

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

På 9. semester deltog jeg i Region Midtjyllands konference for sociale forskelle i sundhed, og studsede over en anmærkning om, at det var bydende nødvendigt at finde ud af, hvordan *vi* får rygerne til at stoppe. Mit umiddelbare modspørgsmål, om *vi* da har ret til at bestemme, at rygerne skal stoppe, skabte nogen diskussion. Siden har jeg været grebet af spørgsmål om, hvem der definerer det gode liv, om det nødvendigvis og for alle er det sunde liv, og om moraliseringen og *os mod dem* er fremmede tilgange til folkesundhed.

Jeg havde ondt i maven efter indsættelse af sundheds- og trivselsvariable i klyngeanalysen, og kan slet ikke forestille mig, hvordan det kan være at føle sig så lidt 'bag rattet' i eget liv, som nogen (faktisk skræmmende mange) giver udtryk for at gøre. Samtidig har jeg grinet af rygerne, som ikke vil stoppe, som tilsyneladende har helt andre opfattelser af sundhed end *vi*, og som lever efter devisen 'lev stærkt dø ung'. Jeg har med blandede følelser nikket genkendende til de svært overvægtige kvinder, som så gerne vil tabe sig, især hvis nogen andre kunne gøre det for dem. Jeg kender jo dem allesammen.

Tak!

Til Center for Folkesundhed – og særligt til Stine - for adgang til data.

Til Jakob for vejledning, for at introducere mig til en helt ny datatilgang (og for at lade dig overtale til at bevæge dig ind på folkesundhedsområdet) – vores kostindtag til vejledningerne har vist ikke været helt efter anbefalingerne, men det har været inspirerende, lærerigt og sjovt.

Og så selvfølgelig til familien for støtte, børnepasning, opmuntring og tålmodig lytten

INDHOLD

Indledning..... 5

KAPITEL 1

Sundhed og sygdom 7

Et oprids af sundhedsområdet; social ulighed, KRAM-faktorer, sundhedsbegreber og folkesundhedsarbejde

Forklaringer på den sociale ulighed i sundhed 7

Sundhed 8

Sundhedsbegrebet..... 8

Folkesundhed, sundhedsfremme og forebyggelse 12

Undersøgelser af folkesundheden i Danmark 13

Sundhedsarbejde i De danske regioner og Region Midt..... 16

Sundhed og sundhedsdiskurs i et erfaringsnært perspektiv..... 17

KAPITEL 2

Problemstilling..... 21

Fremgangsmåde 22

KAPITEL 3

Teoretiske positionering..... 24

Pierre Bourdieus teori om relationer og dominansforhold

Bourdieu om klasser 29

Bourdieu om køn samt forholdet mellem køn og klasse 31

KAPITEL 4

Korrespondance- og klyngeanalyse..... 33

Eksplorativ undersøgelse af mønstre i sundhedsadfærd relateret til social position samt udformning af idealtypiske klynger

KAPITEL 5

Operationalisering 36

Udformningen af et rum for sundhedsadfærd på baggrund af Hvordan har du det? 2010

Epistemologiske overvejelser 36

Kvalitetskriterier i operationalisering i MCA 38

Rummet for sundhedsadfærd..... 40

Kost 41

Rygning 41

Alkohol 42

Motion 43

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Helbred	45
Vægt.....	45
Variabeloversigt: Rummet for sundhedsadfærd	45
Supplementære variable	47
Sociale baggrundsfaktorer	47
Sundhedspolitiske holdningsspørgsmål.....	50
Helbred og trivsel.....	50

KAPITEL 6

Multipel korrespondanceanalyse..... 53

Udarbejdelse af et rum for sundhedsadfærd

Elementære statistiske resultater og grundlæggende resultater af MCA

Variansen i skyerne.....	53
Akse 1: Det sunde og det usunde	55
Akse 2: Forskellige måder at være usund på	57
Rummet for sundhedsadfærd	59

Supplementærpunkter

Sociale forskelle i kropssyn og tilrettelæggelse af Sundhedsadfærd.....	62
---	----

KAPITEL 6

Klyngeanalyse

Udarbejdelse af grupper af midtjyske borgere

Klynge 1. De moderat overvægtige.....

Klynge 2. De sunde

Klynge 3: Rygerne

Klynge 4: De drikfældige.....

Klynge 5: Afholdsfolkene uden stillingtagen

Klynge 6: De omniusunde

Klynge 7: De svært overvægtige

Social ulighed i sundhed

Sundhedsdiskursens adressater	80
De 'store' tabere	81
Modmagt (og afmagt?)	83

Opsamlende og konkluderende

Om den sociale uligheds udfordring af sundhedsdiskursen

Abstract

Bilagoversigt

Referencer

Indledning

Man har i Danmark valgt at tilslutte sig WHO's brede sundhedsbegreb, hvor sundhed ikke blot anses som fravær af sygdom, men også som et spørgsmål om tilstedeværelse af generelt velvære, livskvalitet og oplevelse af sammenhæng.

Grundlaget for denne tilslutning er det efterhånden veldokumenterede faktum, at sundhed og sygdom ikke fordeler sig ligeligt i befolkningen, men at der derimod eksisterer social ulighed i sundhed; sundhed og sygdom hænger sammen med social position i samfundet. Der er udarbejdet talrige undersøgelser på området, og dermed oparbejdet en omfattende viden. Uligheden gør sig gældende som en social gradient, så sundheden stiger gradvist med stigende social position og omvendt. Det er altså ikke et spørgsmål om, at en lille marginaliseret gruppe har det skidt, mens resten af befolkningen har det godt – men om, at sundheden er graderet.

Hertil kommer viden om, at sundhed skabes i et samspil mellem en række forskellige forhold, spændende fra individuel livsstil og social baggrund, over mellem menneskelige forhold, til mere overordnede og generelle samfundsstrukturer.

I lyset heraf er det paradoksalt at sundhedspolitik og folkesundhedsarbejde ofte fokuseres snævert på sundhedsadfærd og KRAM-faktorer. Den bagvedliggende sundhedsdiskurs afspejler et syn på sundhed som et spørgsmål om et frit valg; frit valg til at tilrettelægge sundhedsrelateret livsstil og dermed selv være ansvarlig for sundhed og sygdom. Med en sådan sundhedsopfattelse kan folkesundhedsarbejdet ses som et forsøg på at kontrollere sygdom og sundhed ved at uddanne befolkningen til at leve sundt; i overensstemmelse med de samfundsskabte normativer for sund levevis, eller måske ligefrem for *det gode liv*. Jeg vil vise, at der er en tendens til, at termerne sund levevis og det gode liv 'smelter sammen' indenfor sundhedsdiskursen.

Som nævnt er der i Danmark oparbejdet en bred viden om befolkningens sundhedstilstand og sammenhæng med sociale baggrundsfaktorer. Jeg vil vise, at denne viden ofte bygger på isolerede enkeltsammenhænge, og når sundhed skabes i et samspil mellem en bred vifte af livselementer og –omstændigheder, er det relevant at skabe et samlet billede over en sundheds-helhed, hvilket er ambitionen med specialet.

Jeg vil i det følgende belyse modsætningsforholdet mellem tilslutningen til det brede sundhedsbegreb og sundhed som et spørgsmål om fravær af sygdom gennem sund adfærd. Samtidig vil jeg – ved hjælp af Pierre Bourdieus teori om menneskelig handlen samt korrespondance- og klyngeanalyse – skabe et samlet billede af sammenhænge mellem et sæt af sundhedsrelaterede livstilselementer og et sæt af sociale baggrundselementer blandt borgerne i Region Midtjylland. Analysen tager udgangspunkt i data fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelser *Hvordan Har Du det? 2010*.

Undersøgelsen er struktureret ud fra følgende problemstilling, hvorunder ovenstående forhold kan belyses:

Hvordan kan den sociale ulighed i sundhed udfordre sundhedsdiskursen?

Specialet er udarbejdet ud fra en ambition om at bidrage med noget nyt til diskussionen af sundhed ved at kontekstualisere sundhedsadfærden. Korrespondanceanalysen kan belyse mønstre og sammenhænge i fordelingen af sundhedsadfærd blandt borgere med forskellige livsbetingelser, eller borgere, som indtager forskellige sociale positioner i samfundet. Desuden kontekstualiseres sundhedsadfærden gennem en undersøgelse af, hvorledes Bourdieus

Indledning

teoriapparat kan bidrage til diskussionen med inddragelse af begreber som sundhedsfelt, sundhedsdoxa og sundhedshabitus. I denne sammenhæng handler det altså om at lede efter mønstre i sammenhænge mellem mange aspekter af det levede (sundheds)liv på forskellige mikro-/makroniveauer, frem for at arbejde med isolerede effekter.

Desuden udformes et mere håndgribeligt aspekt med udarbejdelse af klynger af mennesker, som ligner hinanden både hvad angår sundhedsadfærd og sociale baggrundsfaktorer. Dermed tydeliggøres ligheder og forskelle ligesom relationer mellem grupperne kan undersøges..

Ovenstående danner rammen for en diskussion af sundhedsdiskursen, af den måde, folkesundhedsarbejdet tilrettelægges på, og af de metoder, der er i spil, når sammenhænge mellem (u)sundhed og social baggrund studeres.

KAPITEL 1

Sundhed og sygdom

Et oprids af sundhedsområdet; social ulighed, KRAM-faktorer, sundhedsbegreber og folkesundhedsarbejde

Det er efterhånden både velkendt og veldokumenteret, at sundhed og sygdom ikke fordeler sig ligeligt mellem samfundets grupperinger i Danmark; derimod er der tale om social ulighed. Termen *social ulighed* henviser til, at forskellene anses for at være uretfærdige; *ulige*, og at uligheden knytter an til *sociale* samfundsgrupperinger tilsvarende de gængse klassifikationer indenfor samfunds- eller socialvidenskaberne i henhold til uddannelses-, indkomstgrupper eller sociale klasser. Uligheden eksisterer uanset mål for social position, dvs. uanset om social position opgøres som uddannelse, erhvervsbaseret socialgruppe eller indkomst (Holstein 2008: 4, Diderichsen & Curtis 2008: 16).

Den sociale ulighed gør sig gældende som en gradient i dén forstand, at jo lavere social position, jo dårligere er den enkelte stillet sundhedsmæssigt. Der er ikke blot tale om at en lille gruppe svagt stillede og marginaliserede mennesker har det dårligt, mens resten af befolkningen har det godt; derimod er der tale om en graderet ulighed (Osler & Andersen 2002: 106, Holstein 2008: 4). Dette er argumentet for ikke kun at rette folkesundhedsarbejdet specifikt mod særlige marginaliserede grupper, men derimod arbejde bredere med generelle indsatser mod en reduktion af den sociale gradient. Ikke desto mindre rettes tiltag mod social ulighed ofte mod sådanne marginaliserede grupper. Eksempelvis udpegedes i Region Midt på baggrund af en særlig ulighedskommission otte grupper af særligt udsatte borgere (eksempelvis psykisk syge, gravide og personer med anden etnisk herkomst end dansk), og efterfølgende iværksattes målrettede tiltag mod disse grupper (Kühnau et al 2009).

Den sociale ulighed i sundhed sætter ind allerede ved livets begyndelse, hvor risikoen for både lav fødselsvægt for tidlig fødsel, dødfødsel eller død i barnets første leveår er størst blandt børn af kvinder med lav social position (Osler & Andersen 2002: 115-116). Herefter er uligheden til stede som gennemgående livsbetingelse.

Den sociale ulighed kan genfindes indenfor mange forskellige områder, lige fra dødelighed, specifikke sygdomme som kræft og hjertekarsygdomme, kroniske sygdomme og kvalitetsjusterede leveår til selv vurderet helbred (Osler & Andersen 2002, Holstein 2008, Statens Institut for Folkesundhed, uge 34, 2006). Nyere undersøgelser viser endvidere, at uligheden i midllevetid er øget gennem de sidste 20 år. Midllevetiden for højtuddannede er steget relativt mere end for lavtuddannede; forskellene er altså blevet større (Baadsgaard & Brønnum-Hansen 2011).

Forklaringer på den sociale ulighed i sundhed

Danmark er et af de lande i verden med den største viden om befolkningens sundhedstilstand og tilhørende social ulighed. Når det kommer til at forklare uligheden, er der dog en meget begrænset viden om, hvilke årsagsmekanismer, der skaber den, ligesom der er mangelfuld forskning i, hvordan den kan reduceres eller kommes til livs (Andersen 2008a: 96).

Der er i dag ikke sikker viden om, hvad årsagerne til social ulighed i sundhed er, men arbejdet med at belyse eventuelle årsagsmekanismer har siden 1980'erne været struktureret omkring fire hypoteser, henholdsvis selektionshypotesen, adfærdshypotesen, hypotesen om psykosociale forhold samt leveårshypotesen (Holstein 2008: 6).

Selektionshypotesen handler om, at dårligt helbred mindsker chancerne for at nå til tops i samfundet, og medfører dermed lav social position. Således vender selektionshypotesen den gængse opfattelse af sammenhængen om. Nylige undersøgelser tyder på at selektionshypotesen har udsagnskraft i forhold til en del af den sociale ulighed i helbred. (ibid.)

Adfærdshypotesen ser på forskelle på risikoadfærd mellem grupper med høj social position og grupper med lav social position. Holstein (ibid) anfører, at der er tale om et "broget billede" angående denne hypotese, forstået på den måde, at risikoadfærden ikke på alle områder forekommer i størst grad blandt personer med lav social position. Ikke desto mindre kan hypotesen tilsyneladende forklare en del af den sociale ulighed i helbred.

I **hypotesen om psykosociale forhold** argumenteres der for, at mennesker med lav social position har lav grad af kontrol over deres hverdag, er mere prægede af hostilitet - dvs. en fjendtlig og negativ indstilling til tilværelsen - og stress samt er socialt isolerede med svage sociale relationer. Disse forhold tilsammen kan have negativ indflydelse på helbredet.

Endelig angår **leveårshypotesen** ydre vilkår eller betingelsesstrukturer for at opnå sundhed. Hypotesen kan sammenfattes med, at 'der er rart på toppen', men den indbefatter desuden det, at kunne trække på et netværk af andre mennesker med forskellige nyttige erhvervsfunktioner som læger, advokater, psykologer, revisorer mv.

Ovenstående hypoteser til forklaring af social ulighed i sundhed er blot nogle af mange bud på, hvorfor uligheden eksisterer, og som beskrevet er det i dag ikke klart, præcist hvordan de forskellige mekanismer sætter ind. Det hænger sammen med spørgsmålet om, hvad der skaber sundhed, hvilket jeg vil komme nærmere ind på i det følgende, indledt med en redegørelse for sundhed som begreb.

Sundhed

Udgangspunktet for specialet er en forståelse af sundhedsbegrebet som et socialt konstrueret fænomen, der afhænger af tid, sted og kultur. Derfor vil jeg i det følgende udfolde begrebet ved at inddrage en række forskellige sundhedsbegreber og -opfattelser. Disse er blot et udvalg af verserende sundhedsopfattelser, og de er udvalgt ud fra på den ene side et relevans- og aktualitetskriterium, på den anden side et ønske om at fremdrage netop de begreber, som i mine øjne bedst repræsenterer de aspekter og modsætninger, som er i spil, når man taler om et sundhedsbegreb. Afsnittet har til formål at udfolde begrebet sundhed og indkredse, hvordan sundhed opfattes i dette speciale.

SUNDHEDSBEGREBET

Sundhed er en størrelse, som er til stadig diskussion. Overordnet kan der opstilles en række skel eller modsætningspar, som anskueliggør ligheder og forskelle mellem forskellige sundhedsopfattelser: negative/positive sundhedsbegreber, snævre/brede begreber, og endelig fokus på sygdom/individ. Endvidere skelnes mellem

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

opfattelser, hvor sundhed forstås som en tilstand, og opfattelser, hvor sundhed er 'noget andet eller mere' end en tilstand. Præsentationen af de forskellige sundhedsbegreber struktureres omkring disse skel.

Med **negative sundhedsbegreber** menes begreber, som fokuserer negativt på sundhed som fravær af sygdom, hvorimod de **positive** sundhedsbegreber ikke blot ser sundhed som fravær af sygdom, men derudover også som tilstedeværelsen af *noget andet*, eksempelvis livskvalitet. Et **snævert** sundhedsbegreb kan fokusere udelukkende på livsstil¹ og dennes betydning for sundheden, hvor et **bredt** sundhedsbegreb derudover kan rumme en række forskellige forhold og mere generelle livsvilkår. Der er en generel tendens til, at sundhedsbegreberne har skiftet fra at fokusere snævert på livsstil og risikofaktorer² til et bredere fokus på hele det levede liv og alle de forskellige aspekter heraf. Endelig adskiller sundhedsbegreberne sig med hensyn til fokus. I det klassiske biomedicinske sundhedsbegreb, som oprindeligt har været centralt i sundhedsvæsenet, defineres sundhed som fravær af sygdom, og der er således fokus på (fravær af) sygdom frem for individer. I de nyere alternative sundhedsbegreber ses en stigende tendens til fokusering mod selve personen. Dette skyldes en forståelse af, at den samme sygdom kan ramme forskellige mennesker på ulige måder, og derfor have forskellig betydning afhængig af personen som har eller får sygdommen (Guldberg Møller 2008, Kristensen 2002).

Generelt har der siden 1970'erne været en stigende udbredelse af det såkaldte brede eller rumlige sundhedsbegreb, hvor sundhed er en dynamisk størrelse som udformes i et samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og samfundsmæssige rammer (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2007: 37). Det brede sundhedsbegreb er lanceret af World Health Organisation (WHO), og i dette perspektiv er sundhed "*a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*" (WHO 1946). I WHO's program *Sundhed for alle år 2000* eksemplificeredes det brede sundhedsbegreb med fire mål: at lægge år til livet, at lægge sundhed til livet, at lægge liv til årene og lighed i sundhed (ibid: 38). Det vil sige, at tendensen er, at sundhed anskues i et bredt perspektiv med et positivt fokus på personen og dennes tilstand og livsomstændigheder.

I ovennævnte definition er sundhed en tilstand. Sundhed kan dog også anskues som en individuel kompetence, eksempelvis med Aaron Antonovskys definition, hvor sundhed er et spørgsmål om at have en følelse af sammenhæng, hvilket omfatter, at livet og dets indhold opleves som begribeligt, håndterbart og meningsfuldt (Antonovsky 2003). I denne definition bliver sundhed et spørgsmål om, at individet må kunne skabe mening med tilværelsen og håndtere livets udfordringer for at opleve sundhed.

Pernille Tanggaard Andersen og Helle Timm indtænker et livshistorisk perspektiv i sundhed, idet de påpeger, at "*sundhed og sygdom ikke er objektive tilstande, men fænomener, begreber og erfaringer, der formes af tid og sted og af mennesker, der handler i forhold til givne vilkår*" (Andersen & Timm 2010: 11).

Der findes sundhedsbegreber, hvor vægten er på, at forskellige forhold må spille sammen, for at der er tale om sundhed, og hvor netop det relationelle fremhæves, eksempelvis Steen Wackerhausens (1994) og Bonnevis sundhedsbrøk (Nielsen, Michelsen & Jensen 2004).

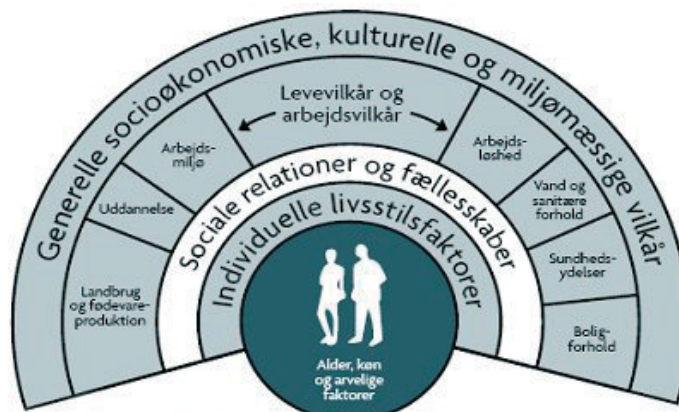
¹ Livsstil har i en sundhedssammenhæng at gøre med individuel adfærd, som kan påvirke sundheden enten i positiv eller negativ retning. Ofte tales der om sundhedsadfærd eller sundhedsrelateret livsstil, og adfærd, der menes at påvirke sundheden i negativ retning (eksempelvis rygning eller et stort alkoholforbrug) benævnes risikoadfærd.

² Faktorer, som anses for at udgøre en særlig risiko for helbred og sundhed. Eksempelvis har WHO/Europa udpeget otte risikofaktorer som de mest betydningsfulde i regionen, og Danmark har som medlemsland tilsluttet sig disse: Resistens overfor antibiotika, fødevarerikkerhed, vacciner og immunitet, vold og skader og endelig rygning, (usund) ernæring, alkohol og (mangel på) fysisk aktivitet. De sidste fire betegnes KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion)

Også Dahlgren og Whiteheads model (1991) fremhæver samspillet mellem individet og nogle mere samfundsmæssige faktorer, men denne model inddrager flere forhold af betydning for sundhed, og opdeler disse i forskellige mikro/makro-niveauer (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen: 2007: 41f).

Modellen, som vises nedenfor, har oprindeligt til formål at belyse årsager til social ulighed i sundhed, men er yderligere anvendelig i en illustration af forhold med betydning for sundhed og det indbyrdes samspil mellem disse.

Figur 1.1: Faktorer af betydning for sundhed og social ulighed heri



Kilde: Dahlgren et al. (1991) gengivet af Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen (2007: 42)

Lagene i modellen skaber i samspil sundhed. Modellen angiver et kontinuum, med biologiske mikroforhold i midten, makroforhold yderst, og niveauer herimellem i de mellemliggende lag. Alder, køn og arvelige forhold i midten kan umiddelbart ikke ændres. De følgende lag i modellen kan have såvel positiv som negativ indflydelse på den enkeltes sundhed. I det næste lag er individuel livsstil angivet, eksempelvis sundhedsadfærd som rygning eller motion. Det følgende lag angiver sociale relationer, og de fællesskaber, som den enkelte indgår i. Det næstyderste lag indeholder en række ydre vilkår som angår uddannelse, arbejde og bolig, adgang til fødevarer, vand og god sanitet, og tilbud fra sundhedsvæsenet. Endelig er generelle samfunds-, miljø- og kultur-mæssige forhold i det yderste lag.

Samspillet mellem de forskellige niveauer sker i alle lagene, således at eksempelvis både alder, køn, sociale relationer, uddannelse og levevilkår har betydning for det, der i modellen benævnes 'individuelle livsstilsfaktorer'. Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen (ibid: 42) ser en tendens til, at forskningen i folkesundhed har 'bevæget sig ud i modellens lag', således at hvor der tidligere var fokus på personlige biologiske faktorer (køn, alder, arveanlæg) betydning for sundheden, fokuseres der i dag i højere grad på aspekter i modellens øvrige lag, og deres indbyrdes forhold.

