som anses for at være de kloge. Ved at denne tankegang eksisterer i samfundet, kan den sociale ulighed i samfundet opretholdes, og individernes sociale position bliver afgørende for om de anerkendes i samfundet. Hvis denne tendens fortsætter, kan vi frygte, at ulighed og stigmatisering måske aldrig ophører. Men hvis der hersker et ønske om at komme den sociale ulighed til livs, hvordan kan dette så gøres, hvis de stigmatiserende forestillinger vi har om andre bliver bestemmende for, hvilken hjælp de modtager, og hvorvidt deres problemstillinger er nogle samfundet bør tage ansvar for eller ej? Det kan her virke til, at individualisering, stigmatisering og hvad der betegnes som værende en risikoadfærd er med til at forhindre, at den sociale ulighed kan mindskes. Som vi ser det, er der af den grund mange elementer som kræver forandring, hvis der skal ske en reducere af social ulighed generelt men også af social ulighed i sundhed.

## Kapitel 6: Konklusion

I begyndelsen af specialet formulerede vi følgende spørgsmål: *Hvordan defineres social ulighed i sundhed, og hvilke implikationer medfører denne definition, i forhold til de løsningsforslag de udvalgte dokumenter præsenterer?*

Til dette kan vi konkludere, at social ulighed i sundhed defineres af Sundhedsstyrelsen som et fænomen der altid vil eksistere og som kun er et problem, hvis nogen lider under det.

Social ulighed i sundhed defineres ofte som et problem for de mindre privilegerede, men ved nærmere undersøgelse vil vi argumentere for, at det i virkeligheden er et økonomisk problem for de privilegerede. Vi finder det her interessant, at Sundhedsstyrelsen ikke anser social ulighed i sundhed som et problem, hvilket vi mener kan hænge sammen med, at de privilegerede ikke lider fysisk og psykisk under denne ulighed. Men nu hvor vi argumenterer for, at de privilegerede lider økonomisk under social ulighed i sundhed, undrer det os, at det ikke anses for at være et problem, hvis denne ulighed aldrig forsvinder. Netop da de økonomiske aspekter virker til at danne baggrund for ønsket om at reducere den sociale ulighed er vi af den opfattelse, at dette virker modsigende, da social ulighed i sundhed vil forblive et økonomisk problem, så længe uligheden eksisterer.

Social ulighed i sundhed defineres i stor grad gennem klasseeufemismer, som kan være med til at opretholde og producere ulighed. Dermed er vi også af den opfattelse, at disse italesættelser gennem eufemismer, kan forbindes med negative associationer. Både det at italesætte individer gennem klasse positioner og gennem klasseeufemismer, er med til at inddele individer i kategorier. Vi vil her argumentere for at individer altid vil kunne inddeles i sociale hierarkier men at det er hvordan disse italesættes, som får en afgørende betydning for hvorvidt disse kan føre til følelser som skam, misundelse og stigmatisering.

Efter vi har haft et blik på både det danske dokument “ Social ulighed i sundhed- årsager og indsatser” og den engelske “Fair Society, Healthy Lives” kan vi konkludere, at der i de to lande eksisterer to meget forskellige tilgange til social ulighed i sundhed, og hvordan denne skal løses. I det danske dokument kan vi konkludere, at det fremtrædende perspektiv er økonomisk, hvorimod det engelske perspektiv er rettet mod retfærdighed. Ud fra vores diskussion kan vi se, at et manglende blik på retfærdighed kan være grunden til, at de mindre privilegerede i Danmark lider under eksempelvis dårligere arbejdsforhold, sygdom og for tidlig død. Vi tænker, at dette kan hænge sammen med den måde Sundhedsstyrelsen italesætter social ulighed i sundhed, og hvordan visse områder af denne ikke italesættes som et problem.

Der følger en række af konsekvenser med den måde social ulighed i sundhed defineres på i de udvalgte dokumenter, og disse går oftest ud over de mindre privilegerede. Der hersker en høj grad af individualisering i Danmark. Det vi ser som problemet ved, at individualiseringen er så fremherskende i Danmark er, at de løsningsforslag som dokumenterne fremlægger ofte fokuserer på individets egen evne og motivation til at leve sundere.

Som vi ser det bliver problemet her, at visse individer af strukturelle årsager ikke har den rette mængde af ressourcer til at kunne påtage sig dette ansvar. Ud fra vores analyse er det sjældent motivation og vilje som står i vejen for, at disse individer kan leve et sundere liv. Derfor kan vi ligeledes konkludere, at individualiseringen vil gavne de privilegerede, da de har den rette mængde ressourcer til at løfte opgaven.