Meget tyder på, at der i studier af sundhed er god grund til at 'bevæge sig ud' i modellens lag. Ligesom med helbred generelt er der veldokumenterede sammenhænge mellem individuelle livsstilsfaktorer og social position, dvs. der eksisterer social ulighed indenfor sundhedspraktikker. Eksempelvis er fedme mest udbredt blandt kortuddannede voksne og børnene af disse (Iversen & Groth 2002: 194). Rygning forekommer mest blandt mennesker med lav social position, og på trods af at der blandt samtlige grupper i samfundet er mange, som stopper med at ryge, er det de velstillede som i størst omfang gennemfører rygestop. Endelig kan nævnes sociale forskel-

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

le indenfor motion. De velstillede motionerer i højere grad end de dårligt stillede; sammenhænge der påvises i undersøgelser opgjort både på erhverv og på uddannelsesniveau (ibid: 204). Ovenstående relaterer til den tidligere præsenterede adfærdhypotese.

Hypotesen om de *psykosociale forhold* støttes af undersøgelser, som peger på, at mennesker med en hård opvækst og svage eller mangelfulde sociale relationer, bliver mere syge end andre (ibid: 106).

Richard Wilkinson kobler i *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier* fra 2005 middellevetid og ulighed i sundhed med graden af ulighed i samfundet, således at en meget skæv fordeling af samfundets ressourcer medfører en meget skæv fordeling af sundhed og sygdom, og omvendt. Umiddelbart henviser dette til *levetårshypotesen*, men Wilkinson kobler denne og hypotesen om *psykosociale forhold*, idet han hævder, at generel ulighed i samfundet skaber dårlige relationer præget af mistillid og magtkampe med følgende højt stressniveau mellem borgerne. Omvendt skaber jævnbyrdighed og samarbejde gode relationer med lav grad af stress for den enkelte. Wilkinson ser således stress som årsagen til dårligt helbred (Andersen 2008b: 104-105), hvilket indebærer, at generelle samfundsmæssige rammer påvirker de psykosociale forhold. Andersen anfører, at sammenhængen mellem på den ene side middellevetiden i et land og på den anden side et mål for social ulighed, i mange tilfælde stemmer overens med Wilkinsons betragtninger og resultater, dog ikke i alle lande. Danmark udgør eksempelvis en undtagelse, idet der er en relativ lav grad af social ulighed sammenlignet med mange andre lande, mens ligeledes relativ lav middellevetid. Sidstnævnte forklares ofte med en særlig dansk kulturel præference for usunde sager som alkohol og fed mad, som traditionelt forbindes med selskabelighed, belønning og fejring af helligdage. På den ene side henviser dette til en kobling mellem hypoteserne om *levetårshypotesen*, *adfærd* og *psykosociale forhold* (i form af samvær og relationer mennesker imellem). På den anden side relaterer det ikke umiddelbart til stress fremprovokeret af social ulighed, som Wilkinson peger på. Ifølge Andreas Bergh (2011) er Wilkinsons resultater baseret på forældede undersøgelser, tvivlsom databehandling og (muligvis) spuriøse sammenhænge, hvorfor han fraråder at opfatte sammenhænge mellem sundhed og social ulighed som så entydige, som Wilkinson fremlægger dem.

Der er dog gennemført flere studier som peger på stress som vigtig forklarende faktor for sundhed og social ulighed heri. Således kobles stress til forskelle i sundhedsadfærd så individer, der er stressede skulle tænke mere kortsigtet og ikke have overskud til at modstå 'fristelser' i form af slik, alkohol og tobak (Andersen 2008b: 104). Undersøgelser fra Danmark konkluderer, at personer med lav social position er mere stressede end personer med høj social position, og disse forskelle kobles med muligheder for indflydelse og selvbestemmelse i arbejdet (Andersen 2008b: 102-103).

Samlet set synes der altså at være belæg for at fastholde, at sundhed skabes i et komplekst samspil mellem mange af livets aspekter både på individ- og strukturelt niveau, og at der tegner sig mønstre på tværs af lagene i Dahlgren og Whiteheads model. Sundhed kan således både være et begreb, der anvendes på en bestemt måde, være et kendetegn for en tilstand, og handle om de erfaringer, som mennesker gør sig i samspil med deres omgivelser, når de lever. Dette understreger relevansen af at inddrage så mange faktorer som muligt i en undersøgelse af sundhedsadfærd, i et forsøg på at skabe en bred kontekst, hvori sundhedsadfærden kan studeres.

Sundhedsopfattelsen bag Dahlgren og Whiteheads model er forenelig med WHO's sundhedsbegreb. Begge modeller kan betegnes som brede, idet de 1) fremhæver mange forskellige forhold som betydningsfulde for sund-

heden, 2) afspejler en positiv sundhedsopfattelse og 3) har den enkelte person i fokus. Dermed gives plads til, at forskellige forhold har betydning afhængig af det enkelte individs samlede livssituation.

I dette speciale anlægges et bredt og positivt syn på sundhed, med fokus på mennesket og dets samlede livsomstændigheder, handlemåder og omgivelser med tilhørende påvirkning, muligheder og begrænsninger. Endelig anses sundhed ikke blot for at være noget, der kendetegner en tilstand, men derimod også som et spørgsmål om livshistorie og kulturel arv. Når sundhed behandles og benævnes i det følgende, er det sundhed som alle ovenstående elementer. I de tilfælde, hvor der alene tales om fravær af sygdom, anvendes termen helbred. Dette ud fra en forståelse af, at sundhed og sygdom ikke udelukker hinanden, men at det derimod er muligt at være usund og ikke-syg, ligesom sundhed kan være tilstede på trods af sygdom. Således udgør sundhedsadfærd – som er fokus i specialets problemstilling – blot en del af sundhed som fænomen, hvorfor forståelse fordrer en kontekstualisering.

Det følgende handler om folkesundhedsarbejde, sundhedsfremme og forebyggelse i Danmark; dvs. om det, 'man gør' for at påvirke det aktuelle sundheds- og sygdomsbillede, og den sociale ulighed, der er forbundet hermed. Jeg vil vise, at folkesundhedsarbejdet afspejler en særlig bagvedliggende opfattelse af sundhed, en offentligt forankret sundhedsdiskurs, og jeg vil introducere til spørgsmålet om dennes betydning for den enkeltes sundhedsopfattelse.

Folkesundhed, sundhedsfremme og forebyggelse

Begrebet folkesundhed dækker over sundhed på gruppe- eller befolkningsniveau. Betegnelsen folkesygdomme anvendes om sygdomme, som forekommer hyppigt i en befolkning eller anses for at have en alvorlig karakter eller alvorlige konsekvenser for individet eller samfundet som hele. Sidstnævnte kan eksempelvis være tilfældet, hvis sygdommen kræver en omkostningstung behandling eller rehabilitering. Der er dog ingen klare rammer for, hvornår en sygdom kan karakteriseres som en folkesygdom (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2007: 41). Folkesundhedsarbejde er arbejde, som retter sig mod at påvirke folkesundheden.

Folkesundhedsarbejde kan rettes mod mange forskellige aspekter tilsvarende de, som anses for betydningsfulde for sundhed; medicinske, psykologiske, sociale og kulturelle forhold, der angår borgernes trivsel, sundhed og sygelighed (Vinther-Jensen & Nielsen 2004: 43).

På trods af tilslutningen til det brede sundhedsbegreb rettes folkesundhedsarbejdet i Danmark i dag i høj grad mod sundhedsadfærd (Glasdam 2009: 24). Dette kan illustreres ved at se på Århus Kommunes (www.aarhus.dk) beskrivelse af kommunens folkesundhedsarbejde, som bygger på *"en visionær sundhedspolitik, hvor formålet er at få os alle til at leve sundere, længere og ikke mindst at have det godt på alle områder. Sundhed er nemlig meget mere end fravær af sygdom. Sundhed er at trives og være glad for sit liv"*, en formulering, der til forveksling ligner WHO's sundhedsdefinition. Om det konkrete folkesundhedsarbejdet fremgår det imidlertid, at *"I sundhedspolitikken sætter vi især ind på fire områder: Kost, Rygning, Alkohol og Motion – under én hat kalder vi det KRAM"* hvormed fokus er indsnævret til KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol, Motion).

Dette sker ofte ud fra et argument om, at sundhedsadfærd i form af KRAM-faktorerne (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) for tiden i Danmark tilskrives ansvaret for 40 procent af samtlige årsager til sygdom og tidlig død, lige-

som KRAM-faktorerne anses for at være årsag til udvikling af de mest udbredte og alvorlige folkesygdomme (Forebyggelseskommissionen 2009: 5). Det vil sige, at tilrettelæggelsen sker ud fra et epidemiologisk argument om særlige årsags-virkningsforhold mellem sundhedsadfærd og sundhed/sygelighed (Vinther-Jensen & Nielsen 2004: 43). Folkesundhedsarbejdet tilrettelægges ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger for sundhedsadfærd (oversigt over KRAM-faktorers betydning for levetid og sygdom samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedlagt i bilag 1).

Signild Vallgård (2001) har udarbejdet en komparativ analyse af politiske tilgange til forbedring af sundhedstilstanden blandt befolkningerne i henholdsvis England, Danmark, Norge og Sverige³. Hun skelner mellem to overordnede strategier tilsvarende *levetårshypotesen*, hvor sundhedspolitiske tiltag angår bedring af levevilkår, og *adfærdshypotesen*, med adfærdsregulering som sundhedspolitisk mål. I analysen står Danmark som repræsentant for et (snævert) fokus på strategien med adfærdsregulering (ibid: 386). Ud fra en analyse af den [tidl. SR] danske regerings sundhedspolitik i programmet *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2000* (Sundhedsministeriet 1999) konkluderer Vallgård, at befolkningens egen adfærd ses som hovedårsag til sygdom og dermed dødelighed, og særligt er der fokus på KRAM-faktorerne og ulykker (ibid: 387ff). Vallgård anlægger en kritisk vinkel på dette fokus på sundhedsadfærd og fremhæver England og Sverige for en mere nuanceret forståelse, idet disse lande har større fokus på levevilkårs betydning for helbredet.

Ifølge Andersen (2008a: 95) udmærker ovennævnte sundhedsprogram, som Vallgård kritiserer, sig dog ved at indeholde konkrete tiltag samt kvantificerbare delmål for arbejdet mod en reduktion af uligheden i sundhed. Dette står ifølge Andersen i kontrast til VK-regeringens folkesundhedsprogram fra 2002, *Sund Hele Livet*, hvori det angives som et hovedmål at bekæmpe ulighed i sundhed, hvilket dog ikke følges op med konkrete tiltag. Andersen tolker dette som et udtryk for, at det tilsyneladende ikke har prioritet at komme uligheden til livs. Den manglende prioritet anføres dog som et tværpolitisk fænomen, idet der heller ikke fra oppositionens side har været rettet fokus mod den sociale ulighed i form af kritik af regeringens manglende fokus (ibid). Muligvis ville det være politisk selvmål at fjerne bekæmpelse af social ulighed som mål fra folkesundhedsprogrammet, men ikke desto mindre bliver det ved en hensigtserklæring uden konkrete handleplaner.

Den diskrepans, som Vallgård ser mellem på den ene side tilslutningen til det brede sundhedsbegreb og på den anden side et snævert fokus på adfærdsregulering i det konkrete folkesundhedsarbejde, afspejles ligeledes i forskningen i folkesundhed, hvorfor jeg nu vil præsentere udvalgte folkesundhedsundersøgelser.

UNDERSØGELSER AF FOLKESUNDHEDEN I DANMARK

I Danmark bygger det store kendskab til befolkningens sundheds- og sygdomstilstand og sundhedsadfærd på et stort antal offentligt forankrede undersøgelser, blandt andre de såkaldte SUSY-undersøgelser (SUndheds- og SYgelighedsundersøgelserne, Ekholm et al 2006), KRAM-undersøgelsen (Christensen et al 2009)) og Regionernes folkesundhedsundersøgelserne.

SUSY-undersøgelserne udføres af Statens Institut for Folkesundhed (SIF) og har til formål at danne grundlag for statsligt, regionalt og kommunalt folkesundhedsarbejde. Undersøgelserne består såvel af gentagne brede be-

³ Oversigt og overordnet præsentation af danske politiske folkesundhedsprogrammer vedlagt i bilag 2

Kapitel 1 Sundhed og sygdom

folkningsundersøgelser af det generelle sundheds- og sygdomsbillede, som af mere specifikke undersøgelser, eksempelvis af muskel- og skeletsygdomme (www.si-folkesundhed.dk).

KRAM-undersøgelsen har ligeledes til formål at danne grundlag for arbejdet med folkesundheden og bygger yderligere på en antagelse om, at borgernes aktive deltagelse i KRAM-undersøgelsen sammen med lokale sundhedsfremmende aktiviteter i forbindelse med projektet vil fremme folkesundheden og dermed medvirke til at opnå regeringens målsætning om at øge middellevetiden med 10 år inden år 2020 (Christensen et al 2009: 7). KRAM-undersøgelsen er initieret af Det Nationale Råd for Folkesundhed og udarbejdet af SIF. Den blev gennemført i 2007 og 2008 og beskrives af SIF som en af landets største undersøgelser af danskernes sundhed. Undersøgelsen består af omfattende spørgeskemaundersøgelser blandt borgere i 13 kommuner, omhandlende sundhedsadfærd (målt på KRAM-faktorer), generelt helbred samt brug af kommunale sundhedsydelser. Spørgeskemadata blev koblet med registerdata og data fra fysiske sundhedsundersøgelser, som en række borgere blev tilbudt i forbindelse med projektet. Endelig iværksatte kommunerne i perioden en række særlige tiltag i relation til KRAM-faktorerne.

Resultaterne af KRAM-undersøgelsen kan kort sammenfattes med, at der er køns-, alders- og uddannelsesmæssige forskelle i sundhedsadfærd, tilsvarende de indledningsvis præsenterede sammenhænge, hvorfor de ikke behandles yderligere her. Dog er det relevant at fremhæve, at KRAM-undersøgelsen peger på en tendens til det, de betegner som ophobning af KRAM-faktorer (forstået som risikofaktorer, eller usund levevis målt på KRAM-faktorerne) hos særlige befolkningsgrupper. Således er der tendens til, at dagligrygere spiser mere usundt end ikke-rygere, ligesom der er en større andel dagligrygere med for stort alkoholindtag (i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, bilag 1) end blandt ikke-rygere. Ligeledes er der en tendens til, at fysisk inaktivitet hænger sammen med usunde kostvaner og rygning. Med henblik på at afdække sammenhænge med sociale baggrundsfaktorer i denne ophobning af risikofaktorer udarbejder SIF en såkaldt KRAM-score, hvor borgere i scoren tildeles et point pr. KRAM-faktor med usund levevis i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Resultaterne viser, at der er en større andel mænd med høj KRAM-score end kvinder, og også en større andel lavtuddannede med høj score end højtuddannede.

Man kan således sige, at KRAM-undersøgelsen peger på en række mere eller mindre isolerede sammenhænge, både indbyrdes mellem KRAM-faktorerne og mellem KRAM-faktorerne og sociale baggrundsforhold (køn, alder og uddannelse). KRAM-undersøgelsen kan dermed ikke belyse sundhed som skabt i et bredt samspil mellem et sæt af livsstilelementer, som virker sammen med et sæt af sociale baggrundsforhold, som igen virker sammen med en række mere overordnede samfundsforhold.

I 2007 udarbejdedes i Statens Institut for Folkesundhed en sammenskrivning af eksisterende viden om sundhedstilstanden, sygeligheden og faktorer af betydning for folkesundheden, under navnet *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Folkesundhedsrapporten afspejler dermed status på forskningen i folkesundhed anno 2007.

Indholdet i rapporten hævdes at tage afsæt i WHO's brede sundhedsbegreb, hvor "*alle forhold af betydning for befolkningens sundhed skal indtænkes*" (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2007: 37).

Ud af de 35 kapitler kan de 33 klassificeres som omhandlende sundhed i et snævert perspektiv som fravær af sygdom, idet de omhandler dødelighed, forekomst af sygdomme, KRAM-faktorer etc. To kapitler forholder sig til den del af WHO's sundhedsbegreb, som handler om andet end fravær af sygdom, *Kapitel 4. Sundhedstilstanden*

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

– *status og udvikling og Kapitel 26. Naturen*. Kapitlet om naturen dækker den brede del af sundhedsbegrebet, idet det omhandler muligheder for at opnå livskvalitet ved at opholde sig i naturen. I kapitlet om sundhedstilstanden arbejdes der med det brede sundhedsbegreb eksemplificeret med fire mål fra WHO's strategi fra år 2000, Sundhed for Alle (Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen 2007: 53). Fokus forbliver imidlertid i høj grad på sundhed som fravær af sygdom.

Det første mål, *Et længere liv*, belyses med en undersøgelse af middellevetiden i den danske befolkning. Andet mål, *Et sundere liv* betegnes som et spørgsmål om at 'lægge sundhed til livet'. Dette mål forholder Kjøller, Juel & Kamper-Jørgensen sig i folkesundhedsrapporten til, med en undersøgelse af sygdomsforekomst, helbredsstatus, funktionsevne samt DALY (*Disability Adjusted Life Years*). Man kan altså sige, at målet om at lægge sundhed til livet, operationaliseres til at handle om et liv uden sygdom, og således bliver et sundt liv til et spørgsmål om et liv uden sygdom. Det tredje mål, *Et rigere liv* betegnes som et spørgsmål om at 'lægge liv til årene', og i *Folkesundhedsrapporten* belyses denne del af WHO's brede sundhedsbegreb med 1. Selvvurderet helbred 2. Funktionsevne (en oplevelse af at være frisk nok til at gøre, hvad man har lyst til) 3. Psykisk funktion og velbefindende (trivsel, vitalitet, glæde og afslappethed) 4. (tabte) Gode leveår. Man kan således sige, at punkterne 1., 2. og 4. dækker den del af WHO's sundhedsbegreb, som handler om fravær af sygdom, og kun punkt 3 dækker den del, der handler om livskvalitet og oplevelse af sammenhæng. Endelig behandles det fjerde mål, *Lighed i sundhed* i folkesundhedsrapporten med undersøgelser af social ulighed i sundhed.

Anses ovenstående undersøgelser af folkesundheden for repræsentative for (status på) undersøgelser af folkesundhed i Danmark, kan man altså konkludere, at der lægges op til en bred sundhedsopfattelse, men at sundhed *i realiteten* i vid udstrækning bliver et snævert spørgsmål om fravær af sygdom. Dernæst kan man sige, at det, der undersøges, er enkle og isolerede sammenhænge, på trods af en udbredt enighed, at sundhed skabes i et samspil mellem mange forskellige forhold på forskellige mikro- og makroniveauer.

At sådanne undersøgelser danner grundlag for folkesundhedsarbejdet, strider mod tilslutningen til det brede sundhedsbegreb og mod viden om, at (folke)sundhed er multifaktoriel og skabes på en række forskellige plan og i et samspil mellem mange forhold. Stinne Glasdam (2009: 24) peger netop herpå: "*Når livsstilsfaktorer og sundhedsvaner gøres til det altafgørende for, om et menneske kan klassificeres som havende en sund levevis, og dermed være samfundsekspont for folkesundheden, så gøres det enkelte menneske samtidig ansvarlig for sin egen sundhed og sygdom*". Dette tilsvare Vallgårdas kritik af den danske model for folkesundhed, idet hun finder, at denne 'overser' de øvrige, og ikke individuelt valg- eller forandringsbare forhold af betydning for sundhed (Vallgård 2001).

Nu vil jeg kort beskrive Regionerne og Kommunernes rolle i folkesundhedsarbejdet, da den offentligt forankrede del af dette netop foregår i disse instanser. Særligt Region Midt har været fremhævet positivt for at arbejde med bekæmpelse af social ulighed, idet samtlige midtjyske kommuner har tiltag [pr. 2009] mod uligheden i sundhed (Andersen 2009a: 105).

SUNDHEDSARBEJDE I DE DANSKE REGIONER OG REGION MIDT

Ifølge Vinther-Jensen & Nielsen (2004: 40f) tager folkesundhedsarbejde altid udgangspunkt i en konkret viden om den befolkning, som arbejdet retter sig mod. Med *Sundhedsloven af 2007* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2010) blev det direkte lovbestemt, at regioner og kommuner skal samarbejde om at yde en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme samt behandling af den enkelte patient. At indsatsen skal være *befolkningsrettet*, indebærer, at regionerne og kommunerne er forpligtede til at tilrettelægge indsatser på baggrund af en konkret viden om befolkningen, og således udgør Sundhedsloven en del af baggrunden for iværksættelse af de regionale folkesundhedsundersøgelser.

Regionernes folkesundhedsundersøgelser ligner i høj grad de tidligere omtalte undersøgelser såvel i formål som i udformning, idet der med folkesundhedsundersøgelserne tilstræbes en systematisk monitorering af de danske borgeres sundhed og sygdom. Resultaterne tænkes at danne baggrund for sundhedspolitiske tiltag samt muliggøre evaluering af, hvorvidt tiltagene har virkning.

Da specialet tager udgangspunkt i Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse *Hvordan har du det? 2010* præsenteres denne nu kort.

Århus Amt gennemførte den første folkesundhedsundersøgelse i 2001, og Region Midt gentog dette i 2006 og 2010, hvilket er udmundet i sundhedsprofiler for regionen, den seneste *Hvordan har du det? 2010* (Larsen, Ankensen & Poulsen 2011). Sundhedsprofilerne beskriver helbred, sygdom og sundhedsvaner i den voksne del af regionens befolkning, ligesom demografiske og sociale forhold beskrives. KRAM-faktorerne tildeles en central plads i sundhedsprofilen ud fra forebyggelsesargumenter, men desuden indeholder undersøgelserne en bred vifte af spørgsmål angående sociale relationer, generel trivsel og livskvalitet.

Hovedresultaterne fra Region Midtjyllands sundhedsundersøgelse for 2010 er, at befolkningen overordnet set oplever at have det godt, men at 14 % (100.000 borgere) vurderer deres helbred som dårligt. Oplevelsen af et godt helbred fordeler sig ulige i den midtjyske befolkning, idet der er en betydelig social ulighed opgjort på uddannelsesniveau, ejer-/legebolig, og på erhvervsaktivitet (ibid: 16). Denne sociale ulighed går igen i forekomsten af muskel- og skeletmerter, oplevelse af stress, funktionsevne, langvarige sygdomme og indenfor KRAM-faktorerne. Kortformet oversigt over resultaterne angående KRAM-faktorerne samt nærmere redegørelse for undersøgelsen som datagrundlag (svarprocenter, repræsentativitet) er vedlagt i bilag 3, alternativt henvises til Larsen, Ankensen & Poulsen (2011)

I det foregående har jeg behandlet social ulighed i sundhed, sundhedsbegreber og –opfattelser, og folkesundhed, herunder sundhedsundersøgelser, sundhedspolitik og folkesundhedsarbejde. Afslutningsvis har jeg berørt regionernes og kommunernes rolle i forhold til folkesundheden, da det er her det konkrete arbejde udføres.

Ifølge Stinne Glasdam (2009: 32) er det netop ”i selve den praktiske håndtering af sundhed, individuelt såvel som samfundsmæssigt og i formidlingen af sundhedsbudskaber at de almene begreber og forestillinger om sundhed frembringes”. Glasdam viser hermed et diskursorienteret syn på sundhedsbegrebet og er af den opfattelse, at sundhed som begreb skabes i et samspil mellem enkeltpersoners sundhedsasfærd og folkesundhedsarbejdet. Når sundhed handler om mennesker og deres handlinger i dagligdagen, livsomstændigheder etc. er det relevant at rette blikket mod et mere erfaringsnært perspektiv. Ovenstående citat viser, at sundhed for det enkelte indi-

vid ikke kan anskues uafhængigt af herskende sundhedsdiskurser, hvorfor fokus i det forestående afsnit er på, hvordan sundhedsdiskurser præger sundhed i et erfaringsnært perspektiv.

Sundhed og sundhedsdiskurs i et erfaringsnært perspektiv

Lene Otto stiller sig ligesom Vallgård kritisk an overfor folkesundhedsarbejdet i Danmark. Ifølge Otto bygger folkesundhedsarbejdet på en antagelse om, at alle mennesker har et sundhedsbegreb; en antagelse som i hendes øjne ikke nødvendigvis er rimelig. Relateret til det foregående afsnit om den fortsatte diskussion af forskellige sundhedsbegreber, må man sige, at Otto går skridtet videre, idet hun i sin diskursanalytiske sundhedsundersøgelse går bag om folkesundhed og sundhedsadfærd og stiller spørgsmålstegn ved selve det at anvende et sundhedsbegreb. Hun (1998: 21) strukturerer undersøgelsen omkring et spørgsmål om, hvorvidt sundhed er *"...noget i sig selv, uden kampagner for ændret levevis, uden statens interesse for folket og uden statens bekymring for sit ressourcegrundlag? Ville der være et begreb om sundhed uden staten?"*. Otto stiller hermed spørgsmålstegn ved selve den forestilling, at man kan tage for givet, at alle mennesker har et sundhedsbegreb at handle ud fra – en forestilling som hun forbinder med det sundhedspolitiske forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag. Dernæst udnævner hun staten som en af de vigtigste aktører indenfor sundhed. Sammen med den humanistiske folkesundhedsforskning – den anden vigtige aktør - skaber staten en sundhedsdiskurs, og det er Ottos opfattelse, at der ikke ville eksistere et sundhedsbegreb uden denne sundhedsdiskurs (skabt af på den ene side staten og på den anden side den humanistiske sundhedsforskning). Relateret til det foregående kan man sige, at den statslige diskurs således indebærer, at fokus indenfor sundhedsområdet rettes mod individuel adfærd og livsstilsændringer.

Otto (1998: 21-22) hævder, at hvor staten henvender sig til et samfund fuld af objekter, så henvender de humanistiske sundhedsforskere sig til et samfund fuld af subjekter. Ingen af delene er gangbare ifølge Otto, som (1998: 58) formoder, at *"uanset livsformstræk, klasses tilhørsforhold eller socialgruppe vil man sandsynligvis få temmelig enslydende svar på spørgsmål om sundhed; ikke p.g.a. fællesmenneskelige erfaringer med sygdom og sundhed, men p.g.a. reglerne for italesættelse"*. Her er det oplagt at trække tråde til Bourdieus (1984: 387-397) begreb om symbolsk vold, hvormed han netop beskriver, hvordan den dominerede klasse overtager den dominerende klasses klassifikationsprincipper – ikke i selve deres forholden sig til verden og ageren, men idet de også anser de dominerende gruppers levemåde som den fineste. Dette vender jeg tilbage til i kapitel 3, *Teoretisk positionering*.

Ottos interviews tegner et mønster af, at sundhed ingenlunde har en universel betydning for informanterne, men derimod som begreb dækker over opfattelser spændende fra skæbnetro over politik til personlig udvikling (Otto 1998: 143). Hun opstiller tre idealtypiske sundhedsbegreber, som kan rumme informanternes vidt forskellige sundhedsbegreber, nemlig sundhed som henholdsvis mål, middel eller ingen af delene. Når sundhed er et mål i sig selv, udføres sundhedsadfærd, fordi det har værdi i sig selv, og fordi personen har det godt imens (Otto 1998: 100ff). Sundhed som middel henviser til en sundhedsopfattelse, hvor sundhed er modstandskraft mod sygdomme og dårligdom, og følgelig er sundhedsadfærd en overlevelsesstrategi, enten som forebyggelse eller som kur mod sygdomme (ibid). Endelig er der mennesker, for hvem sundhed hverken er mål eller middel; mennesker som slet ikke skænker sundhed en tanke. Sundhedsadfærd eksisterer ikke som praksis for personer uden

Kapitel 1 Sundhed og sygdom

sundhedsbegreb, og eventuel sundhed vil være en tilfældighed, idet det slet ikke er en del af livet at beskæftige sig hermed.

Ottos konklusion, om at sundhed ikke nødvendigvis fylder så meget hos 'almindelige mennesker', understøttes af andre studier af sundhed i et erfaringsnært perspektiv. I forbindelse med Sundhedsprojekt Ebeltoft iværksættes i årene 1991 til 2005 et generelt tilbud til kommunens borgere om helbredsundersøgelser med mulighed for uddybende samtaler hos egen læge (www.sundhedsprojekt-ebeltoft.dk). Projektet har dannet grundlag for en lang række studier og publikationer, blandt andet *Sårbarhed og Handlekraft. Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed* (Wiuff & Grøn 2009). Denne indeholder interviews med borgere og praktiserende læger, som har deltaget i projektet. Publikationen har særligt fokus på betydning af Sundhedsprojekt Ebeltoft for de borgere, som har deltaget, samt på social ulighed og muligheder for at indtænke et ulighedsperspektiv i lægernes forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med borgerne. Wiuff og Grøn peger på sociale forskelle i informanternes ressourcer til at foretage livsstilsændringer, men det er centralt, at der er tale om dobbelte sammenhænge: Sundhed, sygelighed og den sunde/usunde livsstil fordeler sig skævt i befolkningen, således at de ressourcetsvage borgere i højere grad lever usundt og har flere sygdomme, men samtidig finder Wiuff og Grøn både de mest forandringsparate og de mindst forandringsparate borgere i denne gruppe borgere. Dette taler altså mod den generelle tendens til, at det er de ressourcestærke borgere, som i højeste grad foretager livsstilsændringer; eller i det mindste for, at de svagtstillede borgere umiddelbart kan motiveres til at leve sundt, hvis de får den rette støtte, eksempelvis i form af lægesamtaler. Her finder jeg det dog vigtigt at bemærke, at motivation til livsstilsændringer ikke nødvendigvis fører til ændringer; man kan tænke sig, at der er langt fra tanke til handling, og at de ressourcetsvage borgere ikke nødvendigvis 'kommer i hus' med de livsstilsændringer, som de er motiverede for – et aspekt som ikke belyses i undersøgelsen. Samtidig peger Wiuff og Grøn på, at borgere, som er motiverede for livsstilsændringer på ét område, ikke nødvendigvis er det på andre, hvilket også taler for et mere nuanceret billede end den generelle forestilling om ressourcestærke forandringsparate borgere overfor ressourcetsvage borgere, som ikke ønsker livsstilsændringer. I tråd med Ottos konklusion, om at sundhed ikke har betydning for alle mennesker, er ét af publikationens øvrige resultater, at en stor del af informanterne angav, at de ikke ville have spekuleret over sundhed eller livsstilsændringer, hvis de ikke havde deltaget i projektet. Med Ottos ord kan man sige, at projektet bidrager til sundhedsdiskursen, og at kommunen som aktør – eller repræsentant for staten som hovedaktøren i sundhedsdiskursen - skaber et sundheds- og livsstilsbegreb hos borgerne.

En sådan tolkning kan underbygges af, at samtlige borgere er bevidste om livsstil og dennes betydning for sundheden, og (blandt andet) forholder sig til KRAM-faktorerne. Wiuff og Grøn (2009: 85) henfører dette til Blaxters (1997) formulering af, at borgerne har taget sundhedskampagnerne til sig, hvilket blot er et andet udtryk for, at de er prægede af den statsligt frembragte sundhedsdiskurs.

Overordnet kan man således sige, at der er meget, som tyder på, at den herskende sundhedsdiskurs præger mennesker og deres måde at være eller ikke være sunde på, men at der er forskelle, og at disse muligvis hænger sammen med social position, således at ressourcer på andre områder af livet kan spille ind på ressourcer til at 'deltage i sundhedsprojektet'.

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

I det foregående har jeg behandlet en række områder af sundhedsfeltet, og præsenteret social ulighed i sundhed, folkesundhedsarbejde og en offentligt forankret sundhedsdiskurs. De lancerede paradokser er afsæt for specialets problemstilling, som præsenteres i næste kapitel.

Kapitel 1
Sundhed og sygdom

KAPITEL 2

Problemstilling

På baggrund af det foregående fremstår det tydeligt, at der er social ulighed indenfor sundhed, herunder sundhedsadfærd, og at uligheden har form af en social gradient. Der fremstår et generelt billede af et kontinuum med en gruppe mennesker, som med lav social position og usunde vaner i det ene yderpunkt, og en gruppe velstillede, sunde mennesker i den anden ende. Men er der bare tale om et sådant lineært kontinuum, og hvad ligger i så fald mellem disse yderpunkter? Er det mennesker, som lever en smule usundt opgjort på alle sundhedsfaktorerne, eller lever de sundt på nogle punkter og usundt på andre? Er der særlige forhold, som ofte optræder sammen? Og hos hvilke mennesker? Endelig er der spørgsmål om, hvorledes den enkeltes sundhedsbegreb hænger sammen med adfærden – og i hvor høj grad dette er præget af den gældende sundhedsdiskurs.

Jævnfør Holstein (2008) er det trods megen forskning ikke lykkedes at komme tættere på en årsagsforklaring i løbet af de seneste 30 år, og meget tyder på, at der er tale om virkelig komplekse sammenhænge. Det er ambitionen med dette speciale at indgå i diskussionen af disse mekanismer og forhåbentlig bidrage med en lille brik, som kan medvirke til en større viden om de forhold, der gør sig gældende indenfor folkesundheden.

Specialet fokuseres på følgende problemstilling, hvorunder de forskellige lancerede problematikker kan belyses og diskuteres:

Hvordan kan social ulighed i sundhed udfordre sundhedsdiskursen?

Det fremgår af det foregående at den måde, man – med et snævert fokus på adfærd og KRAM-faktorer - tilrettelægger folkesundhedsarbejdet indenfor den gældende sundhedsdiskurs, bygger på et tredelt præmis: 1. At alle individer tilrettelægger (sundheds)adfærd på baggrund af viden (om epidemiologiske kausalsammenhænge mellem sundhedsadfærd og sygdom/dødelighed 2. At (sundheds)adfærd er rationel og tilrettelægges med sundhed for øje 3. og dermed at sundhed i sig selv har betydning for alle.

Dette forekommer paradoksalt, idet folkesundhedsarbejdet samtidig bygger på en omfangsrig viden om sociale baggrundsfaktorer og generelle samfundsforholds betydning for sundhed og sundhedsadfærd samt tilslutningen til WHO's rumlige sundhedsbegreb.

Problemstillingen undersøges på baggrund af data fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse *Hvordan har du det? 2010*, det teoretiske udgangspunkt er Pierre Bourdieus relationelle praksisteori, og metoderne er multipel korrespondanceanalyse og klyngeanalyse.

Fokus i specialet er på relationen mellem en samlet livssituation i form af social position og livsstil, og ikke om enkelte (KRAM-)faktorer. Inddragelse af Bourdieus teoretiske begrebsapparat muliggør en diskussion af sundhedsfelt, habitus,

smag og positionering, doxa og de dominerendes rolle i at skabe disse. Indenfor dette begrebsapparat vil en række spørgsmål kunne behandles/diskuteres: Hvordan er relationerne mellem de forskellige positioner? Hvis projektet er sundhed, hvorfor er det så de privilegerede, der er sunde? Hvilke sociale formål har sundhedsdiskursens projekt? Etc.

Data fra Region Midtjyllands folkesundhedsprofil har ikke umiddelbart udsagnskraft i forhold til sociale formål med sundhedsprojektet eller hvilke meninger borgerne tillægger sundhedsadfærd, men med Bourdieus teori vil sådanne diskussioner kunne faciliteres med udgangspunkt i resultater fra analysen af data.

Fremgangsmåde

Jeg vil nu kort skitsere og argumentere for fremgangsmåden i specialet.

Specialet er struktureret omkring formålene:

1. At lede efter mønstre i, hvordan sundhedspraktikker – og borgernes forholden sig til disse – grupperer sig sammen eller i modsætning til hinanden.
2. At analysere, hvorledes disse mønstre kan relateres til sociale forskelle
3. At undersøge, hvorvidt der meningsfuldt kan udarbejdes grupper af borgere, som ligner hinanden angående sundhedsadfærd og social baggrund
4. At diskutere selve tilgangen til folkesundhedsarbejdet i den herskende sundhedsdiskurs, både tilrettelæggelsen af folkesundhedsarbejdet og de metoder, som anvendes i den forskning, der ligger til grund for dette

Første punkt belyses med udarbejdelse af et rum for sundhedsadfærd vha. multipel korrespondanceanalyse, der med en eksplorativ tilgang til data netop muliggør en undersøgelse af *samtidige og samvirkende relationer* mellem et *netværk* af faktorer (Skjøtt-Larsen 2008:56).

Efterfølgende relateres mønstre i sundhedsadfærd til mønstre i sociale baggrundsfaktorer ved at indsætte baggrundsvariable som supplementerpunkter i rummet for sundhedsadfærd. Hermed kan deres fordeling undersøges, uden at de bidrager til at skabe selve rummet.

Hermed kan sundhedsadfærden kontekstualiseres, såvel i forhold til øvrige praktikker (qua 'det samlede sæt') som i forhold til sociale baggrundsfaktorer.

I relation til punkt tre har jeg valgt at udbygge den multiple korrespondanceanalyse med en klyngeanalyse. Hermed kan yderligere mønstre og strukturer i data undersøges, og der kan skabes grupper af midtjyske borgere, som statistisk set ligner hinanden internt og adskiller sig fra hinanden eksternt angående sundhedsadfærd og sociale baggrundsfaktorer (Lebart 1993). Efterfølgende kan relationerne mellem klyngerne analyseres med Bourdieus teori, hvilket vil danne baggrund for en diskussion af tilgangen til folkesundhedsarbejdet i sundhedsdiskursen.

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Jeg har valgt at inddrage Bourdieus relationelle praksisteori til at belyse problemstillingen. Som det fremgår er det i specialet den klassiske sociologiske problemstilling om, hvad der skaber handling og hvorfor forskellige mennesker handler forskelligt, som er i spil. Bourdieus begrebsapparat tilbyder et alternativ til sundhedsdiskursens bud på, hvorfor individer tilrettelægger deres sundhedsadfærd forskelligt (jævnfør den sociale ulighed). Bourdieu (1997: 11) foreslår at se handling som noget, der sker indenfor et sæt af muligheder givet med forholdet mellem individets kropsligt indlejrede strukturer (habitus) og nogle mere overordnede samfundsstrukturer. Dermed bliver det muligt at forstå sundhedsadfærd som handling, der kan tage forskellige former afhængig af habitus (og dermed social position), af de felter, som individet gebærder sig i, og af de gældende diskurser på området.

Bourdieu ønsker at gøre op med en række klassiske sociologiske skel mellem mikro- og makroforhold, det kvalitative og det kvantitative etc. (Sestoft 2006: 20), og således vil det med hans begreber være muligt at undersøge *forholdet mellem* sundhedsadfærd og overordnede strukturer og dermed udfordre sundhedsdiskursen.

Specialet bygger på en forståelse af sundhed som en kulturel størrelse (qua foranderligheden i sundhedstilstande og -opfattelser samt den indflydelse, den offentlige diskurs har), og de sociale forskelle indenfor sundhed undersøges med fokus på relationer mellem – med korrespondance- og klyngeanalysen - konstruerede grupper. Grupperne skal altså netop forstås som en konstruktion, ligesom Bourdieus har en konstruktivistisk forståelse af klasser (på papiret). Samtidig har habitus dog en ontologisk størrelse, og dermed forholder det sig sådan, at der – rent objektivt – eksisterer mennesker med eksternt forskellige men internt lignende 'sundhedstilbøjeligheder' (habitus). Sundhedsadfærden er det, der rent objektivt kan studeres (for så vidt at det antages, at selvrapporert - og dermed subjektivt vurderet - adfærd afspejler nogle objektive forhold), men det er tanken i projektet at der ligger 'noget andet' – og habituel – bag adfærden.

Med fare for at få begreberne galt i halsen kan man sige, at specialet indebærer en teoretisk og konstrueret undersøgelse og diskussion af nogle (antageligvis) eksisterende bagvedliggende faktorer, som ikke kan påvises, men som udgør baggrunden for nogle (igen antageligvis, jævnfør selvrapportering i spørgeskemaet) objektivt observerbare forhold; sundhedsadfærden.

I kapitel 1 har jeg kontekstualiseret begrebet sundhedsadfærd ved at inddrage diskursen på området, folkesundhedsarbejdet samt koble sundhedsadfærden til en række forskellige livsaspekter og -betingelser hos den enkelte.

Jeg vil nu præsentere Bourdieus begreber og undervejs forholde hans teori til sundhed og nærværende problemstilling.

KAPITEL 3

Teoretiske positionering

Pierre Bourdieus teori om relationer og dominansforhold

Bourdieu's forfatterskab er drevet af en undren over

"dette at verdens orden, som den ser ud, med dens ensrettede veje med indkørsel forbudt, i egentlig eller overført forstand, med dens forpligtelser eller sanktioner, i det store og hele bliver respekteret; at der ikke i højere grad forekommer overskridelser eller omvæltninger, forbrydelser eller "vanvid"...; eller endnu mere overraskende, at den etablerede orden, med dens dominansforhold, dens rettigheder og dens overgreb, dens privilegier og dens uretfærdigheder, til syvende og sidst består så let..., og at de mest utålelige eksistensvilkår så ofte kan fremstå som værende acceptable eller endog naturlige" (Bourdieu 1998: 7)

Relateret til en sundhedssammenhæng kan man inspireret af den undren, som ligger til grund for Bourdieus sociologi, undre sig over, at sundhedsbegrebet er som det er (jævnfør kapitel 1), at der tilsyneladende hersker en sådan etableret orden med bred enighed om at anlægge et bredt sundhedsbegreb, mens et mere snævert fokus på livsstil og KRAM-faktorer samtidig accepteres som indikatorer på og determinanter for sundhed. Yderligere er der tale om dominansforhold for så vidt, at sundhedsprojektets normativer tilsyneladende afspejler de dominerendes positioneringer, idet sundhed sættes lig med de socialt velstillede levevis, hvorimod de dårligere stillede fremstår som tabere i den forstand at de i højere grad bliver syge, modtager dårligere behandling og i øvrigt måske ligefrem selv tildeles skylden herfor, fordi de lever usundt og i lavere grad ændrer deres levevis på trods af informationskampagner og anbefalinger fra blandt andre Sundhedsstyrelsen.

Således vil der ikke umiddelbart indenfor Bourdieus teori kunne svares på spørgsmål om, hvad (u)sundhed er, eller svar på hvorledes man i folkesundhedsarbejdet kan få mennesker til at leve sundere. Derimod vil det være oplagt at arbejde med spørgsmål om, hvad eller hvem, der styrer den ulige fordeling af sundhed og sygdom, eller hvem der bestemmer, hvad der på et givent tidspunkt opfattes som sundt/usundt, og hvordan dette er muligt (Larsen 2010: 53ff). Disse spørgsmål er netop omdrejningspunktet i dette speciale, hvor fokus er på, hvorledes social ulighed kan forstås sammen med den gældende sundhedsdiskurs.

For at kunne studere dominansforhold, fokuserer Bourdieu på, hvad der differentierer sociale agenter (Rosenlund & Prieur 2006: 125). Bourdieus sociologi kan betegnes som relationel, idet han har fokus på relationer mellem agenter og grupper i form af forskelle og afstande. Med henblik på at anskueliggøre disse forskelle har han udviklet ideen om det sociale rum, hvor rumlige forskelle tilsvarende sociale forskelle (Bourdieu 1997: 21). Aktørernes indbyrdes afstande i det sociale rum angiver relationerne mellem dem, og dermed hvorledes de placerer sig i forhold til hinanden *"gennem nærhet, naboskap eller fjernhet i forhold til hverandre, samt gjennom hvilken rang de har i forhold til hverandre, ved at være over, under eller imellem"* (Bourdieu 1995: 33) Således kan relationer mellem agenter eller grupper karakteriseres ved afstande (nær/fjern) og ved en form for hierarki (over/under).

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Det sociale rum er et multidimensionelt rum i den forstand at der differentieres i forhold til en række forskellige principper. To principper har ifølge Bourdieu størst betydning, når forskelle mellem aktører og grupper skal forklares, henholdsvis økonomisk og kulturel kapital (Bourdieu 1995: 34, Bourdieu 1985:724).

Disse kapitaler udgør to ud af i alt fire overordnede kapitalformer, som Bourdieu opererer med, nævnt i rækkefølge i forhold til forklaringskraft på forskelle mellem aktører og grupper: økonomisk, kulturel, social og symbolsk kapital. Økonomisk kapital angiver materielle eksistensvilkår, ressourcer eller goder. Kulturel kapital er et mål for blandt andet uddannelsesniveau, men omfatter desuden nedarvet kulturel kompetence og smag samt materialiseret kultur i form af bøger, kunst etc. (Prieur & Rosenlund 2010: 61). Social kapital kan betegnes som et spørgsmål at kende og kunne trække på 'de rigtige' mennesker. Symbolsk kapital kan ansues som en overordnet kapitalform, der giver betydning til de øvrige. Bourdieu (1985: 724) beskriver selv symbolsk kapital således: "...commonly called *prestige, reputation, renown, etc. which is the form in which the different forms of capital are perceived and recognized as legitimate*". Denne kapitalform benævnes ofte 'anerkendelse', idet de øvrige kapitalformer først får betydning i det øjeblik de anerkendes; jeg kan være nok så højtuddannet, men hvis ikke uddannelse anerkendes som kapital har den ingen reel værdi.

Kapitalmængde dækker over den samlede mængde kapital, som agenten besidder (Bourdieu 1984: 108). I det sociale rum differentieres mellem personer, der har relativt størst kapitalmængde og relativt mindst. Den relative kapital-sammensætning angiver andelen eller vægten af de respektive kapitalformer, og i det sociale rum placerer de med mest kulturel kapital i rummet sig i modsætning til dem med relativt mest økonomisk kapital.

Endelig tilføjer Bourdieu dimensionen social 'løbebane' eller 'anciennitet i gruppen' til rummet. Denne dimension vedrører groft sagt forskellen på, om man er født ind i en gruppe eller kommet til senere (Rosenlund & Prieur 2006: 128).

Generelt kan man sige, at personer, som placerer sig i nærheden af hinanden i det sociale rum, ofte vil ligne hinanden eller have meget tilfælles, hvorimod agenter fjernt fra hinanden i rummet typisk vil være forskellige fra hinanden i mange henseender.