Individualiseringen hænger tæt sammen med risikoadfærd, som tillægges de mindre privilegerede. Dette eftersom de ikke kan leve op til samfundsnormen, og vi kan konkludere at det er de tilgængelige ressourcer, som individerne har til rådighed der bliver afgørende. Her kan vi udlede af vores empiri, at uddannelseslængden spiller en rolle for individets jobmæssige muligheder, som bliver bestemmende for, om individet anses for at leve et risikofyldt liv.

Vi ser ligeledes konsekvenser ved individualiseringen i form af stigmatisering. Her kan vi argumentere for, at det anses som at være de overvægtiges egen skyld, at de stigmatiseres, da individualiseringen taler sig ind i middelklassens værdier om selvdisciplin og motivation. Vi kan dermed skønne, at dette syn er blevet til en samfundsnorm, hvor de overvægtige anses for at have manglende selvkontrol og disciplin. Stigmatisering argumenteres ligeledes for at have en negativ indvirkning på individet og kan blandt andet føre til overvægt. Så længe samfundet stigmatiserer, ved eksempelvis at dømme mindre privilegerede individer på forhånd, kan vi argumentere for, at social ulighed i sundhed ikke kan mindskes. Ved at gøre den enkelte ansvarlig for sin egen sundhed kan løsningerne på social ulighed virke modsat end tiltænkt. Løsningsforslagene som fremstilles i dokumenterne fokuserer i højere grad på enkelte indsatser i kommunerne frem for en samlet samfunds indsats. Sodemann argumenterer dog for, at der skal en samfundsændring til, hvis den sociale ulighed i sundhed skal mindskes. Vi kan dermed argumentere for, at der er mange forhold som skal ændres i samfundet, hvis social ulighed i sundhed skal reduceres. Vi kan ligeledes argumentere for, at manglen på anvendelsen af klasse spærrer for redueringen af social ulighed i sundhed, da klasse knytter sig til de strukturelle forhold, som vi argumenterer for har en afgørende betydning for denne reducere. Flere forskere peger på relevansen af at anvende klasse i en dansk sammenhæng, og det kan derfor undrer os at det ikke er mere velanset. Vi mener, at hvis klasseperspektivet i større grad anvendes i det danske samfund, kan dette være medskabende til et fokus på mængden af ressourcer og livsmuligheder hos det enkelte individ, frem for at der udelukkende ses på individuelle livsstilsvalg. Dette perspektiv sammen med et større ansvar fra statens siden kan vi formode vil være medskabende til en reducere i social ulighed i sundhed.

## Litteraturliste

Aamann, I. C. (2017). *Kampen for det sociale renommé- Forældreskab og forebyggelse i et klasseperspektiv*. 1. udgave. Ph.d.-skolen for Mennesker og Teknologi og forfatteren. Roskilde: Roskilde Universitet.

Aamann, I. C. (2016). *Klasse, sundhed og subjekt - nye greb om social ulighed i sundhed I: Lehn-Christiansen, S. et. al. (2016). Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg C: 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Frydenlund Academic.

Aamann, I.C. & Liveng, A. (2016). *Hun venter på det kommer- klasse mellem linjerne i dokumenter om tidlig opsporing af overvægt*. I: Lehn-Christiansen, S. et. al. (2016). *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg C: 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Frydenlund Academic.

Andersen, J. & Larsen, J. (2011). *Velfærdsstatens sociologi*. I: Andersen, H. (2011). *Sociologi en grundbog*. København K: 4. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy - What's the Problem Represented to Be?* Pearson Education Australia.

Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København K: 1. udgave. Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde: Omkring teorien om menneskelig handlen*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P. (1995). *Distinktionen - En sociologisk kritik af dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.

Breinholt, F: (2009). Oplæg 24: *Fedme og social ulighed i sundhed I: Teknologirådet (2009). Høring om Fedme som samfundsproblem*. København K: Folketingets Sundhedsudvalg i Landstingssalen, Christiansborg den 27. oktober 2009. [www.tekno.dk/fedme](http://www.tekno.dk/fedme).

Callewaert, S. et al. (1994). *Pierre Bourdieu Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København: 1. udgave, 2. oplag. Akademisk Forlag A/S.

Collin, F. (2009). *Konstruktivisme*. Frederiksberg C: 1. udgave. 3. oplag. Roskilde Universitetsforlag.

Dahler-Larsen, P. (2005). *Dokumenter som objektiveret social virkelighed*. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København K: 1. udgave. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Diderichsen, F., Andersen, I. & Manuel, C. (2011). *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2011/ulighed-i-sundhed---aarsager-og-indsatser>

Duedahl, P & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til Dokumentanalyse- Metodeserie for Social- og Sundhedsvidenskaberne*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Dybbroe, B. & Kappel, N. (2013). *Ulighed i sundhed- et sundhedsfremmende perspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed*. I: Dybbroe, B., Land, B. & Nielsen, S.B. (2013). *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*. Frederiksberg C: 1. udgave 2012, 2. oplag 2013. Samfundslitteratur.