I et af Bourdieus hovedværker, *La Distinction* (herefter *Distinktionen*) fra 1979 (engelsk udg. 1984, norsk 1995) - et studie af kulturforbrug, kundskaber på kulturområdet samt værdier og holdninger til kultur - behandler han forskelle i valg. Valg opleves sædvanligvis som noget individuelt og som noget, der afhænger af personlig smag og præference. I bogen viser han imidlertid, hvordan disse valg, positioneringer, hænger sammen med social baggrund, social position (Rosenlund & Prieur 2006: 115).

Mens social position defineres som et spørgsmål om kapitalvolumen, kapitalsammensætning og social løbebane, defineres positioneringer, i tråd med ovenstående, som "de "valgene", *de sociale aktører foretar på alle ulike praksisområder, som når det gjelder matlagning eller sport, musikk eller politikk osv*" (Bourdieu 1995: 33). *Distinktionen* indeholder en analyse af, hvorledes rummet for sociale positioner tilsvares af rummet for positioneringer, så en bestemt position tilsvares af bestemte positioneringer. Bourdieus interesse handler om, hvorledes forskelle mellem mennesker, forstået som forskellige positioner, udtrykkes i handlen, valg og måder at forholde sig på; positioneringer.

Med Bourdieus teori vil det være muligt at studere sundheds'valg' (det vil sige valg af sundhedsadfærd) udtrykt forskelligt af forskellige individer, og relatere valgene til sociale positioner.

Kapitel 3 Teoretisk positionering

I det ovenstående er ordet 'valg' sat i anførselstegn, fordi Bourdieu betragter menneskelig handling som fornuftig, men ikke rationel eller intentionel. Det betyder, at mennesker ikke agerer ud fra rationelle strategier om profitmaksimering og ud fra på forhånd kalkulerede mål og midler til samt muligheder for at opnå disse. Handlingen er fornuftig forstået på den måde, at praktikker er produkter af en fornuftig (praktisk) sans for, hvad der i en given situation er det rigtige.

Bourdieu beskriver handling som noget dispositionelt, som *"de potentielle muligheder der er indskrevet dels i agenternes kroppe, og dels i strukturen i de situationer, de handler indenfor, eller rettere sagt: de potentielle muligheder, der er indskrevet i relationen mellem disse to ting"* (Bourdieu 1997: 11). Sundhedsadfærd bliver hermed til et spørgsmål om på den ene side, hvilke potentielle muligheder for sundhedsadfærd, der er indskrevet i agenternes kroppe, og på den anden side hvilke potentielle muligheder for sundhedsadfærd, der er indskrevet i strukturen i de situationer, de handler indenfor (i denne sammenhæng kunne det være muligheder for sundhedsadfærd, givet med social position, og indenfor den herskende sundhedsdiskurs).

Til at fange den praktiske sans og samtidig fungere som medierende led mellem social position/objektive strukturer og positioneringer, foreslår Bourdieu habitus-begrebet, som han netop betegner som *"socialiseret subjektivitet"* (Bourdieu & Wacquant 1996: 111). Habitus kan defineres som kropsligt tilegnede strukturer; en socialisering af kroppen, hvor ydre strukturer bliver til indre strukturer, og dermed udstyrer den enkelte med skemaer til at opfatte og klassificere verden (Priour 2006: 39)

Dermed er handling ikke intentionel men tager derimod afsæt i habitus, som udstyrer individet med en række mentale strukturer og perceptionsskemaer, som gør det muligt i en given situation at finde adækvate handlinger blandt forskellige muligheder.

I henhold til den indledningsvise diskussion af folkesundhedsarbejdet, kan man sige, at sundhedsadfærd – set med rationelle briller – ville være styret af overvejelser omkring levetid og kostens, motionens, alkoholindtaget og rygningens betydning herfor. Folkesundhedsarbejdet består i høj grad af informationskampagner, som omhandler eksempelvis de sundhedsskadelige effekter ved rygning, hvormed handling adresseres som rationel. Når det efterfølgende viser sig at nogle borgere ikke stopper med at ryge, så kan en forklaring muligvis være, at rygestopkampagner netop retter sig mod handling som rationel; man forventer, at borgerne rationelt vil fravælge rygningen ud fra mål om at leve længe og sygdomsfrit. Men med Bourdieus syn på handling vil rygning ikke være rationel, dvs. at individer ikke tænker på livslængde etc. i det øjeblik vedkommende 'vælger' at tænde eller ikke tænde en cigaret. Derimod er det habitus, som gør at handlingen rygning på et givent tidspunkt forekommer fornuftig.

Det kan ved første øjekast – og set i lyset af den nutidige sundhedsdiskurs – synes paradoksalt at kalde rygning som handling fornuftig, men idet der ikke ligger noget normativt i Bourdieus fornuftige handling, så kan denne faktisk være fornuftig for den enkelte, eksempelvis fordi rygning er normen i de sammenhænge vedkommende befinder sig i.

Det sociale rum kan inddeles i en række forskellige, forholdsvis indbyrdes uafhængige felter (Bourdieu 1985:734). Indenfor hvert felt er særlige kapitalformer anerkendelsesgivende, og særlige perceptionsskemaer eller klassificeringsprincipper er gældende. Indenfor feltet kæmpes konstant om, hvilke klassifikationsprincipper, der skal være gældende. Således kan klassifikationer i Bourdieus optik ikke studeres uden at undersøge feltet, hvor de gælder, samt kampene om, hvordan man indenfor feltet skal differentiere, og dermed om, hvordan relationerne mellem overord-

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

nings- og underordningsforholdene mellem feltets agenter skal være; hvem der skal være henholdsvis dominerende og dominerede.

Her gør den symbolske magt sig igen gældende, idet symbolsk magt, *"...understood as the power to...produce and impose the legitimate or legal classifications"* (Bourdieu 1985: 735) således er afgørende for at have held til at vinde klassifikationskampene. Symbolsk kapital afhænger, ligesom de øvrige kapitalformer, af placering i det sociale rum. I realiteten kunne man se diskussionen om, hvorvidt staten har ret til at iværksætte rygeforbud, afgifter på usunde ting etc., som en magtkamp, hvor staten må legitimere sin ret til skabe den kulturelle orden.

Som det fremgik af det indledningsvise citat undrer Bourdieu sig over, hvorledes magtstrukturerne kan bestå, og ligefrem synes at blive accepterede af såvel dominerende som dominerede i en sådan grad, at de ligefrem synes naturlige. Dette paradoks er indbegrebet af Bourdieus begreb symbolsk vold; dominansen fremtræder som noget naturligt, som den dominerede ikke gør oprør mod, men derimod respekterer og accepterer. Bourdieu forklarer dette med at: *"den dominerede, for at tænke den dominerende eller for at tænke sig selv, eller snarere for at tænke sig selv i forhold til den dominerende, kun råder over erkendelsesredskaber, som deles med den dominerende; disse redskaber er blot dominansforholdets inkorporerede form og lader dermed dette forhold fremtræde som værende naturligt"*. (Bourdieu 1998: 49). Således deles klassifikationsprincipperne af de dominerende og de dominerede, og de dominerede ser derfor både sig selv, de dominerende og det ulige forhold mellem dem, gennem de dominerendes perspektiv. Desuden fremhæver citatet det relationelle i Bourdieus forståelse, idet det fremhæves, at klassifikationsprincipperne altid virker *i forhold eller modsætning til noget*; de dominerede ser sig selv i forhold til de dominerende, ligesom noget, som klassificeres som godt, vil være godt *i forhold til* skidt, man er sund *i modsætning til* usund etc.

Tilsvarende vil mennesker med forskellig social position ifølge Larsen (2010: 68) have nogenlunde enslydende forestillinger om, hvad der er henholdsvis sundt og usundt, fint og ufint. Der er dog forskelle på forskellige gruppers måde at handle i forhold til sundhed.

I relation til ovenstående om dominansforhold og klassifikationsprincipper kan man sige, at det er de dominerende gruppers klassifikationsprincipper, der udpeger det sunde overfor det usunde. Larsen (2010) refererer et studie (Larsen & Dahl 2009), hvor unge mennesker med henholdsvis høje og lave sociale positioner interviewes om madvaner og sundhed. De ressourcestærke unge spiser meget grønt og helst økologisk, da de er opdraget til at foretrække økologiske madvarer. Omvendt angiver de unge med lav social position, at de spiser *"fed og ulækker"* mad, fordi det smager dem, og det bliver sat helt på spidsen, da en af de unge fra denne gruppe angiver, at han *"drikker mange vitaminer"* med henvisning til en øl (Larsen & Dahl 2009: 45). Man kan altså sige, at begge grupper af unge mennesker er bevidste om sundhed, men hvor de privilegerede unge har præferencer for økologiske madvarer, så har de mindre privilegerede præferencer for det usunde. De er dog bevidste om, at disse madvarer er usunde, idet de betegner det som 'fed og ulækker' mad, og dermed kan man sige, at de betragter kost som noget sundt/usundt ud fra de dominerendes klassifikationsprincipper uden dog selv at leve efter disse og uden at have smag for det sunde.

Ovenstående hænger sammen med det, jeg i Kapitel 1 med Lene Ottos begreber betegne som den statsligt forankrede sundhedsdiskurs. Bourdieu arbejder ikke diskursteoretisk, men man kan med hans begreb om doxa forklare det samme, nemlig at staten eller det offentlige tilsyneladende har haft succes til at skabe særlige forestillinger om sundhed og sygdomme og særlige kausalsammenhænge mellem disse dimensioner.

Doxa dækker over det indlysende og kan betegnes som en form for kulturel orden. Denne kulturelle orden er vilkårlig, forstået som menneske- eller kulturelt skabt. Dette indebærer at den *syner*, men ikke *er* naturlig og universel. Larsen (2010:63) beskriver en særlig doxa på sundhedsområdet, som handler om, hvordan kroppen bør se ud og hvordan man bør leve i form af den 'rette' sundhedsrelaterede livsstil. Virkningen af denne doxa fremlægges således:

"Diskurser og praktikker i forbindelse med sundhed og sundhedsideal er uomgængelige og virksomme for alle i en aktuel nordisk kontekst. De har doxa-karakter, hvilket ... vil sige, at der er tale om en slags fælles og oftest implicit grundpræmis, som er så indlysende, at den oftest ikke siges. Ingen kan dog være upåvirkede af eller helt resistente overfor for disse idealer, og selv de agenter, som tager stærkest afstand, må distancere sig i forhold til bestemte sundhedsideal" (Larsen 2010: 64)

Larsen (2010: 64, fodnote) betoner, at det er magtindehaverne i sundhedsfeltet, som skaber en sådan sundhedsdoxa med tilhørende modsatrettede begrebspar (slank/tyk, stram/slap, aktiv/lad). Staten kan anskues som et metamagtfelt, idet den er et ansigtsløst fænomen, som ikke kan udpeges eller forbindes til ét fysisk sted, men derimod er allestedsnærværende og fæster et sæt af ensartede orienteringspunkter i form af en særlig kulturel orden med særlig klassifikationsprincipper blandt befolkningen – en tilsyneladende naturlig eller universel, men ikke desto mindre vilkårlig kulturel orden – og dermed sikrer en nogenlunde ensartet opførsel og forholden sig til verden (Larsen 2010: 56).

Bourdieu skriver om staten og magt, at

*"Ved med autoritet at erklære hvad et væsen – ting eller person – i virkeligheden er (en kendelse) i sin legitime sociale definition, dvs. det det har lov til at være, det det har ret til at være – ved at beskrive det sociale liv, som et væsen (ting eller menneske) har ret til at kæmpe for, bekende sig til og praktisere (i modsætning til illegal praksis), udøver Staten en i sandhed **skabende**, næsten guddommelig magt..." (Bourdieu 1997: 122, fed skrift ved forfatterens kursiv).*

I regeringens tidligere beskrevne folkesundhedsprogram påpeges det, at alle har ret til et sundt og langt liv, ligesom det gentagne gange understreges, at det er nødvendigt, at den enkelte, familier, fællesskaber og det offentlige påtager sig ansvar for sundhedsudviklingen (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 58). Dermed påpeges samtidig, at et kort/usundt liv ikke er legitimt, ligesom det ikke er legitimt at frasige sig det fælles ansvar for sundhed.

Lene Ottos undersøgelse af sundhedsbegrebet viser, hvordan forebyggelsesinitiativer med tiden er blevet naturaliserede. Hun hævder, at *"Set i et længere perspektiv bliver de ekstreme sundhedsforbud og sundhedspåbud integreret i en dagligdags praksis, hvor de ikke længere tænkes som midler til at undgå sygdom, eller til at få et bedre liv. I stedet bliver de sundhedsfremmende foranstaltninger til noget, der er mål i sig selv, idet de er begrundet i sig selv"* (Otto 1998: 73). Otto eksemplificerer med hygiejneinitiativer, lanceret omkring forrige århundredeskifte, om håndvask efter toiletbesøg, ikke at spytte på gulvet etc.. I udgangspunktet var disse netop hygiejneinitiativer med det formål at forebygge sygdom, nem efterhånden tages de for givet, og det er blevet naturligt at vaske hænder efter toiletbesøg og ikke at spytte på gulvet.

Otto er af den opfattelse, at der foregår arbejde hen mod en lignende naturalisering af sundhedstiltag i Danmark lige nu, idet hun ser en tendens til at sundhed (forstået som sundhedsadfærd i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer) italesættes som *"a way of life" eller 'det gode liv' eller måske bare 'liv'"* (Otto 1998:49).

Relateret til det indledningsvise citat med den undren, som har drevet Bourdieus forfatterskab kan man sige, at det er mekanismer som dominans, klassifikationsprincipper, symbolsk vold og doxa, som gør det muligt, at verdens orden, som den ser ud består og accepteres.

I det foregående er Bourdieus generelle teori skitseret, med særligt fokus på relationer og dominansforhold. I det følgende vil jeg fokusere på hans syn på klasser. Netop i behandlingen af disse tydeliggøres forskellene i praksis, positioneringer og sammenhæng med social position.

Bourdieu om klasser

På baggrund af Bourdieus model over det sociale rum er det muligt at konstruere tre sociale klasser, henholdsvis den dominerende klasse, den mellemliggende klasse og den dominerede klasse, samt undergrupper eller fraktioner af disse. Klasserne inddeles på baggrund af kapitalmængde, og undergrupperne på baggrund af kapitalsammensætning og anciennitet i klassen (Bourdieu 1984: 108). Dette indebærer at eksempelvis den dominerende klasse vil bestå af aktører med høj kapitalmængde (i forhold til den mellemliggende klasse og den dominerede klasse, jævnfør det relationelle i Bourdieus teori), men at der indenfor den dominerende klasse vil være fraktioner med relativt mest kulturel kapital, andre med relativt mest økonomisk kapital, aktører der er født ind i klassen og andre, der er kommet til senere hen.

Bourdieu interesserer sig for relationerne mellem klasserne. Han betragter klasserne som 'et forklarende klassifikationsprincip', som står i modsætning til synlige forskelle mellem aktører (aspekter som race og alder). I tråd hermed anfører Bourdieu, at "*en persons stil er aldrig mere end en classes stil eller en variant heraf*" (Bourdieu 2005: 86). Dette indebærer, at aktører fra samme klasser vil have lignende positioneringer (Bourdieu 1995:39, Rosenlund & Prieur 2006: 127).

Ovenstående er temaet for *Distinktionen*, hvor Bourdieu på baggrund af korrespondanceanalyse udarbejder tre klasser (i henhold til ovenstående), som har lignende smag og præferencer indenfor en række kulturelle områder. Bourdieu gennemgår de tre klassers livsstil med henblik på at afdække mønstre i klasserne, i relationerne imellem dem og i de måder, hvorpå de differentierer fra hinanden.

Den dominerende klasse præsenteres under overskriften *The Sense of Distinction*. I denne klasse forekommer aktiviteter og præferencer, som kræver kapital (Rosenlund & Prieur 2006: 144). Dermed positionerer de sig i forhold til de øvrige klasser; de adskiller sig (udviser distinktion) fra de øvrige klasser ved at vælge aktiviteter og livstils-elementer, som aktører fra de øvrige klasser enten ikke har råd til at engagere sig i, eller ikke har 'forstand' til. Dette afspejler Bourdieus centrale pointe, at når aktører udviser en bestemt smag eller bestemte præferencer, så klassificerer de både sig selv og de andre; de viser, at de har råd/forstand til noget, og dermed at de andre ikke har råd/forstand.

Den mellemliggende classes livsstil bærer præg af, at de stræber efter den dominerende classes livsstil; de forsøger at være fine (ibid: 145). Dette understreges af overskriften på kapitlet *Cultural Goodwill* i *Distinktionen*. Den mellemlig-

Kapitel 3 Teoretisk positionering

gende klasse vil gerne være ligesom den dominerende klasse, men de har ikke den fornødne kapital, hverken økonomisk eller kulturel. Rosenlung & Prieur illustrerer dette således: "*Sat på spidsen: Her læser man månedsmagasiner om dyre biler, mens man i borgerskabet kører i dem*" (ibid: 146).

Kapitlet om den dominerede klasse bærer titlen *The Choice of the Necessary*. De foretrækker billige og nødvendige ting, og kunne ikke drømme om at ødsle med penge som den dominerende klasse gør. Deres livsstil er styret af økonomiske (og kulturelle) begrænsninger; det er et spørgsmål om at få mest muligt af *det nødvendige* for pengene (ibid: 147). Bourdieu ville sige, at de afviser det, der på forhånd har afvist dem, eller at ønskerne tilpasses chancerne.

Den dominerede klasses livsstil fremstår som en form for negativ modsætning til de dominerende klassers. Det æstetiserede, som udviser afstand til nødvendigheden fremstår til enhver tid som det 'fineste', og hvor de dominerende klasser værdsætter *l'art pour l'art*, reduceres praksisser og objekter i de dominerede klasser til deres tekniske funktioner; man *gør det, der skal til* (Bourdieu 1984 377ff). At de dominerende klassers livsstil fremstår som det fineste anerkendes bredt, hvilket hænger sammen med Bourdieus tidligere omtalte begreb om symbolsk vold; de dominerende klassers klassifikationsprincipper overtages og antager en universel form. Der er imidlertid grænser for den symbolske volds rækkevidde. Ser vi igen på eksemplet fra Larsen & Dahls studie (2009), hvor en ung fyr angiver at 'drikke mange vitaminer' med henvisning til en øl, fremstår der to forhold: Først og fremmest opretholder han sin livsstil (det vil sige vedbliver at drikke mange øl) på trods af, at hans ironiske udtalelse viser, at han er klar over, at øl langt fra er sundt (vitaminer). Dette tilsvarende Bourdieus fund i *Distinktionen*, hvor arbejderklassen opretholder den folkelige livsstil trods dennes status som 'vulgær' hos de dominerende (Prieur 2006: 55). Dernæst kan ironien i udtalelsen tolkes som en form for afstandtagen fra sundhedsdiskursen og de velstillede livsstil. Bourdieu (1984: 395-396) påpeger netop arbejderklassens 'løsslupne' livsstil som en måde, hvorpå arbejderklassen kan søge kulturel autonomi og egen identitet, idet de her eksplicit udfordrer borgerskabets legitime levemåder. Dermed kan de dominerede klassers livsstil på samme tid forstås som en anerkendelse af dominansforholdet og en form for modmagt mod det.

Indledningsvis skrev jeg, at man på baggrund af aktørers position i det sociale rum kan *konstruere* tre klasser. Ordvalget bunder i Bourdieus gentagne understregning af, at hans klasser skal forstås som 'klasser på papiret' i modsætning til 'virkelige klasser' (Bourdieu 1984: 100-101, Bourdieu 1985: 726, Bourdieu 1997: 26ff). Bourdieu udvikler sit klassebegreb i diskussion med blandt andet marxismen, og hans forståelse af en *virkelig* klasse er en klasse, som mobiliserer sig i marxistisk forstand. Hans modstand mod at tildele klasserne en ontologisk størrelse handler derfor snarere om, hvorvidt der eksisterer grupper af aktører mobiliserede til fælles klassekamp (igen i marxistisk forstand), end om, hvorvidt der eksisterer grupper af aktører med lignende positioner, dispositioner og positioneringer.

Bourdieu (1995: 39), antyder, at de konstruerede klasser med stor sandsynlighed vil kunne genfindes i virkeligheden, men pointerer, at fokus skal lægges på relationerne mellem klasserne frem for på klasserne i sig selv som substantielle størrelser. Han (1985:726-26) foreslår termen 'en sandsynlig klasse', ud fra et argument om at lignende positioner i det sociale rum på bestemte tidspunkter kan give *tilbud om klasser* i den forstand at de teoretisk konstruerede klasser har større sandsynlighed for at mobilisere sig som klasser, end klasser defineret på andre måder (eksempelvis på baggrund af etnicitet/race).

Dette forklares med *klassehabitus*, idet aktører fra samme gruppe eller klasse i langt de fleste tilfælde vil have samme habitus, da denne er 'lagt ind' i aktører fra tidlig barndom og bestemmer deres praksis mv (Prieur 2006: 40-42).

At Bourdieus opererer med en klassehabitus indebærer i mine øjne ikke nødvendigvis et brud med den konstruktivistiske klasseforståelse, men derimod snarere en forstærket afstandtagen fra den marxistiske forståelse af klasser som indebærende klassebevidsthed og kollektiv handlen; ved at tildele klasserne en fælles habitus kan Bourdieu forklare, hvorfor grupper af aktører kan have lignende præferencer og praksisser på en anden måde end ved at tildele dem en fælles intention.

Efter således at have præsenteret Bourdieus klassebegreb vil jeg i det følgende skitsere hans forståelse af køn.

Bourdieu om køn samt forholdet mellem køn og klasse

Bourdieu er modstander mod at se kategorier som substantielle størrelser, og lægger vægten på relationerne mellem disse. Frem for at tilhøre en klasse eller et køn, ved at være karakteriseret af særlige besiddelser eller kendetegn, bestemmes tilhørsforholdet ved *ikke* at tilhøre en anden klasse, eller et andet køn; ved at stå i en relation hertil, adskille sig fra og positionere sig selv i forhold til det andet køn (Bourdieu 1998: 35). Man tilhører således det feminine køn ved at have feminine træk *i modsætning til* de maskuline, og tilsvarende den dominerende klasse ved at besidde *relativt* mere kapital *end* den dominerede klasse.

Et af Bourdieus mest omfattende værker om køn og forholdet mellem kønnene, er *Den maskuline dominans* (1998). Som titlen angiver, kan relationen beskrives med termen 'mandsdominans', og temaet for bogen er, hvorledes dominansforholdet reproduceres over tid. Bourdieu skildrer det med begrebspar ('skemaer'), der danner modsætninger, eksempelvis modsætningerne stor/lille, stærk/svag og tyk/tynd om opfattelser af kroppe, hvor det store, stærke og tykke relateres til det maskuline, mens det lille, svage og tynde konnoteres til noget feminint (Priour 2006: 57). Således er den maskuline dominans indlejret i de skemaer, som aktørerne opfatter verden ud fra, og dermed opfatter og agerer de dominerede ud fra samme klassifikationsprincipper som de dominerende, og således kan dominansforholdet reproduceres. Dette forklares med habitusbegrebet (Bourdieu 1998: 121ff).

Ifølge Bourdieu må de to kategorier forstås i sammenhæng, og han skriver, at "*Sexual properties are as inseparable from class properties as the yellowness of a lemon is from its acidity; a class is defined in an essential respect by the place and values it gives to the two sexes and to their socially constituted dispositions*" (Bourdieu 1984: 102), og han fortsætter, at der er lige så mange måder at 'være køn' på, som der er klasser, og omvendt⁴. Dette indebærer dog ikke, at de to kategorier kan forstås som to lignende størrelser. Som beskrevet er magtkampene indenfor felterne konstituerende for klasserne. Det samme synes ikke at være tilfældet indenfor kønnene.

⁴ Der er forskellige holdninger til, hvorvidt der udelukkende er 'klassede forskelle i måden at være køn på' (denne forståelse repræsenteres eksempelvis af Wilken 2006: 76) eller såvel kønnede måder at være klasse på som klassede måder at være køn på (Priour 1998). Som jeg læser Bourdieu er sidstnævnte forståelse mest plausibel, se f.eks. Bourdieu 1998 (119f)

Kapitel 3 Teoretisk positionering

Prieur (1998: 139) behandler dette, og beskriver først og fremmest det forhold, at der er overlap mellem kategorierne køn og klasse, hvilket som beskrevet henviser til, at begrebsparret maskulint/feminint bruges analogt med begrebsparret dominerende/domineret. Udover dette overlap er der imidlertid et modsigelsesforhold, eller i det mindste nogle forhold eller felter, hvor dette overlap tilsyneladende ikke gør sig gældende.

Bourdieu (1995) viser, at arbejderklassens mænd anser sig selv for at være mere maskuline end borgerskabets mænd, idet de *"folkelige lag verdsetter fysisk styrke som en grunnleggende dimension ved manndom og ved alt det som frambringer og støtter manndommen (tungt arbeid og styrkeøvelser, "kraftig" kost og "sterke" drikker med hensyn til både smak og substans)"* (Prieur 1998: 138). Meget tyder på at opfattelsen af arbejderklassens mænd som de mest maskuline ikke kun gælder for arbejderklasse-mændene, men i tillæg hertil af mænd fra de dominerende klasser. Dette forhold står ifølge Prieur (ibid: 138) i modsætning til Bourdieus tese om at *"virilitet følger sosial makt"*, og dermed i modsætning til førnævnte forhold, at alt, hvad der konnoteres til de dominerende klasser samtidig anses for at være det bedste eller det fineste (og dermed også det mest maskuline). Samstemmigheden mellem begrebsparret maskulin/feminin og dominerende/domineret er altså her sat ud af kraft.

Prieur er nu af den opfattelse af modsætningsforholdet kan forklares indenfor Bourdieus teoretiske ramme. Bourdieus teori om køn baserer sig mestendels på studiet af det kabylske samfund, og Prieur argumenterer for at overlappet mellem idealer for mandlighed formodentlig følger det sociale hierarki i dette samfund, hvorimod modsætningsparret maskulint/feminint i et moderne differentieret samfund vil kunne genfindes indenfor de enkelte felter i det sociale rum, således at eksempelvis erhvervene indenfor arbejderklassen vil kunne opdeles i henholdsvis en gruppe maskuline og en gruppe feminine erhverv, eksemplificeret med bygningsarbejdere overfor frisører (ibid: 139)

Endelig pointerer Bourdieu (1985: 383) at kønsforskelle mindskes med øget social position, hvorfor de to kategorier ikke kan anskues som ens størrelser. Således vil de største kønsforskelle være at finde i arbejderklassen, og de mindste i den dominerende klasse, ligesom de kvalitativt kan antage forskellige former.

KAPITEL 4

Korrespondance- og klyngeanalyse

Eksplorativ undersøgelse af mønstre i sundhedsadfærd relateret til social position samt udformning af idealtypiske klynger

I det følgende vil jeg beskrive og argumentere for anvendelse af multipel korrespondanceanalyse (herefter MCA) til undersøgelse af specialets problemstilling. Dette følges af overvejelser om klyngeanalysen som supplement til denne. Vægten er lagt på korrespondanceanalysen idet denne danner udgangspunkt for klyngeanalysen.

MCA fungerer som et værktøj til at lade mønstre i data træde frem, idet den kan undersøge samtidige og samvirkende relationer mellem et netværk af sociale faktorer (Skjøtt-Larsen 2008: 56 med henvisning til Benzécri 1969). MCA er derfor eksempelvis anvendelig i tilfælde, hvor sammenhænge og mønstre ikke kendes på forhånd (Jæger 2003). Således adskiller korrespondanceanalysen sig fra andre kvantitative metoder ved at være eksplorativ og åben overfor mange og samtidigt virkende relationer frem for at studere på forhånd definerede sammenhænge. Johannes Hjellbrekke (1999:8) betegner dette som at tilpasse modellen til data frem for omvendt.

I denne sammenhæng muliggør korrespondanceanalysen således en undersøgelse af, hvordan mønstre i sundhedsadfærd og holdninger hertil grupperer sig sammen eller i modsætning til hinanden hos borgerne i Region Midtjylland.

I MCA undersøges sammenhænge mellem et stort antal variable. Med vektorregning spredes individer langs en række dimensioner på baggrund af svar på variablene i modellen, og tilsammen danner vektorerne en sky af punkter i et mangedimensionelt rum. Forskellene mellem individer omregnes til vægtede geometriske forskelle (χ^2 -afstande), og som samlet betegnelse for masse og afstande anvendes intertibeget (Høyen: 2010).

Efter at have konstrueret en punktsky i et mangedimensionelt rum reduceres dimensionaliteten til et fortolkningsmæssigt meningsfuldt antal dimensioner (akser), som opfanger størst mulig andel af skyens interti; dét antal akser, som bedst muligt repræsenterer punkterne og dermed giver mindst muligt informationstab. Hermed skabes et rum, hvor borgerne er placeret sammen eller i modsætning til hinanden på baggrund af ligheder og forskelle i svarafgivelser angående sundhedsadfærd. Udførlig beskrivelse af metoden og de forskellige trin i udformningen heraf er vedlagt i bilag 4.

Et særligt element ved korrespondanceanalysen er de grafiske kort, hvor to akser kan præsenteres sammen i et plan. Med korrespondancekortene fremstilles dermed grafisk sammenhænge mellem et stort antal variable, hvilket kan skabe overblik over store datamaterialer med til tider komplekse og flerdimensionale relationer (Skjøtt-Larsen 2008: 56). Således giver kortene med deres fremstilling af statistiske associationer som rumlige afstande mulighed for en pædagogisk fremstilling af resultaterne, ligesom de er en støtte i den indledende fortolkning af resultaterne.

Korrespondanceanalyse betegnes skiftende som en kvantitativ metode, som giver mulighed for at arbejde kvalitativt orienteret med data og som en metode, der gør det muligt at behandle kvalitative data kvantitativt (Høyen 2010: 12, Skjøtt-Larsen 2008: 56).

Kapitel 4 Korrespondance- og klyngeanalyse

Med fare for at få begreberne galt i halsen henviser førstnævnte til selve metoden, altså til at metoden har kendetegn svarende til de, man traditionelt forbinder med kvalitative metoder, mens sidstnævnte henviser til at metoden kan håndtere nominalskalerede (og således mere kvalitativt) kodede variable.

Uanset hvad befinder metoden sig i et grænseland mellem de kvalitative og kvantitative metoder.

Man kan sige, at der i korrespondanceanalysen arbejdes kvalitativt i den forstand at man med rumkonstruktionen forsøger at skabe en kontekst for det, man analyserer og idet så mange samspillende, samvarierende og samtidige faktorer som muligt inddrages i en deskription af data. Dette står i modsætning til kvantitative metoder som eksempelvis regressionsanalyser, hvor det handler om at isolere effekter af enkelte variable. Jævnfør kapitel 1 bygger mange folkesundhedsundersøgelser på sådanne metoder. Bourdieu kritiserer disse tilganges forståelse af kausalsammenhænge som lineære forhold mellem enkeltfaktorer, som ønskes isoleret. I stedet foreslår han en model, hvor sammenhænge mellem samlede sæt eller netværk af faktorer undersøges (eksempelvis livsstils- eller sociale baggrundsfaktorer). Disse er indbyrdes sammenvævede og må derfor undersøges sammen (Bourdieu 1984: 12-14, Prieur & Rosenlund 2010: 61)

En svaghed ved metoden kan dog netop være, at der ikke analyseres på styrken af effekter mellem enkelte variable.

Korrespondanceanalysen betegnes som en geometrisk dataanalyse, hvor relationer mellem data beskrives i geometriske termer, ligesom statistiske begreber tolkes geometrisk. (Høyen 2010: 11) Dette henviser til at de statistiske sammenhænge mellem kategorierne fremstilles som rumlige afstande langs en række dimensioner.

Korrespondanceanalysen forbindes ofte med Pierre Bourdieu. Han er dog nærmere talsmand for metoden eller årsagen til udbredelsen af den, end ophavsmand hertil (Jæger 2003).

I Bourdieus (1984) anvendelse af korrespondanceanalysen udarbejdede han henholdsvis et rum for sociale positioner og et rum for livsstile, og sammenholdt disse to rum. Omvendt kan der udarbejdes et rum for livsstile, hvori man efterfølgende kan undersøge baggrundsfaktorens placering. Rosenlund (1995: 74) beskriver dette som *"korrespondanceanalyse etter «den omvendte logikk»"*. I nærværende speciale, hvor fokus indledningsvis er på mønstre i sundhedsadfærd og holdninger hertil, og herefter på, hvorledes disse eventuelt fordeler sig i forhold til social position vil der være tale om korrespondanceanalyse efter 'den omvendte logik'; i form af udarbejdelse af et rum for sundhedsadfærd, hvori indikatorer på social position efterfølgende kan undersøges. Første led relaterer sig til punkt ét i problemstillingen, mens andet led relaterer sig til punkt to.

I kapitel 6 udarbejdes et rum for sundhedsadfærd. Indledningsvis beskrives de to primære akser, som tilsammen danner rummet (planet), og efterfølgende kan disse præsenteres sammen i et kort over rummet, således at mønstre i, hvilke former for sundhedsadfærd, der optræder sammen og i modsætning til hinanden, kan undersøges. I dette rum kan sociale baggrundsfaktorer indsættes som supplementærpunkter, hvormed det bliver muligt at undersøge mønstre i disses fordeling, og dermed relationer mellem sundhedsadfærd og social baggrund.

På baggrund af korrespondanceanalysen udarbejdes en klyngeanalyse. Her skabes klynger af borgere, som internt ligner hinanden mest muligt og adskiller sig mest muligt fra hinanden eksternt angående variablene fra rummet for

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

sundhedsadfærd. Klyngerne kan efterfølgende beskrives med de samme sociale baggrundsfaktorer som anvendt i korrespondanceanalysen, og således supplerer de to metoder hinanden.

Ludovic Lebart (1993) fremhæver det fordelagtige i en kombination af MCA og klyngeanalyse. Han hævder, at det med MCA i tilfælde med store datasæt med komplekse mønstre kan være svært at skabe overblik, hvorfor det er oplagt at kombinere MCA'en med en klyngeanalyse; de to metoder kan ifølge Lebart noget grundlæggende forskelligt.

Ifølge Lebart (1993: 163) er klyngeanalysens force, at den gennemføres på baggrund af et multidimensionelt rum, frem for i et plan beskrevet eksempelvis ved to akser, som MCA'en. Efter udarbejdelse af klynger på baggrund af det multidimensionelle rum er det muligt at indplacere dem i rummet fra MCA'en. Udarbejdelse af klyngerne tager dermed udgangspunkt i mere nuancerede forskelle langs en række akser, og muliggør stadig fortolkning af klyngerne i det mere overskuelige todimensionelle rum fra MCA'en.

Der kan med korrespondance- og klyngeanalysen ikke analyseres på styrken af sammenhænge mellem forskellige former for sundhedsadfærd og sociale baggrundsfaktorer, således har specialet et mere **beskrivende** og (teoretisk) **forklarende** sigte (Bourdieu 1994: 26). En mere empirisk forankret **forståelse** ville fordre dybdegående kvalitative interviews, med dem ville det være muligt at opnå en forståelse for, hvilke (forskellige) betydninger borgere tillægger sundhed og sundhedsadfærd. Optimalt kunne specialet udbygges med interviews med borgere med forskellige sundhedslivsstile og sociale positioner, og disse ville efterfølgende kunne indsættes som repræsentanter for grupperinger i korrespondance- og klyngeanalysen (Bennett et al 2009: 71ff). Dette ligger dog udenfor specialets rammer.

Metoderne præsenteres overordnet i kapitlerne 6, *Multipel korrespondanceanalyse* og 7, *Klyngeanalyse*, ligesom der løbende redegøres for fortolkningsprincipperne heri. Uddybende og mere teknisk beskrivelse af metoderne er vedlagt i bilag 4 og 7

Jeg vil nu beskrive operationaliseringen af korrespondanceanalysen. Da klyngeanalysen tager afsæt i korrespondanceanalysen er operationaliseringen gældende for begge metoder, men fokuseret på korrespondanceanalytiske overvejelser.

KAPITEL 5

Operationalisering

Udformningen af et rum for sundhedsadfærd på baggrund af Hvordan har du det? 2010

I det følgende vil jeg redegøre og argumentere for udformningen af undersøgelsen med henblik på at kunne belyse problemstillingen struktureret over delmålene præsenteret i kapitel 2. Jeg indleder med overordnede betragtninger af epistemologisk karakter om tilrettelæggelsen en Bourdieu-inspireret korrespondanceanalyse. Dette med henblik på at redegøre for nogle af de overvejelser som ligger bag udformningen af specialet. Efterfølgende skitseres, hvorledes de forskellige lag i analysen relaterer sig til det overordnede sundhedsbegreb, jævnfør kapitel 1. Endelig følger en konkret gennemgang af valg af variable fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse *Hvordan har du det? 2010*, først til konstruktion af rummet for sundhedsadfærd, herefter omhandlende baggrunds faktorer samt helbred og trivsel, som kan undersøges i rummet for sundhedsadfærd.

Epistemologiske overvejelser

Jeg har i den overordnede tilrettelæggelse af specialet været inspireret af Bourdieus reflektive epistemologi.

Denne dækker over et *empirisk* og *åbent* fokus i udformningen af undersøgelser, både angående valg af metode og operationalisering af begreber; ud fra princippet om at der til hver enkelt undersøgelse må vælges netop de metoder, som er mest egnede til det forhåndenværende studie. Desuden dækker det reflektive over det, som tidligere i Bourdieus forfatterskab blev benævnt det dobbelte brud. Det dobbelte brud omfatter to parallelle processer som forskeren ifølge Bourdieu bør gennemgå i en konkret undersøgelse. Først og fremmest må forskeren bryde med de prækonstruktioner eller forståelseskategorier, som er dominerende i undersøgelsesfeltet. Dette sikrer, at undersøgelsen ikke tilrettelægges ud fra agenternes egne selvforståelser. Et sådant brud indebærer ikke, at man afstår fra at anvende disse kategorier eller prækonstruktioner, men derimod at der arbejdes mod en tilnærmelse af kategoriernes sociale funktion og deres relation til de personer og institutioner, som anvender dem. Den anden del af processen kræver en objektivisering af forskerens egen position herunder tilknytning til forskningsmiljøer med tilhørende traditioner etc. (Hammerslev & Hansen 2009: 16-17).

I nærværende speciale er det i en sådan optik nødvendigt at forholde sig reflektivt til særligt to forhold 1) selve sundhedsbegrebet og 2) specialets datagrundlag; et prækonstrueret datasæt fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse.

I relation til sundhedsbegrebet er det centralt, hvordan det anvendes af de offentlige instanser med iværksættelse af sundhedspolitiske tiltag, folkesundhedsundersøgelser etc., herunder overvejelser om, hvorvidt det kan tages for givet at denne sundhedsopfattelse genspejles hos borgerne. Diskussionen af sundhedsdiskurs, sundhedsbegreber og – tilgange i kapitel 1 har netop dette formål og bidrager med en årvågenhed på det offentliges rolle i italesættelsen af et

særligt sundhedsbegreb, det faktum, at ikke nødvendigvis alle mennesker tænker i sundhed, og at sundhed desuden kan have forskellig betydning for forskellige mennesker.

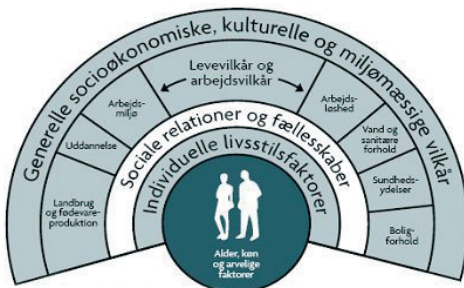
Inspireret af Bourdieus anbefaling om at arbejde reflektivt med begreberne er det således tilstræbt at føre diskussionen af sundhedsbegrebet og sundhedsprojektet som den ramme, hvori sundhedsadfærden kan studeres, igennem hele specialet.

En reflektiv anvendelse af datagrundlaget indebærer at holde sig for øje, at der er tale om en undersøgelse af sundheden blandt Region Midtjyllands borgere ud fra en række prækonstruerede forståelseskategorier for, hvilke forhold, det er relevante at belyse med henblik på at skabe et billede af sundheden i området – det vil sige, at folkesundhedsundersøgelsen afspejler sundhedsmedarbejderne i områdets forståelse, samt politikere og øvrige offentlige aktørers. Og med Ottos tidligere omtalte resultater om sundhed som alt fra skæbnetro til selvrealisering eller slet ingenting in mente er det altså muligt, at disse slet ikke afspejler borgernes sundhedsopfattelser. Dette kunne eksempelvis have været belyst med spørgsmålet *På en skala fra 1-10, hvor vigtigt er det for dig at leve sundt?*. Desuden har sundhedsprofilen det formål at danne grundlag for konkret folkesundhedsarbejde, hvilket også har betydning for de forhold, der belyses. Dermed dog ikke være sagt, at det ikke er relevant at undersøge problemstillingen med udgangspunkt i data fra folkesundhedsundersøgelsen med de forståelseskategorier, som dette indebærer; netop fordi disse data danner grundlag for folkesundhedsarbejdet er det særdeles centralt at undersøge mønstre heri samt hvorledes disse mønstre relaterer til sociale baggrundsfaktorer.

Endelig betyder Bourdieus epistemologi og tilhørende anbefalinger ikke, at han er blind for pragmatiske hensyn. Ifølge Hammershøj & Hansen indebærer reflektiv sociologi *”en kritisk refleksion over egne mulighedsbetingelser for at bedrive empirisk forskning og over mulighederne for at forandre disse betingelser. Det er ydermere en praktisk sans for de potentialer, der er for at forbedre empirisk forskning i en given situation”* (Hammershøj & Hansen 2009: 34). Således er det centrale overvejelser om betingelserne i en given undersøgelse, og efterfølgende tilrettelægning i tråd med disse. I det følgende behandler jeg mulighederne for at undersøge sundhedsadfærd og social position på baggrund af data fra *Hvordan har du det? 2010*

I kapitel 1 tilsluttede jeg mig det brede sundhedsbegreb og jeg præsenterede Dahlgren & Whiteheads model, der illustrerer forskellige niveauer med betydning for sundhed. I tråd hermed må der i undersøgelsen inddrages indikatorer for de forskellige lag fra modellen.

Figur 1.1 (gengivet): Forhold af betydning for sundhed



Rummet for sundhedsadfærd relaterer sig til niveauet for *Individuelle livsstilsfaktorer* i Dahlgren & Whiteheads model. Dette afspejler ikke en antagelse om, at indikatorer for sundhedsadfærd er dækkende for begrebet livsstil, men om at de kan være det for sundhedsrelateret livsstil eller -adfærd. Rummet for sundhedsadfærd har visse lighedspunkter med Bourdieus rum for livsstile i *Distinktionen*, da det kan vise, hvorledes forskelle mellem mennesker kommer til udtryk i handlinger. Rummet for livsstile i *Distinktionen* beskriver ifølge

Bourdieu: *”the distribution of practises and properties which constitute the life-style in which each of these constitutions [henviser til sociale positioner] manifest itself”* (Bourdieu 1985: 120).

Livsstile anskuet i en sundhedssammenhæng kan være KRAM-faktorerne. I citatet angives, at Bourdieu ser disse faktorer som et udtryk for social position; eller at forskellige sociale positioner manifesteres gennem handlinger og egenskaber. Dermed er sammenhængen med rummet for sociale positioner tydeliggjort.

Rummet for sociale positioner relaterer sig til Dahlgren & Whiteheads model med niveauerne for *Levevilkår og Arbejdsvilkår* samt det inderste niveau med individuelle uforanderlige egenskaber som køn og alder. Niveauet *Levevilkår og arbejdsvilkår* operationaliseres med baggrundsvariable omhandlende uddannelse, indkomst mv. (nærmere beskrevet senere). Desuden undersøges i dette rum variable, som relaterer sig til det inderste lag i Dahlgren & Whiteheads model, nemlig køn og alder.

Når fordelingen af sociale baggrundsvariable i rummet for sundhedsadfærd anvendes som fortolkningsbaggrund for mønstrene i sundhedsadfærden bliver det altså muligt at foretage en strukturel fortolkning af dagligdags sundheds'valg', som borgerne dog formentlig tillægger helt individuelle betydninger, og som indgår som led i individuelle biografier og livsstilsudformninger. Bourdieu understreger netop, at det at undersøge objektive betingelser for produktion af det sociale liv og påvisning af sammenhænge mellem forskellige objektive forhold ikke forklarer, hvorfor agenter handler, som de gør. Lisanne Wilken eksemplificerer dette i forhold til folkesundhed ved at understrege, at "påvisning af en objektiv sammenhæng mellem uddannelsesniveau, økonomiske forhold og sundhedstilstand, forstået på den måde, at jo mere uddannelse folk har, og jo bedre økonomi de har, des bedre er deres almene sundhedstilstand, og jo højere er deres gennemsnitlige levetid..." ikke indebærer muligheden for at "slutte, at årsagen til, at de fattige spiser usundt og ryger, er at de er fattige og uuddannede" (Wilken 2006: 97). Således skal eventuelle mønstre i de forskellige lag af analysen ikke forstås som årsagssammenhænge, men netop som mønstre.

Inden beskrivelse af de konkrete variable til rummet for sundhedsadfærd redegøres for indledende overvejelser i forbindelse med operationaliseringsprocessen i en MCA.