Elstad, J. I. (2013). *Klasseforskjeller i helse: Et spørgsmål om arbeid?* i Dahlgren, K. & Ljunggren, J. (red.): *Klassebilder - Ulikhet og sosial mobilitet i Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.

Faber et. al. (2014). *Nye tider - nye classeskel?* I: Hansen, C. S. (red.) (2014). *Socialt rum, symbolsk magt*. Bourdieuske perspektiver på klasse. København: Forfatterne og Forlaget HEXIS.

Faber, S. T. et al. (2012). *Det skjulte classesafund*. Aarhus: forfatterne og Aarhus Universitetsforlag.

Faber, S.T. (2009). *Takketale ved modtagelse af KRAKA-prisen 2009 I: Kvinder, Køn og Forskning*, 2, pp.86–88.

Frederiksen, B. et al. (1998). *En kritik af Pierre Bourdieus sociologi*. Aalborg: Aalborg Universitet. LEO-serien, Nr. 20.

Goffman, E. (2009). *Stigma : om afvigerens sociale identitet*. Frederiksberg: 2. udg. Samfundslitteratur.

Grønbæk, H. (2009). *Fedmens betydning for individet I: Teknologirådet (2009). Høring om Fedme som samfundsproblem*. København K: Folketingets Sundhedsudvalg i Landstingssalen, Christiansborg den 27. oktober 2009. [www.tekno.dk/fedme](http://www.tekno.dk/fedme)

Hansen, E. (2011). *Sociale klasser og social ulighed*. I: Andersen, H. (2011) *Sociologi- en grundbog til et fag*. København K: 1. oplag, 4. udgave. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Harrits, G. S. (2014). *Klasse - en introduktion*. København: 1. udgave, 1. oplag. forfatteren og Hans Reitzels Forlag.

Harrits, G.S. (2013). *Klasseteorien er ikke død!*. Videnskab.dk. Forskerzonen. Sidst set d. 31/05-2019 <https://videnskab.dk/politologisk-arbog-2013/klasse-teorien-er-ikke-dod>

Jarness, V. (2014). *Symboliske skillelinjer I: Korsnes, O., Hansen, M. N., Hjellbrekke, J. (red) (2014). Elite og klasse i et egalitært samfunn*. Oslo: Underversitetsforlaget.

Jarness, V. (2013). *Class, status, closure - The petropolis and cultural life*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010). *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. København: 1. udgave, 1 oplag. forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Justesen, L. (2005). *Dokumenter i netværk*. I: Järvinen, M. & Mik-Meyer, N (2005) *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København K: 1. udgave. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. & Pedersen, K.B. (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori. En indføring*. København: 1. udgave, 2. oplag. forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, M. (2007). *Pierre Bourdieu* I: Andersen, H. & Kaspersen, L. B. (2007). Klassisk og moderne samfundsteori. København K: 4. udgave, 2. oplag. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Kaspersen, L. B. & Blok, A. (2011). *Teorisynteser og nybrud i moderne sociologi* I: Andersen, H. (2011). Sociologi - en grundbog. København K: 4. udgave, 1. oplag. forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Kristensen, C.J. & Hussain, M.A. (2016). *Metoder i samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg: 1. udgave. Samfundslitteratur.

Lawler, S. (2005). *Disgusted subjects: the making of middle-class identities*. The Sociological Review, Volume 53, Issue 3. Pages 429-446.

Lehn-Christiansen, S. et. al. (2016). *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg C: 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Frydenlund Academic.

Lund, A. & Christensen, G. (1995). *Tolkning baseret på skriftligt materiale*. I: Lunde, I.M. & Ramhøj, P. (1995) Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskaberne. København: Forfatterne og Akademisk Forlag A/S.

Lynggaard, K. (2010). *Dokumentanalyse*. I Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2016) Kvalitative Metoder en grundbog. 1. udgave, 5. oplag. forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Madsen, M. H., Højgaard, B. & Albæk, J. (2009). *Health literacy - Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. København S: Sundhedsstyrelsen, Dansk Sundhedsinstitut, juni 2009. Version: 1,1.

<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2009/~-/media/18DDC88AE81F46C7815E28218443B311.ashx>

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: the Marmot Review*. Strategic review of health inequalities in England post-2010. ISBN 9780956487001

<http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>

Marmot, M. (2004). *Status Syndrome How your social standing directly affects your health and life expectancy*. Soho Square, London: Bloomsbury Publishing Plc. 38. ISBN 07475704931098765421

Mik-Meyer, N. & Järvinen, M. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv - Interview, observation og dokumenter*. København K: 1. udgave. forfatterne og Hans Reitzels Forlag

Miller, W. (1997). *The Anatomy of Disgust*, Cambridge, MA, Harvard U.P.