Kvalitetskriterier i operationalisering i MCA

I forbindelse med operationaliseringsprocessen i en korrespondanceanalyse fremhæver Le Roux og Rouanet (2010: 11) forholdene *homogenitet* samt *'exhaustiveness'*. Homogenitet indebærer at tilstræbe at kode data med lige mange kategorier pr. variabel, mens exhaustiveness er et spørgsmål om at inddrage tilpas mange variable og individer til at danne et repræsentativt og udtømmende billede af det undersøgte område. I tråd hermed er det vigtigt at understrege, at sundhedsrelateret livsstil i denne sammenhæng udgøres først og fremmest af de forhold, som belyses i Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse, og dernæst af de variable, som jeg udvælger til korrespondanceanalysen og den måde, jeg anvender dem på. Det rum for sundhedspraktikker, som konstrueres, skal altså netop opfattes som en *konstruktion*, idet det bygger på tilgængelige data og brugen heraf. Som beskrevet i kapitel 1 har folkesundhedsundersøgelserne afsæt i et solidt erfaringsgrundlag bestående af talrige undersøgelser af sundhedstilstand og -vaner på dansk grund, hvorfor det kan betegnes som udtømmende. Desuden er der i vid udstrækning anvendt tidligere validerede spørgsmålsbatterier (Larsen, Ankersen & Poulsen 2011: 25).

At der er tale om en udtømmende undersøgelse af sundhedsadfærd i Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse er baggrunden for, at jeg – som beskrevet i Kapitel 4, *Korrespondanceanalyse* – har valgt at gennemføre en korrespondanceanalyse 'efter den omvendte logik', og derefter indsætte de tilgængelige informationer om sociale bag-

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

grundsfaktorer som supplementære variable. I den forstand kan det anfægtes, at der har været tale om en prækonstrueret problemstilling. Jeg har på sin vis tilrettelagt dén undersøgelse, som det har været muligt at tilrettelægge med afsæt i data, og undersøgelsen er dermed i en vis udstrækning underlagt intentionen med dataindsamlingen. Dette ændrer dog ikke på relevansen og aktualiteten af specialet. Således finder jeg netop at en korrespondanceanalyse udformet på denne måde - med udgangspunkt i sundhedsadfærden - kan udgøre et væsentligt bidrag til den verserende diskussion af sundhed.

Ligeledes bør det indgå i overvejelser omkring inddragelse af variable og kodning af kategorier, at et spørgsmåls bidrag til såvel den samlede varians i skyen som til variationen langs akserne er stigende proportionalt med antal modaliteter (Le Roux & Rouanet 2010: 38). Derfor vil en variabel med mange kategorier bidrage relativt mere til inertien end én med færre kategorier, hvilket kan give et uklart billede at fortolke ud fra. Således anbefales det som tommelfingerregel at der til hvert emne inddrages lige mange spørgsmål, og at hvert spørgsmål har lige mange kategorier (Le Roux & Rouanet 2004: 214). Derfor har det ligeledes været et udvælgelses- og omkodningshensyn at tilstræbe en sådan ensartethed om end det ikke fuldt ud har været muligt på grund af et ulige antal oprindelige spørgsmål i spørgeskemaet om de forskellige temaer samt forskellige antal svarmuligheder (for eksempler herpå og nærmere overvejelser om betydningen heraf i nærværende se bilag 4).

Desuden anbefales det at anlægge en minimumsgrænse for inklusion af kategorier, så kun kategorier med mindst 5 % af populationen inddrages. I tilfælde med lavfrekvente kategorier anbefaler Le Roux & Rouanet (2010: 61ff), at disse – såfremt det indholdsmæssigt giver mening - slås sammen med andre kategorier, alternativt indsættes som passive frem for aktive. Argumentet er, at lavfrekvente kategorier ofte afviger meget fra de øvrige, og derfor får et relativt højt bidrag til variansen.

Denne anbefaling er i nogen grad efterlevet i specialet, men ikke konsekvent. Afvigelserne fra tommelfingerreglen har indholdsmæssige årsager, idet der eksempelvis er stor forskel på at drikke fem eller flere genstande henholdsvis dagligt (lavfrekvent kategori) og ugentligt, hvorfor disse to kategorier ikke er slået sammen. Greenacre (2006) benævner tommelfingerreglen som *'The myth of the influential outlier'*. Han argumenterer, at lavfrekvente modaliteter godt nok ofte afviger meget fra de øvrige, og dermed placerer disse sig yderligt på kortene, men at den lave masse (frekvens) netop kompenserer for afvigelsen, hvorfor de ikke nødvendigvis har ekstreme bidrag til spredningen. Han foreslår, at beslutningen om at imødekomme eller afvige fra tommelfingerreglen baseres på en undersøgelse af de reelle bidrag fra de lavfrekvente modaliteter; i tilfælde af, at de ikke bidrager ekstremt meget til variansen langs akserne medtages de, hvorimod de udelades, hvis de bidrager uforholdsmæssigt meget til variansen langs akserne. Jeg har gennemført specifikke MCA'er for en model med og uden de lavfrekvente modaliteter (fremgår af bilag 6), og modellerne, hvor de lavfrekvente kategorier er inddraget adskiller sig ikke væsentligt fra de øvrige, idet disse kategorier ikke har så høje bidrag, hvorfor jeg inddrager dem.

Jeg vil nu beskrive variable fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse som indgår i konstruktion af et rum for sundhedsadfærd. Efterfølgende beskrives indikatorer på social baggrund, helbred og trivsel.

Rummet for sundhedsadfærd

Jeg vil i det følgende præsentere de temaer, som indgår i konstruktionen af rummet for sundhedsadfærd, og for, hvilke variable fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse som er valgt. Jeg har valgt at forholde mig til Sundhedsstyrelsens anbefalinger i kodningen, idet disse – som beskrevet i kapitel 1 – er konstituerende for samt del af den sundhedsdiskurs, som de midtjyske borgere (antageligvis) agerer i forhold til. Det er således med risiko for at lægge sig op af den etablerede statslige sundhedsdiskurs, men som beskrevet er det en omstændighed qua datagrundlaget for specialet. Desuden vil jeg forsøge såvel at tydeliggøre, hvor jeg vurderer sundhed/usundhed på baggrund af anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen som at forholde mig kritisk til dem, hvor det er muligt.

Afslutningsvist i afsnittet præsenteres en samlet oversigt over de kategorier som indgår i rummet for sundhedsadfærd.

Til at indgå i rummet for sundhedsadfærd har jeg valgt temaerne *Kost, Rygning, Alkohol, Motion, Helbred* samt *Vægt*. Det vil sige, at jeg udover KRAM-faktorerne, har valgt at inddrage spørgsmål om helbred og vægt. Dette ud fra pragmatiske argumenter om, at helbred og vægt antageligvis 'spiller sammen' med KRAM-faktorerne og derfor bør være med til at skabe forskelle i rummet for sundhedsadfærd. Eksempelvis kan man forestille sig overvægtige, som lever sundt *fordi* de ønsker et vægttab, og overvægtige som lever usundt og *derfor* er overvægtige, og dermed to grundlæggende forskellige grupper. På samme vis vil det have forskellig betydning at leve sundt/usundt afhængig af helbred.

I spørgeskemaet indgår desuden spørgsmål om, hvorvidt borgeren af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner. Et sådant råd forudsætter imidlertid at borgeren har været i kontakt med egen læge, og handler i den forstand mere om hvad lægen gør ved de syge, end hvad borgerne selv gør. Desuden angiver Larsen & Nordvig (2006:206ff) at der er stor sammenhæng mellem råd fra praktiserende læge og kroniske sygdomme, hvorfor indikatoren ikke inddrages.

Jeg vil nu præsentere de respektive temaer enkeltvis og redegøre samt argumentere for udvælgelsen af variable til belysning heraf.

Indledningsvis er det på sin plads at indskyde en generel bemærkning i forhold til operationaliseringen af temaerne i relation til Bourdieus rumkonstruktion i korrespondanceanalyse. Udover adfærdsvariable har jeg valgt at inddrage variable med borgernes egne vurderinger af kostvaner, motionsvaner, helbred og vægttilstand, ligesom jeg har inddraget indikatorer på forandringsparathed i forhold til sundhedsadfærd. Dette strider mod Bourdieus logik med de forskellige lag i analysen, idet adfærd, vurderinger og intentioner hermed blandes. Jeg har imidlertid valgt at inddrage dem ud fra et indholdsmæssigt synspunkt: for at også vurderinger og forandringsparathed skal være med til at skabe ligheder og forskelle i rummet for sundhedsadfærd. Jeg har ligeledes udarbejdet en korrespondanceanalyse hvor disse ikke er inddraget, denne er vedlagt i bilag 6.

Desuden indgår 'Ved ikke' svar og ubesvarede spørgsmål ikke i korrespondanceanalysen på baggrund af Le Roux & Rouanets (2010: 62) anbefaling, men de inddrages i klyngeanalysen, da det er interessant, hvis særlige grupper er kendetegnede ved at svare sådan. Dermed bidrager de altså ikke til variansen, men kan efterfølgende beskrive særlige grupper.

KOST

I Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse belyses kostvaner med otte detaljerede spørgsmål, omhandlende indtag af forskellige fødevarer, borgernes egen vurdering af hvor sundt de spiser samt intentioner om at spise sundere.

Spørgsmålene om indtag af forskellige fødevarer er udviklet med henblik på efterfølgende at kunne konstruere samlede indikatorer for hvor sunde borgernes kostvaner er i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger (henholdsvis sund, middelsund eller usund opdelt i frugt, fisk, fedt og grønt) (Larsen, Ankersen & Poulsen 2011: 176, Toft et al 2007). Jeg har anvendt disse skalaer, pga. detaljeringsgraden af de oprindelige spørgsmål; eksempelvis belyses hyppigheden af borgernes indtag af forskellige former for fedt (fra palmin over Kærgården til forskellige typer olier). Såfremt disse blev inddraget i korrespondanceanalysen i oprindelig form ville de bidrage uforholdsmæssigt meget til variansen.

Dermed indgår fire indeks [*sundfisk*, *sundfrugt*, *sundfedt* samt *sundgrønt*] med kategorierne *sund*, *middelsund* og *usund*.

Ligeledes udvælges spørgsmålet om borgernes egen vurdering af deres kostvaner med svarkategorierne *Sund*, *Middelsund* og *Usund*.

Endelig indgår spørgsmål om, hvorvidt borgerne ønsker at spise sundere med kategorierne *Ja*, *Nej* (og *Ved ikke*).

Samlet set indgår 6 spørgsmål og 17 kategorier til belysning af emnet *Kost* i rummet for sundhedsadfærd.

RYGNING

Sundhedspraktikken *Rygning* belyses i folkesundhedsundersøgelsen med i alt 11 spørgsmål. Spørgsmålene er opdelt, så forskellige spørgsmål henvender sig til nuværende rygere, lejlighedsrygere, tidligere rygere etc., og der indgår spørgsmål om rygevaner, intentioner om rygestop og rygeregler på arbejdspladsen. Jeg har fundet tre variable egnede til at skabe et rum for sundhedsadfærd.

Til at belyse rygning inddrages en indikator på rygevaner. Denne indikator har fem forskellige kategorier:

Storryger: 15 eller flere cigaretter, cerutter, cigarer eller pibestop om dagen;

Moderat ryger: dagligrygere, som ryger mindre end 15 gange dagligt;

Lejlighedsryger: ryger ugentligt eller sjældnere;

Eksryger: tidligere dagligrygere og

Aldrig ryger: aldrig dagligrygere

For de borgere, som ryger, er ligeledes inddraget et spørgsmål om, hvorvidt de ønsker et rygestop. Denne har svarkategorierne *Rygestop_ja*, *Rygestop_nej* samt referencekategorien *Ikke ryger*. Endelig inddrages en indikator på rygning i hjemmet [hjemryge] med tre kategorier:

Daglig indendørs rygning i hjemmet [dag_hjemry]

Ugentlig eller sjældnere indendørs i hjemmet [ugesjael_hjemry] samt

Aldrig indendørs rygning i hjemmet [aldr_hjemry]

Samlet set inddrages der således tre variable med i alt 11 kategorier til at belyse *Rygning* i rummet for sundhedsadfærd.

ALKOHOL

I spørgeskemaet indgår 10 spørgsmål angående temaet *Alkohol*. Disse dækker størrelsen på ugentligt forbrug, rusdrikkeri, tegn på alkoholafhængighed samt ønske om at nedsætte sit alkoholforbrug.

I rummet for sundhedsadfærd inddrages en indikator på borgernes ugentlige alkoholforbrug af henholdsvis øl, vin/hedvin og spiritus. Forbruget opgøres på fire kategorier i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefaling om risiko for udvikling af alkoholrelaterede sygdomme (bilag 1): *høj-, middel- og lavrisiko forbrug*. Desuden er indikatoren for slet ikke at have indtaget alkohol det seneste år inddraget desuden som kategori. Sidstnævnte fordi epidemiologiske undersøgelser har påvist en j-formet sammenhæng mellem alkoholforbrug og dødelighed, så mennesker som slet ikke drikker alkohol har højere dødelighed end personer, som har et moderat forbrug på 1-3 daglige genstande. Sidstnævnte gruppe har den laveste dødelighed, selv med kontrol for sygdom, tidligere alkoholisme etc. (Iversen & Groth 2002: 190). Dermed er der grund til at tro at personer som slet ikke drikker alkohol adskiller sig fra personer med et lavt forbrug. Kategorierne er således:

Drikker aldrig alkohol (intet forbrug) [nul_alko]

Lavrisikoforbrug af alkohol (kvinder 0-7 genstande, mænd 0-14 genstande) [lavrisk_alko]

Middelrisikoforbrug af alkohol (kvinder 7-14 genstande, mænd 14-21 genstande) [middelrisk_alko]

Højrisikoforbrug af alkohol (kvinder over 14 genstande, mænd over 21 genstande) [hoejrisk_alko]

Udover indikatoren på alkoholforbrug inddrages en indikator på rusdrikkeri, også kaldet binge drinking. Denne indikator forholder sig ligeledes til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende alkohol, nemlig anbefalingen 'Stop før fem'. Kategorierne er her:

Daglig binge drinking [daglig_binge]

Ugentlig binge drinking (ugentlig_binge)

Månedlig eller sjældnere binge drinking [mdrlig_binge]

Aldrig binge drinking [aldrig_binge]

Seks spørgsmål i spørgeskemaet danner tilsammen et indeks som tester for alkoholafhængighed (Cage-C testet⁵, Zierau et al 2005). Indekset er valideret og anvendes bla. på danske hospitaler. I denne forbindelse inddrages nogle af spørgsmålene hver især frem for det samlede indeks. Spørgsmål angående skamfølelse over alkoholforbrug, og hvorvidt omgangskredsen brokker sig over dette udelades, idet de formentlig i ligeså høj grad siger noget om omgangskredsen som om den enkelte. Desuden er et udpluk valgt med henblik på at inddrage et nogenlunde ensartet antal kategorier pr tema.

Tre af spørgsmålene inddrages. Først og fremmest antal ugentlige dage med indtag af alkohol inddelt i tre kategorier:

Alkoholindtag dagligt eller næsten dagligt [alko57]

Alkoholindtag ca. hver anden dag [alko34]

Alkoholindtag højst to gange ugentligt [alko02]

I Cage-C testet indgår desuden et spørgsmål om, hvorvidt borgeren indenfor de seneste 12 måneder jævnligt har taget en genstand om morgenen som det første, for at 'berolige nerverne' eller blive tømmermændene kvit. Kun én procent af respondenterne angiver at de jævnligt drikker om morgenen, og det er derfor fravalgt at inddrage variabelen. I stedet inddrages en variabel som angiver hvorvidt borgerne drikker alkohol udenfor måltiderne på hverdage, med svar-kategorierne *Alkomåltid_Ja* og *Alkomåltid_Nej*.

Ligeledes inddrages en variabel på baggrund af spørgsmål om, hvorvidt borgerne ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug med svarkategorierne *Ja*, *Nej* (og *Ved ikke*).

Endelig har jeg inddraget en indikator på type af alkohol, som borgerne indtager, da tidligere undersøgelser viser, at der er såvel sociale som alders- og kønsmæssige forskelle herindenfor (Groth & Fagt 2003: 57). Alkoholtypen belyses i spørgeskemaet idet der i spørgsmål om forbrug skelnes mellem øl, vin/hedvin og spiritus og variabelen er kodet med kategorierne *øl*, *vin*, *spiritus* samt *blandet alkoholindtag*.

Tilsammen indgår til belysning af *Alkohol* i alt fem spørgsmål med 17 kategorier.

MOTION

Teamet *Motion* belyses i spørgeskemaet med syv spørgsmål.

I rummet for sundhedsadfærd inddrages en variabel som angiver antal dage med mindst 30 minutters fysisk aktivitet. Denne relaterer sig til Sundhedsstyrelsens anbefaling om at alle mennesker bør være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen. Variabelen er kodet med fire kategorier:

Aldrig fysisk aktiv mindst 30 minutter [01dag_fysak30]

⁵ Cut back on drinking, Annoyed at criticism about drinking, Guilty about drinking, Eye-opener. Copenhagen

Kapitel 5 Operationalisering

Fysisk aktiv mindst 30 minutter enkelte dage om ugen [23dag_fysak30]

Fysisk aktiv mindst 30 minutter hver anden dag [45dag_fysak30] og endelig

Fysisk aktiv mindst 30 minutter dagligt eller næsten dagligt [67dag_fysak30]

Sundhedsstyrelsens anbefaling om højintensiv motion dækkes ved at inddrage to spørgsmål om fritiden. Først et spørgsmål om, hvorvidt borgerne dyrker idræt eller om de deltager i andre aktiviteter, som giver motion, i deres fritid. Denne variabel har to kategorier, *Idræt_Ja* og *Idræt_Nej*.

Desuden er borgerne blevet bedt om at vælge den mest rammende karakteristik af deres fysiske aktivitet i fritiden. De tre kategorier for denne variabel er:

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen eller dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen [tit_haardmod_motion]⁶

Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) [lidt_mod_motion]

Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse [stillesiddende]

En måde at 'kompensere' for manglende motion i sin hverdag er at transportere sig på cykel. Derfor inddrages et spørgsmål, som belyser dette, opdelt på tre kategorier:

Cykler året rundt [cykler_altid]

Cykler sommer [cykler_sommer]

Cykler ikke eller kun meget lidt [cykler_aldrig]

Sidstnævnte kategori dækker over at cykle ingen eller én dag om ugen. Alternativet til dette spørgsmål er et spørgsmål om vigtigste transportmiddel til og fra uddannelse eller arbejde, hvormed det også er muligt at inkludere det at gå. Dette spørgsmål dækker imidlertid ikke transport til købmanden, fodboldtræning, børnehave, på besøg etc. og derfor anvendes spørgsmålet om cykling.

Desuden inddrages et spørgsmål om borgernes egen vurdering af deres form. Der er tre kategorier til belysning af dette:

Vurderer form som god eller virkelig god [god_formvurdering]

Vurderer form som nogenlunde [nogenlunde_formvurdering]

Vurderer form som dårlig eller mindre god [dårlig_formvurdering]

⁶ Disse to kategorier er slået sammen med henblik på at øge kategoriens svarfrekvens

Endelig er borgerne blevet spurgt om, hvorvidt de ønsker at være mere aktive med svarmulighederne *Ja, Nej* (og *Ved ikke*).

Samlet set er der således fem variable med i alt 15 kategorier med til at repræsentere sundhedspraktikken *Motion* i rummet for sundhedsadfærd.

HELBRED

Til belysning af temaet *Helbred* har jeg valgt ét spørgsmål, *Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?*. Selvvurderet helbred kan betragtes som personens egen opsummering af en række helbredsforhold, som ikke kan beskrives udtømmende ved opstilling af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (Larsen, Ankersen & Poulsen 2010: 28) og anses dermed som validt mål for objektivt eller biomedicinsk helbred (Kristensen 2002: 19 ff). Selvvurderet helbred indgår med svarkategorierne *Fremragende; Vældig godt; Godt; Mindre godt og Dårligt helbred*.

VÆGT

Det sidste tema, *Vægt* belyses med en indikator på vægtilstand ifølge BMI (*Body Mass Index*), som er opdelt på kategorierne *Undervægtig; Normalvægtig; Overvægtig* samt *Svært overvægtig*.

Desuden indgår et spørgsmål om borgernes egen vurdering af deres vægtilstand, som henholdsvis *Alt for lav; Lidt for lav; Tilpas; Lidt for høj og Alt for høj*.

Endelig indgår en variabel omhandlende borgernes forandringsparathed i forhold til vægt, ønske om vægttab. Her medtages kategorierne *Ja, i høj grad; Ja, i nogen grad* og *Nej*.

Samlet set belyses *Vægt* således med tre spørgsmål, i alt 12 kategorier.

Efter at have gennemgået de variable, som er valgt til udarbejdelse af rummet for sundhedsadfærd, vil jeg kort præsentere en samlet variabel- og kategorioversigt for rummet. Herefter vil jeg præsentere de supplementærvARIABLE, som efterfølgende undersøges i rummet.

Variabeloversigt: Rummet for sundhedsadfærd

I tabellen nedenfor ses det samlede antal kategorier som de seks temaer bidrager med til rummet for sundhedsadfærd.

Tabel 5.1: Variable og kategorier til rummet for sundhedsadfærd

KOST	RYGNING
<p>Indtag af fisk Sund; Middelsund; Usund</p> <p>Indtag af frugt Sund; Middelsund; Usund</p> <p>Indtag af grønt Sund; Middelsund; Usund</p> <p>Indtag af fedt Sund; Middelsund; Usund</p> <p>Kost vurdering Sund; Nogenlunde sund; Usund</p> <p>Ønske om at spise sundere Ja; nej</p>	<p>Rygevaner Aldrig ryger; Eksryger; Lejlighedsryger; Moderat ryger; Storryger</p> <p>Ryging i hjem Aldrig; Ugentligt eller sjældnere; Dagligt</p> <p>Ønske om rygestop Ikkeryger; Ja; Nej</p>
I alt 6 spørgsmål, 17 kategorier	I alt 3 variable, 11 kategorier
ALKOHOL	MOTION
<p>Alkohol forbrug Intet; Lavrisiko; Middelrisiko; Højrisiko</p> <p>Binge drinking Aldrig; Månedligt eller sjældnere; Ugentligt; Dagligt</p> <p>Dage med alkoholindtag 0-2 dage; 3-4 dage; 5-7 dage</p> <p>Alkohol udenfor måltider Nej; Ja</p> <p>Alkoholpræference Vin; Øl; Spiritus; Blandet</p> <p>Ønske om at nedsætte forbrug Ja; Nej</p>	<p>Dage med 30 min. Aktivitet 6-7 dage; 4-5 dage; 2-3 dage; 0-1 dag</p> <p>Idræt i fritid Ja; Nej</p> <p>Karakteristik af fritid Tit motion; Lidt motion; Stillesiddende</p> <p>Cykle Cykler altid; Cykler sommer; Cykler aldrig</p> <p>Form Vurdering God; Nogenlunde; Dårlig</p> <p>Ønske om at være mere aktiv Ja; Nej</p>
I alt 6 variable, 19 kategorier	I alt 6 variable, 17 kategorier
VÆGT	HELBRED
<p>BMI Undervægtig; Normalvægtig; Overvægtig; Svært overvægtig</p> <p>Vægt vurdering Alt for lav; Lidt for lav; Tilpas; Lidt for høj; Alt for høj</p> <p>Ønske om vægttab Ja; I nogen grad; Nej</p>	<p>Selvvurderet helbred Fremragende; Vældig godt; Godt; Mindre godt; Dårligt</p>
I alt 3 variable, 12 kategorier	I alt 1 variabel, 5 kategorier

Som det fremgår af tabellen bidrager de seks temaer ikke nøjagtigt med lige mange kategorier, idet der er et forskelligt antal variable som er kodet med uens antal kategorier. I selve korrespondanceanalysen redegør jeg for de enkelte teamers bidrag til den samlede varians i modellen.

Supplementære variable

Jeg har udvalgt en række supplementære variable, hvis fordeling kan undersøges i rummet for sundhedsadfærd. Det drejer sig om en række sociale baggrundsfaktorer, indikatorer på sundhedspolitiske holdninger og generelt helbred og trivsel. Disse præsenteres i nævnt rækkefølge.

SOCIALE BAGGRUNDSFAKTORER

Spørgeskemaet til Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse er ikke udformet til at belyse de elementer, som ifølge Bourdieu bør inddrages i konstruktionen af et socialt rum. Dette har betydning både i forhold til de spørgsmål, som er stillet i spørgeskemaet og hvordan de er stillet. Således ville borgernes sundhedsadfærd og holdninger hertil i højere grad kunne relateres til social position, såfremt der i spørgeskemaet var flere indikatorer på kapital, eksempelvis spørgsmål omhandlende kulturelt forbrug, eller social baggrund i form af eksempelvis forældres erhvervsposition og uddannelse (Börjesson 2009: 119).

Køn og alder inddrages, sidstnævnte opdelt i 10års intervaller: *25-34årige; 35-44årige; 45-54årige; 55-64årige* samt *65-79årige*.

Desuden inddrages **uddannelse** opgjort efter den del af *Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN)*, hvor samlet antal års uddannelse (fuldført eller igangværende) fra skolestart til afslutning registreres (Danmarks Statistik 2006: 6).

Disse er:

<i>Grundskole: Børnehaveklasse – 10.klasse/årgang</i>	<i>[Grundskole]</i>
<i>Gymnasialt niveau 1: 10. Uddannelsesår</i>	<i>[Gymniv1]</i>
<i>Gymnasialt niveau 2: 11.-12. Uddannelsesår</i>	<i>[Gymniv2]</i>
<i>Korte videregående uddannelser: 13.-14. Uddannelsesår</i>	<i>[Kort videregående]</i>
<i>Mellemlange videregående uddannelser/Bacheloruddannelser: 15.-16. Uddannelsesår</i>	<i>[mellem videregående]</i>
<i>Lange videregående uddannelser: 17.-18. Uddannelsesår</i>	<i>[lang videregående]</i>
<i>Forskerniveau: 19.- uddannelsesår</i>	<i>[forskerniv]</i>

Det bliver således ikke muligt at skelne mellem eksempelvis faglige og teoretiske uddannelser på baggrund af uddannelsesindikatoren, udelukkende mellem antal års uddannelse.

Kapitel 5 Operationalisering

Desuden inddrages en indikator på **beskæftigelsesbranche**, Dansk Branchekode 2007 (DB07)

Kategorierne er som følger:

<i>Landbrug, skovbrug og fiskeri samt Råstofudvinding</i>	<i>[land/råstof]</i>
<i>Industri, Energiforsyning, Vandforsyning og renovation</i>	<i>[industri/energi/vand]</i>
<i>Bygge- og anlæg</i>	<i>[bygge/anlæg]</i>
<i>Handel, Transport, Hoteller og restauranter</i>	<i>[handel/transport/hotel]</i>
<i>Information og kommunikation</i>	<i>[info/kommunikation]</i>
<i>Finansiering og forsikring, Ejendomshandel og udlejning</i>	<i>[finans/forsikring/ejendom]</i>
<i>Videnservice</i>	<i>[videnservice]</i>
<i>Rejsebureauer, rengøring mv.</i>	<i>[rejse/rengøring]</i>
<i>Offentlig administration, forsvar og politi</i>	<i>[offadm/forsvar/politi]</i>
<i>Undervisning</i>	<i>[undervisning]</i>
<i>Sundhed og socialvæsen</i>	<i>[sund/socvæsen]</i>
<i>Kultur og fritid</i>	<i>[kultur/fritid]</i>

(Andet, Uoplyst, medtages ikke i korrespondanceanalysen)

(Gunnensen & Bisgaard 2010: 476-477)

Når branchekategorierne inddrages sammen med uddannelsesindikator bliver det muligt at danne en overordnet kategorisering af borgernes erhverv/beskæftigelse.

Til belysning af beskæftigelse inddrages ligeledes en indikator på **fysisk anstrengelse i arbejdet** med kategorierne:

Hovedsagelig stillesiddende arbejde, som ikke kræver legemlig anstrengelse

Arbejde, som i stor udstrækning udføres stående eller gående, men ellers ikke kræver legemlig anstrengelse

Stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde

Tungt eller hurtigt arbejde som er anstrengende

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Udover indikatorer på borgernes erhvervspositioner inddrages oplysninger om økonomi. I spørgeskemaet spørges både til borgernes **egen indkomst** og til **husstandsindkomster**. Disse inddrages (hver for sig) således:

Hvor stor var din og din husstands indkomst i 2009 før skat og andre fradrag? Bruttoindkomst.

Med kategorierne: 0-99.000; 100.000-149.000; 150.000-249.000; 250.000-374.000; 375.000-524.000; 525.000-699.000; 700.000-849.000; 850.000+

Udover indkomst belyses økonomisk kapital med indikatorer på øvrige besiddelser, henholdsvis **ejerskab** af egen **bolig** og/eller **bil**.

Sociale relationer kan belyses mht. kvantitet og kvalitet (Lund & Due 2002: 87), og i spørgeskemaet indgår spørgsmål om begge dele. Sociale relationer kan både være en støtte og en belastning. Førstnævnte henviser til sociale relationer som en beskyttelsesfaktor mod stress, belastninger etc., mens sidstnævnte henviser til at mangelfulde eller 'dårlige' sociale relationer kan give anledning til stress og belastninger (ibid: 88). I spørgeskemaet indgår flere spørgsmål om borgernes sociale relationer. Jeg har fravalgt at inddrage disse, og inddrager i stedet (se nedenfor) et spørgsmål om, hvorvidt borgerne oplever at være belastede af forholdet til partner, familie og venner.

Desuden inddrages spørgsmål om familieforhold i form af civilstand og børn.

Til belysning af **civilstand** inddrages spørgsmålene *Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?* samt *Er du fast samlevende i papirløst samliv?* Dermed bliver kategorierne:

gift/registreret partnerskab

skilt/separeret

samboende

enke

tidligere samboende

enlig

I forhold til **børn** inddrages både en indikator på hvorvidt borgerne selv har børn, og hjemmeboende børn. Dette ud fra en antagelse om, at udeboende børn ligeså vel kan udgøre relationer, ligesom der kan knyttes tætte bånd til eksempelvis stedbørn.

Desuden har jeg inddraget en variabel omhandlende bopælsens **bymæssighed** med kategorierne:

By (1.000 indbyggere eller flere) [by]

Landsby (under 1.000 indbyggere) [landsby] samt

Landområde [land]

Endelig angives bopælskommune, fordi der er kommunale forskelle i sundhedsadfærd (Larsen, Ankersen & Poulsen 2011: 203).

SUNDHEDSPOLITISKE HOLDNINGSSPØRGSMÅL

I spørgeskemaet indgår en række spørgsmål, som belyser sundhedspolitiske holdninger. Trygfonden og Mandag morgen gennemførte i 2007 en undersøgelse af danskeres holdninger til det offentlige rolle i folkesundhed. Undersøgelsen viser, at 55 % af danskerne ser sundhed som den enkeltes ansvar. Samtidig er dog kun 7 % uenige i at samfundet bør tage større ansvar for at sikre sundere rammer for danskernes liv ligesom 36 % mener, at den enkelte har krav på hjælp fra det offentlige til at skabe en sund livsstil (Mandag Morgen & Trygfonden 2008:7). Der er altså tilsyneladende tale om komplekse og sammensatte forhold, hvorfor det vil være interessant at undersøge sundhedspolitiske holdninger sammen med sundhedsadfærd og social baggrund.

I spørgsmålene til belysning af sundhedspolitiske holdninger, er borgerne blevet bedt om at angive, hvilket af to udsagn, de er mest enige med indenfor fire forskellige områder:

Der skal ikke indføres flere begrænsninger på rygning / Rygning burde være helt forbudt.

Afgifterne på alkohol skal hæves for at få folk til at drikke mindre / Der er ingen grund til at hæve afgifterne på alkohol

Afgifterne på slik og sodavand skal hæves, så folk køber mindre slik og sodavand / Det er nu engang folks eget valg, hvor meget slik og sodavand de vil spise og drikke – derfor skal afgifterne på slik og sodavand ikke hæves

Folks sundhed er nu engang deres eget ansvar, det skal politikerne ikke blande sig i / Det er samfundets ansvar, at befolkningen er sund og rask

HELBRED OG TRIVSEL

Supplementærvariablene angående helbred og trivsel belyser de aspekter af sundhedsbegrebet, som omhandler generelt velbefindende, overskud og sammenhæng.

I Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse indgår som beskrevet en lang række spørgsmål til belysning af disse aspekter af sundhed. Jeg har inddraget et udvalg som giver et dækkende billede af borgernes helbred og trivsel, og dermed kan sundhedsadfærden undersøge i et bredt perspektiv.

I spørgeskemaet indgår et spørgsmål om, hvorvidt borgerne indenfor de seneste 12 måneder har følt sig belastede af **økonomi**, **bolig-** eller **arbejdssituation**, **forhold** til partner, til familie og venner, egen **sygdom**, eller sygdom hos partner, familie og venner, **dødsfald** blandt de nærmeste og endelig **andre** belastninger. Svarkategorierne er *Nej; Ja, lidt; Ja, en del og Ja, meget*.

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Det bliver dermed muligt at belyse, hvilke belastningerne borgerne oplever, men med dette spørgsmål ikke i hvor stort omfang borgerne oplever at kunne håndtere disse. Man kan forestille sig forskelle heri afhængig af generelle ressourcer.

Dette aspekt belyses med spørgsmål om det, der i spørgeskemaet betegnes som '**dagligdagens stress**'. En række scenarier oplistes, og borgerne bedes tage stilling til, hvorvidt de *Aldrig; Næsten aldrig; En gang imellem; Ofte* eller *Meget ofte* har oplevet disse:

Hvor ofte er du blevet bragt ud af ligevægt over noget, der skete uventet?

Hvor ofte har du følt dig i stand til at kontrollere de vigtige ting i dit liv?

Hvor ofte har du følt dig nervøs og stresset?

Hvor ofte har du følt, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?

Hvor ofte har du følt, at tilværelsen formede dig efter dit hoved?

Hvor ofte har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?

Hvor ofte har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationer?

Hvor ofte har du følt, at du havde styr på tingene?

Hvor ofte er du blevet vred på grund af ting, du ikke selv var herre over?

Hvor ofte har du følt, at problemerne hobede sig op, så du ikke kunne magte dem?

Tilsammen kan de to ovenstående spørgsmålsbatterier således belyse borgernes oplevelse af belastende situationer samt i hvilket omfang, de føler sig i stand til at håndtere disse.

Endelig har jeg inddraget indikatorer på **langvarige sygdomme** og på **smarter**.

Førstnævnte på baggrund af spørgsmålet *Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skader, handicap eller anden langvarig lidelse?* med svarkategorierne *Ja* og *Nej*.

Smarter belyses med spørgsmålet *Hvor stærke fysiske smerter har du haft i de seneste 4 uger?* med svarmulighederne *Ingen smerter; Meget lette smerter; Lette smerter; Middelstærke smerter; Stærke smerter* og *Meget stærke smerter*.

Udover disse variable omhandlende helbred og trivsel indgår en række detaljerede spørgsmålsbatterier i folkesundhedsundersøgelsen, som belyses forskellige former for gener, ubehag og begrænsninger grundet disse. Indledende korrespondance- og klyngeanalyse har imidlertid vist, at ovenstående variable 'opfanger' mønstrene fra de øvrige, hvorfor jeg af rammemæssige årsager har udeladt dem.

Kapitel 5 Operationalisering

I det foregående kapitel har jeg beskrevet og argumenteret for operationaliseringen af begreberne i specialet med afsæt i data fra Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse. I næste kapitel udarbejdes, analyseres og fortolkes korrespondanceanalysen på baggrund heraf.

KAPITEL 6

Multipel korrespondanceanalyse

Udarbejdelse af et rum for sundhedsadfærd

I det følgende vil jeg præsentere korrespondanceanalysen med udarbejdelse af et rum for sundhedsadfærd, og efterfølgende indsættelse af supplementære variable i dette. Udarbejdelsen af rummet for sundhedsadfærd relaterer sig til det første punkt i besvarelsen af problemstillingen, som handler om at lede efter mønstre i, hvordan sundhedspraktikker grupperer sig sammen eller i modsætning til hinanden. Efterfølgende kan jeg med inddragelse af supplementære variable forholde mig til andet punkt; en analyse af, hvorledes mønstrene kan relateres til sociale forskelle.

Jævnfør 5, *Operationalisering* er der i udarbejdelsen af korrespondanceanalysen inddraget variable omhandlende sundhedsadfærd i henhold til fire temaer tilsvarende KRAM-faktorerne, samt indikatorer på borgernes vægt. Desuden er inddraget variable som omhandler forandringsparathed i forhold til sundhedsadfærd samt borgernes egne vurderinger af deres sundhedsadfærd og -tilstand. I alt indgår 25 aktive variable fordelt på 80 kategorier. Samlet set er der 28.492 personer i data⁷.

Jeg vil indlede med en præsentation af de overordnede resultater fra korrespondanceanalysen, herefter præsenteres akse 1 og 2 enkeltvis, og efterfølgende sammen som *rummet for sundhedsadfærd*.

Elementære statistiske resultater og grundlæggende resultater af MCA

I det følgende vil jeg udarbejde en fortolkning af en multipel korrespondanceanalyse baseret på ovenfor nævnte variable. Løbende vil jeg kortfattet redegøre for fortolkningsprincipperne i MCA, de mere præcise og tekniske fortolkningsprincipper og resultater fremgår af bilag 4, hvor jeg samtidig illustrerer udregningerne for nærværende analyse.

I det følgende vil jeg indlede med en præsentation af de respektive temaers bidrag til den samlede varians i de individ- og kategoriskyer, som fremkommer på baggrund af korrespondanceanalysen.

VARIANSEN I SKYERNE

På baggrund af en MCA skabes to skyer, en individsky og en kategorisky, hvori respondenterne er spredt så meget som muligt i en mangedimensionelt rum. Variansen i individ- og kategoriskyen den samme, og den kan udregnes som det

⁷ Da analysen er udarbejdet som en specifik MCA, hvilket giver mulighed for at fravælge kategorier (eksempelvis missing kategorier), er der forskelligt antal individer afhængigt af variabelen. Frekvenser for de forskellige kategorier er således udarbejdet på baggrund af N fra de særskilte variable. Bortset fra det er analysen gennemført som i en ordinær MCA. For beskrivelse af specifik MCA i forhold til MCA henvises til Le Roux & Rouanet (2004: 203ff).

Kapitel 6 Multipel korrespondanceanalyse

gennemsnitlige antal kategorier pr. spørgsmål minus én. Således er skyens overordnede varians ikke afhængig af data, men af fordelingen mellem spørgsmål og kategorier.

Af bilag 4 fremgår en samlet oversigt over de 25 aktive spørgsmål og 80 kategorier med svarfrekvenser (i absolutte tal, n_k , og relativ andel, f_k) samt henholdsvis spørgsmålenes og kategoriernes bidrag til skyens varians ($Ctrl_q, Ctrl_k$).

Nedenfor er angivet en opgørelse over temaernes bidrag:

Tekstboks 6.1: Oversigt over temaers bidrag

Kost 20 %
Rygning 14,6 %
Alkohol 23,6 %
Motion 20 %
Helbred 7,3 %
Vægt 14,5 %

Udarbejdet med udgangspunkt i Excel-outputtet fra MCA'en (bilag 5)

Som beskrevet i kapitel 5, *Operationalisering* har udvælgelsen af variable dels været styret af det tilgængelige antal variable til belysning af de enkelte områder af sundhedsadfærden, hvorfor det ikke har været muligt at inddrage lige mange variable og kategorier til belysning af de forskellige temaer. Imidlertid er der et nogenlunde jævnt bidrag fra de tre temaer *Kost*, *Alkohol* og *Motion*, hvorimod *Rygning* og *Vægt* bidrager en smule mindre, og endelig bidrager *Helbred* relativt mindst. Dette indebærer, at det i analysen er vigtigt at holde sig det for øje, i den forstand at fordelingen af variable og kategorier mellem de forskellige temaer også har indflydelse på bidrag langs akserne. Endvidere er der mulighed for at *Vægt* får større betydning end temaets bidrag til den samlede varians umiddelbart lægger op til, idet vægt, kost og motion som bekendt hænger sammen.

Den maksimale dimensionalitet af en sky er $K - Q$, hvor K er antallet af kategorier i den samlede model og Q antallet af spørgsmål = $80 - 25 = 55$. Det vil sige, at skyens samlede varians kan opsummeres langs højst 55 akser. Variansen i en sky langs en given akse betegnes aksens egen værdi, λ_l (Le Roux & Rouanet 2010: 39).

Den første principalakse opsummerer den største andel af variansen (dvs. har den største egen værdi), den næste akse den næststørste etc (Le Roux & Rouanet 2010: 39). Med henblik på at opnå et antal akser, der gør det muligt at lave en meningsfuld fortolkning af rummet, er målet således at opfange så meget af den samlede varians på så få akser som muligt.

En tommelfingerregel i MCA siger, at man i analysen skal medtage akser indtil 80% af skyens samlede varians er forklaret, eller så mange akser, som det fortolkningsmæssigt er meningsfuldt at inddrage (Le Roux & Rouanet 2010: 51-52). I nærværende analyse opsummeres 47,4 % af variansen i den overordnede sky med akse 1, akse 2 opsummerer yderligere 29 % og akse 3 opsummerer 9 %. (modificerede variansrater). Således bør de første tre akser medtages med henblik på at forklare 80 % af variansen i skyen. Af omfangsmæssige hensyn har jeg imidlertid valgt at koncentre-

re mig om akse 1 og 2 i den videre analyse, og kun kortfattet præsentere akse 3. Dermed er 76,5 % af variansen forklaret i nærværende analyse. Udførlig beskrivelse af akse 3 samt planet 1-3 fremgår af bilag 4.

Efter således at have dannet et indtryk af det, man kan kalde analysens forklaringskraft, undersøgeres hvilke variable eller grupper af variable, der er med til at skabe variansen langs den enkelte akse.

Hvert af de aktive spørgsmål i analysen har deres gennemsnitpunkt i barycentret – og har kategorier, der afviger herfra til begge sider. Kategorier placeret på samme side af barycentret vil ofte optræde sammen (hos samme individer), mens kategorier på modsat side sjældent vil optræde sammen. Kategorier med en lille vægt, dvs. få individer placerer sig langt fra barycentret i forhold til kategorier med mange individer. Ikke alle kategorier er lige godt repræsenteret langs en akse; man betegner en variabel eller kategori som forklarende for en akse, hvis dens bidragsværdi er større end det gennemsnitlige variabel- eller kategoribidrag (Høyen 2010: 56, Le Roux & Rouanet 2010: 52).

Fortolkningen af en akse tager udgangspunkt i de variable, som bidrager over gennemsnittet til variansen langs akse. Ved at undersøge disse kan det afgøres, hvilke temaer akse repræsenterer. Desuden fokuseres på modaliteter og disses orientering i forhold til barycentret med henblik på at forstå, hvilke oppositioner og ligheder der er i spil.

I det følgende vil jeg fortolke akse 1 og 2 med udgangspunkt i variable og modaliteter med bidrag over gennemsnittet.

AKSE 1: DET SUNDE OG DET USUNDE

I tabellen nedenfor er angivet de variable og modaliteter, som bidrager mere end gennemsnitligt til variansen langs akse 1. For hver kategori er angivet et bidrag, samt hvorvidt kategorien orienteret sig positivt eller negativt i forhold til barycentret. For de variable, hvor der kun er kategorier til den ene side, med bidrag over gennemsnittet er indsat en kategori med den modsatte orientering, dette på baggrund af Le Roux & Rouanets anbefaling (2010: 52). Hvor dette er tilfældet er det angivet med parentes (). Variablenes bidrag er udregnet ved at addere bidrag fra samtlige kategorier i variabelen (inklusive de, som ikke er medtaget i tabellen):

Tabel 6.1: Tabel til fortolkning af akse 1

Variabel	Orientering	
	Positiv	Negativ
KOST (14,64%)		
Frugt (4,26)	Usund frugt (2,63)	Sund frugt (1,59)
(Fedt (2,56))	Usund fedt (1,46)	(Sund fedt (1,06))
Egen kostvurdering (7,9)	Middelsund (1,72)	Sund (3,59)
	Usund (2,59)	
RYGNING (12,75%)		
Rygevaner (6,06)	Storryger (4,11)	(Aldrig ryger (1,15))
Rygestop ønske (4,97)	Rygestop (2,9)	(Ikkerøger (1,2))
Rygerhjem (4,69)	Dagligt (3,36)	(Aldrig (1,18))

Kapitel 6
Multipel korrespondanceanalyse

MOTION (34,8%)		
Dage med 30 min. Aktivitet (5,34)	0-1 dag (4,06)	(6-7 dage (0,85))
Idræt i fritid (6,31)	Ikke idræt (3,29)	Idræt (3,02)
Karakteristik af fritid (7,92)	Stillesiddende (4,97)	Tit motion (2,95)
(Cykle (2,78))	(Cykler aldrig (1,04))	Cykler (1,55)
Form vurdering (11,42)	Dårlig (6,36)	God (5,04)
(Ønsker mere aktiv (1,67))	(Ja (0,24))	Nej (1,43)
HELBRED (3,75%)		
Egen helbredsvurdering (6,36)	Mindre godt (2,18)	Fremragende (1,57)
VÆGT (12,56%)		
BMI (4,66)	Svær overvægt (1,67)	Normalvægt (1,67)
Egen vægtvurdering (4,91)	Alt for høj (3,22)	Tilpas (1,64)
Vægttab ønske (3,17)	Ja (2,24)	(Nej (0,89))

Samlet bidrag: 49,27 (positiv) + 30,38 (negativ) = 79,65

Det fremgår af tabellen at akse 1 repræsenterer sundhed bredt, idet der indgår variable fra *Kost*, *Rygning*, *Motion*, *Helbred* og *Vægt*. Temaet *Motion* bidrager relativt mest, med 38,51%, herefter kommer *Vægt* og *Kost*, begge med godt 17%. *Rygning* og *Helbred* bidrager relativt mindst, og temaet *Alkohol* er slet ikke repræsenteret på akse 1. Kategorierne, som bidrager til variansen langs akse 1 er nogenlunde fordelt mellem de negativt og positivt orienterede. Samlet set bidrager de præsenterede kategorier i tabellen med 86,73% af variansen langs akse 1.

Akse 1 repræsenterer en **hierarkisk opposition** mellem det, man kan kalde **det sunde over for det usunde**.