Mogensen, K. H. (2016). *Krop, maskulinitet og risiko i forståelser af unge mænds sundheds- og uddannelsesmæssige udsathed* I: Lehn-Christiansen, S. et. al. (2016). *Ulighed i sundhed - Nye humanistiske og samfundsvidenskabelige perspektiver*. Frederiksberg C: 1. udgave, 1. oplag. Forfatterne og Frydenlund Academic.

Mogensen, K. & Nielsen, S. (2013). *Børneperspektiver på risiko i trafikken- Pas på tiden og hold øje med ... hunden!* I: Dybbroe, B., Land, B., Nielsen, S. (2013). *Sundhedsfremme - et kritisk perspektiv*. Frederiksberg C: 1. udgave 2012, 2. oplag 2013. Samfundslitteratur.

Motions- og Ernæringsrådet (2008). *Monitorering af forekomsten af fedme*. Publ. nr. 5 – Motions- og Ernæringsrådet. Sidst set d. 15/04-20019

[https://www.sst.dk/publ/mer/2008/Monitorering\\_af\\_forekomsten\\_af\\_fedme2008.pdf](https://www.sst.dk/publ/mer/2008/Monitorering_af_forekomsten_af_fedme2008.pdf)

Olsen, L. et. al. (2012). *Det danske klassesamfund- et socialt Danmarksporæet*. Gylling: Gyldendal.

Prieur, A. & Rosenlund, L. (2010). *Kulturelle skel i Danmark*. Dansk Sociologi Nr. 2/21. årg. 2010.



Priour, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu: En introduktion*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Priour, A (2006). *En teori om praksis*. I: Priour, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu: En introduktion*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Reay, D. (2005). *Beyond Consciousness? The Psychic Landscape of Social Class*. Sociology. Sage Publications, Ltd., Vol. 39(5), s.911-928.

Reinbacher, G. (2009). *Fedme som et individuelt problem eller et samfundsmæssigt problem I: Teknologirådet (2009). Høring om Fedme som samfundsproblem*. København K: Folketingets Sundhedsudvalg i Landstingssalen, Christiansborg den 27. oktober 2009. [www.tekno.dk/fedme](http://www.tekno.dk/fedme)

Rosenlund, L. & Priour, A. (2006). *Det sociale rum, livsstilenes rum - og la distinction*. I: Priour, A. & Sestoft, C. (2006). *Pierre Bourdieu: En introduktion*. København K: Hans Reitzels Forlag.

Siggard, R. (2009). *Organisering, ansvar og fremtidige tilbud i en indsats mod fedme I: Teknologirådet (2009). Høring om Fedme som samfundsproblem*. København K: Folketingets Sundhedsudvalg i Landstingssalen, Christiansborg den 27. oktober 2009. [www.tekno.dk/fedme](http://www.tekno.dk/fedme)

Skeggs, B. (2002). *Formations of Class and Gender: Becoming Respectable Introduction: Processes, Frameworks and Motivations*. Publishing Company: SAGE Publications Ltd City: London.

Sodemann, M. (2019). *Sundhedsvæsnets efter Løkkes reform bliver nærmere stangvare end skræddersyet*. Ræson. Sidst set d. 30/05-2019 <https://www.raeson.dk/2019/professor-morten-sodemann-sundhedsvaesnet-efter-loekkes-reform-bliver-naermere-stangvare-end-skraeddersyet/>

Sundhedsstyrelsen (2018a). *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København S: Sundhedsstyrelsen, Version: 1.0. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/danskernes-sundhed-den-nationale-sundhedsprofil-2017>

Sundhedsstyrelsen (2018b). Forebyggelsespakke - Overvægt. København S:  
2.udgave. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-overvaegt>

Sundhedsstyrelsen (2016). *Sygdomsbyrden i Danmark- risikofaktorer*. København S: Version  
2.0. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2016/sygdomsbyrden-i-danmark---risikofaktorer>

Sundhedsstyrelsen (2010). *Det Sunde Valg - om at prioritere sundhedsarbejdet*. København  
S:Version1.<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2010/det-sunde-valg---om-at-prioritere-sundhedsarbejdet>

Sundhedsstyrelsen (2008). *Stigmatisering - debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. København  
S. . <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2008/stigmatisering---debatoplæg-om-et-dilemma-i-forebyggelsen>

Triantafillou, P. (2016). *Analyse af dokumenter og dokumentation*. I: Kristensen, C. J. & Hussain,  
M. A. (2016). *Metoder i Samfundsvidenskaberne*. 1. udgave. Samfundslitteratur

Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Aarhus:  
Magtudredningen, forfatterne og Aarhus Universitetsforlag.

Wilken, L. (2011). *Bourdieu for begyndere*. Frederiksberg: 2. udgave. Samfundslitteratur.