I den negativt orienterede ende af akse 1 er kategorier for sunde kostvaner målt på indtag af frugt og grønt, og for selv at vurdere kosten som sund. I tråd hermed angives ikke at ønske at spise sundere. I forhold til temaet *Rygning* er det i denne ende af akse 1, at ikke-rygning samt at bo i røgfrie hjem, placerer sig. I relation til temaet *Motion*, ligger kategorierne for at dyrke mindst 30 minutters motion dagligt eller næsten dagligt ligeledes i den negativt orienterede ende af akse 1. Det samme gælder kategorier for at dyrke idræt i fritiden, ofte at dyrke moderat til hård motion, og at cykle meget. Tilsvarende oplever borgerne, som placerer sig i denne del af akse 1, selv at de er i god form, og de har ikke noget ønske om at være mere aktive. De beskriver deres helbred som fremragende, og i relation til *Vægt* er de karakteriserede ved at være normalvægtige, selv vurdere deres vægt som tilpas, og dermed ikke have ønske om vægttab. Man kan således samlet set sige, at denne ende af akse 1 repræsenterer de sunde vaner og den sunde helbredstilstand.

I den positivt orienterede ende af akse 1 ligger kategorierne for usunde kostvaner målt på indtag af frugt og grønt. Ligeledes placerer kategorien for selv at vurdere sin kost som middelsund eller usund, sig i denne ende af akse 1. Det er i denne ende, at personer placerer sig, som ønsker at spise sundere, om end denne kategori bidrager mindre end gennemsnitligt. I forhold til temaet *Rygning*, ligger kategorien 'storryger' i den positivt orienterede del af akse 1, og det samme gør indikatoren for at ønske et rygestop, og for dagligt at ryge i hjemmet. I denne ende af akse 1 ligger også kategorierne for de usunde motionsvaner, nemlig aldrig eller næsten aldrig at dyrke 30 minutters motion eller mere, for ikke at dyrke idræt i fritiden, og for at betegne stillesiddende aktiviteter som karakteristiske for fritiden. Det er dog ligeledes i denne ende (om end kategorien ikke bidrager mere end gennemsnitligt til variansen langs akse 1), at kate-

gorien for at ønske at være mere aktiv, placerer sig. Endelig er det i den positivt orienterede ende af akse 1, at kategorien for et mindre godt selv vurderet helbred placerer sig, ligesom det er de svært overvægtige borgere, som selv vurderer deres vægt som alt for høj, og gerne vil tabe sig. Således kan man samlet set sige, at den positivt orienterede del af akse 1 repræsenterer den usunde livsstil, og den usunde helbredstilstand – men samtidig repræsenterer en vis grad af forandringsparathed.

Overordnet set kan akse 1 på baggrund af ovenstående fortolkes som et udtryk for en bred og generel sundhedsadfærd og sundhedstilstand, samt ønsker om at ændre livsstil. *Alkohol* bidrager som det eneste tema ikke til variansen langs denne akse. Aksen repræsenterer en modsætning mellem det sunde og det usunde. I den negativt orienterede ende af akse 1 finder man den sunde adfærd og helbredstilstand, og i den positivt orienterede ende placerer den usunde adfærd og helbredstilstand sig sammen med forandringsparatheden.

AKSE 2: FORSKELLIGE MÅDER AT VÆRE USUND PÅ

Nedenstående tabel viser de variable og kategorier, som bidrager mere end gennemsnitligt til spredningen langs akse 2.

Tabel 6.2: Tabel til fortolkning af akse 2

Variabel	Orientering	
	Positiv	Negativ
KOST (9,74%)		
<i>Frukt (2,48)</i>	(Sund frugt (0,72))	Usund frugt (1,76)
<i>Fedt (1,89)</i>	(Sund fedt (0,49))	Usund fedt (1,28)
<i>Ønsker sundere kost (5,49)</i>	Ja (2,57)	Nej (2,92)
RYGNING (20,04%)		
<i>Rygevaner (8,2)</i>	Aldrig ryger (1,51)	Moderat ryger (2,07) Storryger (4,11)
<i>Rygestop ønske (8,05)</i>	Ikkeryger (1,88)	Ja (2,9) Nej (2,96)
<i>Rygerhjem (7,73)</i>	(Aldrig (1,05))	Dagligt (3,66)
ALKOHOL (18,65%)		
<i>Alkoholforbrug (4,31)</i>	(Lavrisiko forbrug (0,96))	Højrisiko forbrug (2,78)
<i>Binge drinking (3,5)</i>	(Aldrig (0,42))	Ugentlig (1,44) Daglig (1,6)
<i>Dage med alkoholindtag (5,67)</i>	0-2 dage (1,55)	5-7 dage (3,88)
<i>Alkohol udenfor måltider (4,12)</i>	(Nej (0,77))	Ja (3,55)
<i>Alkoholpræferencer (1,71)</i>	(Vin (0,21))	Øl (1,49)
MOTION (11,25%)		
<i>Dage med 30 min. Aktivitet (2,29)</i>	(2-3 dage (0,67))	6-7 dage (1,35)
<i>Egen form vurdering (3,58)</i>	Dårlig (1,46)	God (1,97)

Kapitel 6
Multipel korrespondanceanalyse

Ønsker mere aktiv (5,79)	Ja (1,86)	Nej (3,94)
VÆGT (31,19%)		
BMI (6,82)	Svær overvægt (3,54)	Normalvægt (2,38)
Egen vægtvurdering (13,07)	Alt for høj (5,5)	Lidt for lav (1,55)
Vægttab ønske (13,8)	Ja (5,84)	(Nej (7,3))

Samlet bidrag: 31 (positiv) + 60,23 (negativ) =91,23

Det fremgår af tabellen at akse 2 ligesom akse 1 indeholder bidrag fra en række temaer, og således ligeledes udtrykker noget generelt om sundhedsadfærden blandt borgerne. Aksens største bidrag stammer fra temaet *Vægt*, som bidrager med 27,02 % af variansen langs akse 2. *Alkohol* og *Ryging* bidrager hver med henholdsvis 23 % og 22 % af variansen, og *Kost* bidrager med 13,89 %. *Motion* bidrager kun med 5,22 % af variansen langs akse 2, og der er intet bidrag fra temaet *Helbred*.

To tredjedele af variansen langs akse 2 stammer fra positivt orienterede kategorier. Samlet set udgør de kategorier, som er præsenterede i ovenstående tabel 91,17% af variansen langs akse 2, hvorfor man kan sige, at akse 2 er vel beskrevet.

Akse 2 skaber en **opposition** mellem det, jeg har valgt at kalde to **forskellige måder at være usund på**, henholdsvis ved at være overvægtig og ved at have usunde ryge- og alkoholvaner.

I den negativt orienterede ende af akse 2 er kategorierne for at spise usundt opgjort på indtag af frugt og fedt. Modsat akse 1 er det kategorien for ikke at have et ønske om at spise sundere, som er placeret i samme ende som de usunde kostvaner. I forhold til temaet *Ryging* er kategorierne for at være moderat- eller storrryger ligeledes placeret i den negative ende af akse 2, sammen med en indikator for daglig rygning i hjemmet og kategorierne for både at ønske og ikke at ønske rygestop. Temaet *Alkohol* er, som beskrevet, ikke repræsenteret på akse 1, men langs akse 2 skabes oppositionen mellem sunde og usunde alkoholvaner (jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger). I den negativt orienterede ende af akse 2 er kategorien for et alkoholforbrug, som ifølge Sundhedsstyrelsen giver høj risiko for udvikling af alkoholrelaterede sygdomme. Ligeledes er kategorierne for dagligt eller ugentligt at binge drikke, for at drikke alkohol udenfor måltider og for at foretrække at drikke øl. Således kan man sige, at det er de usunde kost-, ryge- og alkoholvaner, som er placeret i den negative ende af akse 2. I forhold til temaet *Motion* er det kategorierne for ofte at være fysisk aktiv, ifølge egen vurdering at være i god form, samt – i tråd hermed – ikke at ønske at være mere aktiv, som har negativ orientering. Endelig er her kategorierne for at være normalvægtig, at vurdere egen vægt som 'lidt for lav' eller 'tilpas', samt ikke at ønske vægttab. Der er således tale om sunde motionsvaner og vægttilstand i den negativt orienterede end af akse 2.

I den positivt orienterede ende af akse 2 er omvendt kategorierne for at være svært overvægtig, selv at vurdere vægten til at være 'alt for høj' og ønske vægttab. Kategorierne for svær overvægt er placeret sammen med sunde kostvaner (om end disse bidrager under gennemsnitligt og udelukkende er medtaget med henblik på at opnå en opposition til usundt indtag af frugt og fedt), men sammen med kategorier for at være fysisk aktiv få dage om ugen, at vurdere egen form som dårlig, og at have et ønske om at være mere fysisk aktiv. Således er det usund vægttilstand og usunde motionsvaner, som er repræsenteret i den positivt orienterede ende af akse 2, men de sunde kostvaner. Også i forhold til temaerne *Ryging* og *Alkohol* er det de sunde vaner (igen jævnfør Sundhedsstyrelsens anbefalinger), som er

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

placeret i den positive ende af akse 1. I relation til *Ryging* er det kategorierne for aldrig at have røget, og for at bo i et røgfrit hjem, og i forhold til *Alkohol* er det et forbrug som giver lav risiko for udvikling af alkoholrelaterede sygdomme, for aldrig at berge drikke, ikke at drikke alkohol udenfor måltider, og for at foretrække vin.

Det er et gennemgående træk for akse 2 at det er kategorierne, som repræsenterer noget usundt, der bidrager mere end gennemsnitligt til variansen langs akse 1, hvorimod kategorierne for sund livsstil i vid udstrækning er medtaget med henblik på at skabe en opposition til de usunde kategorier. Således repræsenterer akse 2 to forskellige måder at være usund på, enten ved at være svært overvægtig og i dårlig fysisk form, eller ved at ryge eller have et stort alkoholforbrug.

Idet akse 1 repræsenterer det sunde overfor det usunde i bred forstand, kan man med akse 2 desuden undersøge forskellige måder at være usund (eller sund) på.

Overordnet set tegner akse 3 en opposition mellem et moderat højt alkoholindtag samt moderat overvægt i den ene ende, og intet eller et lavt alkoholforbrug samt normalvægt i den anden ende. Desuden er en del af modaliteterne for forandringsparathed repræsenterede langs akse 3.

Opsamlende muliggør akse 1 en undersøgelse af det sunde overfor det usunde i bred forstand. Med akse 2 kan der skelnes mellem to forskellige måder at være usund på, henholdsvis ved et højt alkoholindtag og ved at være svært overvægtig. Da akse 2 skaber en opposition mellem alkohol og vægt muliggør denne ikke en undersøgelse af personer, som både har et højt alkoholindtag og er overvægtige, men denne kombination fremstår på akse 3, i opposition til ikke (eller i lav grad) at indtage alkohol og være normalvægtig jævnfør BMI, hvilket jeg dog fravælger at gå mere i dybden med her (se bilag 4).

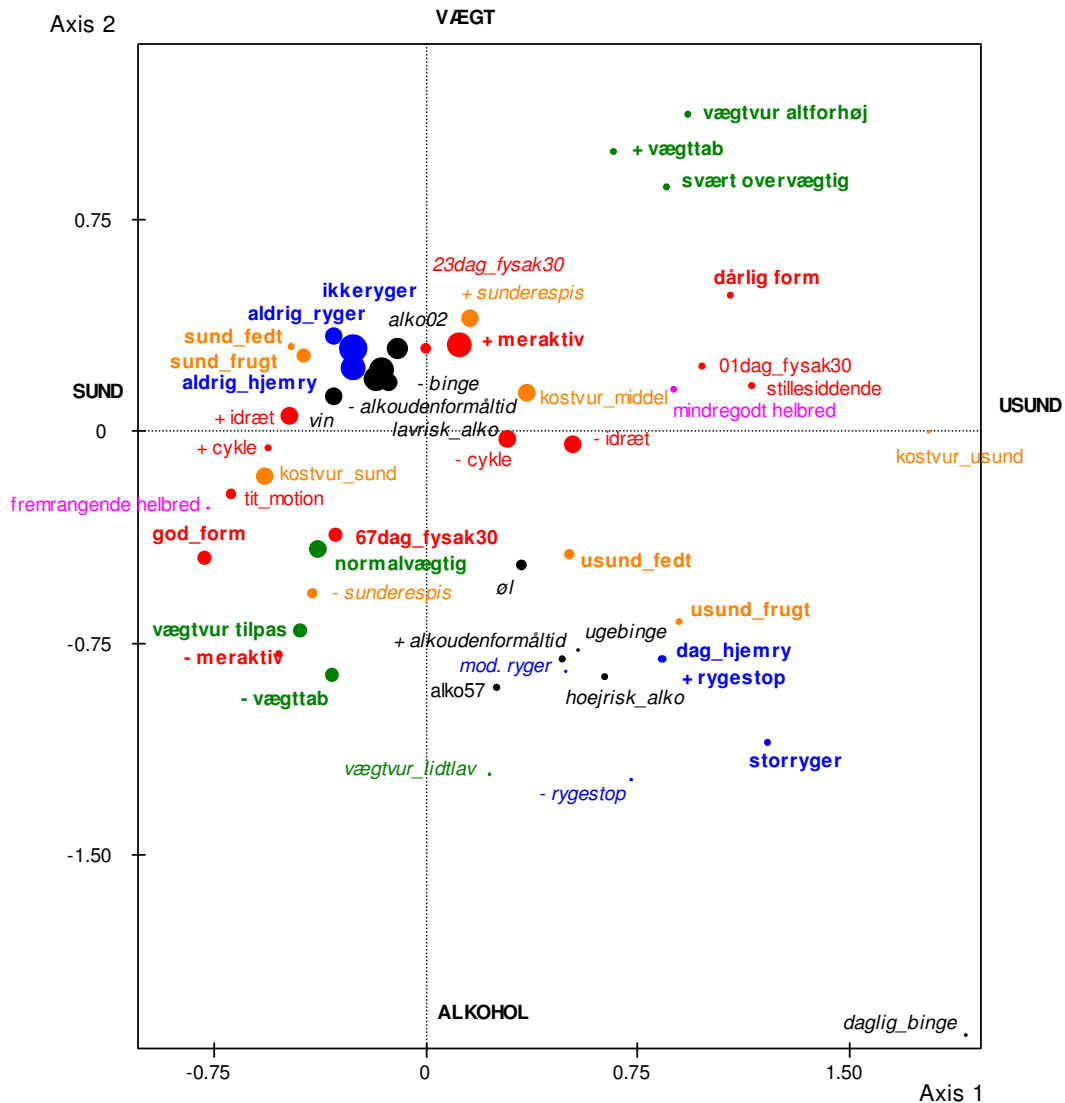
Efter i det ovenstående at have beskrevet hvilke modsætninger de tre akser i analysen udtrykker, vil jeg i det følgende vise, hvorledes de respektive modaliteter fordeler sig i det rum for sundhedsadfærd, som skabes, når akse 1 og 2 præsenteres sammen og det dermed bliver muligt at se på ligheder og forskelle mellem borgerne i et samlet billede.

RUMMET FOR SUNDHEDSADFÆRD

Nedenfor ses kategorikortet for det plan, som skabes af akse 1 og akse 2. Som beskrevet betegner akse 1 en hierarkisk opposition mellem noget sundt og usundt i bred forstand, og akse 2 en opposition mellem to forskellige måder at være usund på, henholdsvis ved at være svært overvægtig, henholdsvis ved at have et stort alkoholforbrug og ryge. I rummet for sundhedsadfærd fremgår mønstrene i, hvordan sundhedsadfærd fra de forskellige temaer forekommer sammen eller hver for sig, dvs. hvilke kombinationer af praktikker, der (ikke) optræder.

I figuren er præsenteret modaliteter som bidrager mere end gennemsnitligt til variansen i planet, jævnfør det foregående afsnit og tabellerne 6.1 og 6.2. Modaliteterne er farvelagt tematisk, og der er anvendt normal skriftstørrelse for modaliteter, som bidrager til akse 1, *kursiv skrift* for modaliteter, som bidrager til variansen langs akse 2 og **fed skrift** for modaliteter, som bidrager til begge aksers varians.

Figur 6.1: Rummet for sundhedsadfærd plan 1-2



Ser man på kvadranterne i figur 6.1 hver for sig, afspejler **øverste venstre kvadrant** overordnet set sund livsstil i forhold til rygning og alkohol og kostindtag, dvs. livsstil i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på områderne. I **nederste venstre kvadrant** er modaliteterne for sunde vaner målt på kostvurdering, vægt og fysisk aktivitet. I tråd hermed er modaliteterne for ikke at have ønsker om væggtab, øget aktivitetsniveau og sundere kost ligeledes placerede her. **Øverste højre kvadrant** kan opdeles horisontalt i to, således at den nederste del af kvadranten repræsenterer motion (i venstre side middelsunde motionsvaner og i højre side usunde motionsvaner). Ønske om at spise sundere og være mere fysisk aktiv er placeret i umiddelbar nærhed af hinanden, hvilket tyder på at der er tale om at ønske det, man kan kalde en form for overordnet livsstilsændring (angående kropsrelaterede sundhedsvaner). Den øvre del af øverste højre kvadrant indeholder kategorier for svær overvægt og ønske om væggtab. Det er bemærkelsesværdigt, at modaliteterne for at ønske at sundere kost og øget aktivitetsniveau ikke er placerede her, men der-

imod snarere midt mellem normalvægt og svær overvægt (modaliteten for moderat overvægt ligger her, dog ikke medtaget i kortet pga. relativt lavt bidrag til variansen); man kan spørge sig selv, hvorledes vægttabet så tænkes foranlediget. **Nederste højre kvadrant** indeholder kategorier for usund adfærd angående rygning og alkohol. Ligeledes er modaliteterne for at have usundt kostindtag placerede her, og indikatoren på forandringsparathed angående kostvaner er også placeret i nærheden heraf. Umiddelbart kan dette tyde på at ikke alle beskæftiger sig med mad som noget henholdsvis sundt/usundt. Under alle omstændigheder indebærer det, at det tilsyneladende ikke er alle, som ønsker at efterleve Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Relateret til den indledningsvise præsentation af en offentligt forankret sundhedsdiskurs og diskussionen af, i hvor stort omfang borgerne er prægede af denne er der på baggrund af rummet for sundhedsadfærd både noget der tyder på, at borgerne i et vist omfang har underlagt sig denne, men også noget som tyder på, at det ikke gælder for alle. Forandringsparathed optræder altså ikke nødvendigvis sammen med usunde vaner, men derimod sammen med de middelsunde. Dette gør sig gældende i forhold til *Kost*, *Motion* og til dels *Rygning*, og samlet set fremstår der altså et billede af at den hierarkiske opposition går fra sund livsstil, over middelsund samt ønske om at leve sundt, mod usund og intet ønske. *Vægt* udgør en undtagelse, idet forandringsparathed her følger overvægt.

Relateret til første punkt i besvarelse af problemformuleringen kan man overordnet udlede, at de mønstre, som tegner sig i borgernes sundhedsvaner – og forholden sig hertil – er en hierarkisk opposition mellem det sunde og det usunde samt opposition mellem forskellige måder at være usunde på.

I det følgende vil jeg undersøge punkt to i problemstillingen; hvorvidt ovenstående mønstre kan relateres til sociale baggrundsfaktorer samt helbred og trivsel.

Supplementærpunkter

I det følgende afsnit vil jeg præsentere udvalgte supplementærpunkter og diskutere dem i forhold til rummet for sundhedsadfærd og specialets teoretiske ramme. Jeg har valgt at fokusere på sammenhænge mellem brancher og det, jeg med Bennett et al's (2009: 152) ord betegner som 'body management', idet disse sammenhænge er interessante i en diskussion af, hvordan ligheder og forskelle relaterede til social position kan udfordre den gældende sundhedsdiskurs.

Som beskrevet har jeg indsat indikatorer på sociale baggrundsfaktorer samt på helbred og trivsel som supplementære eller passive variable i MCA'en. Dette indebærer, at de kan undersøges i rummet for sundhedsadfærd, men at de ikke har bidraget til variansen langs akserne i rummet. Teknisk set tildeles disse kategorier ingen masse, og bidrager derfor ikke til inertien i dimensionerne (Jæger 2003: 9). Ifølge Mads Jæger (ibid) kan inddragelse af illustrative eller supplementære variable i en korrespondanceanalyse tjene to formål. Først og fremmest kan analysen udvides med de supplementære variable, idet det bliver muligt at analysere yderligere variables positioneringer langs akserne end de aktive variable, som skaber variansen langs akserne. Dernæst kan inddragelse af de supplementære variable ifølge Jæger tjene som en form for validering af analysen; hvis de supplementære variable fordeler sig 'meningsfuldt' langs akserne, er det sandsynligt at korrespondanceanalysens dimensioner har en god forklaringskraft. I denne sammenhæng indebærer inddragelse af supplementære variable at sammenhænge mellem sundhedsadfærd og sociale baggrundsfaktorer kan undersøges, og dernæst at analysen kan valideres. Som beskrevet i kapitel 1 har man allerede en

bred viden om fordelingen af sundhed og sundhedsadfærd i forhold til social position (om end denne ikke angår et samlet billede af sundhedslivsstile), hvorfor mønstrene i nærværende analyse kan valideres i forhold til denne eksisterende viden.

Når man skal afdække, hvorvidt individerne adskiller sig i forhold til variabelen langs en akse, ser man på *standardafvigelser* mellem kategorierne fra de supplementære variable. En tommelfingerregel angiver, at standardafvigelser over 1 mellem kategorierne kan betegnes som *store*, afvigelser mellem 0,5 og 1 kan betegnes som *moderate*, og afvigelser under 0,5 kan betegnes som *små* (Le Roux & Rouanet 2010: 59)

Fortolkningen af de supplementære variable tager således udgangspunkt heri, samt i kategoriernes placeringer i kategori-kortene.

Jeg vælger at fokusere på udvalgte supplementære variable, som i størst grad kan belyse problemstillingen. En samlet opgørelse over supplementærpunkter, bidrag og orienteringer fremgår af bilag 4.

Overordnet set fordeler supplementærpunkterne sig således i rummet for sundhedsadfærd, at der opstår en opposition mellem på den ene side godt helbred og trivsel, og på den anden side dårligt helbred, manglende overskud, trivsel og sammenhæng i hverdagen. Oppositionen følger den hierarkiske opposition mellem sundhed og usundhed langs akse 1. Baggrunds-faktorerne uddannelse og husstandsindkomst fordeler sig på samme vis, idet høj uddannelse og indkomst optræder sammen med sundhed og omvendt. Ovenstående stemmer overens med den eksisterende viden om social ulighed i sundhed, som jeg har beskrevet i kapitel 1, ligesom det faktum, at de mange indikatorer på helbred og trivsel 'følger' sundhed og social velstillethed bestyrker nødvendigheden af at anlægge et bredt perspektiv på sundhed. Jeg vil for nuværende ikke vil gå nærmere i dybden med disse sammenhænge, blot slå fast, at de er der. Supplementærvariablene køn og alder har små standardafvigelser.

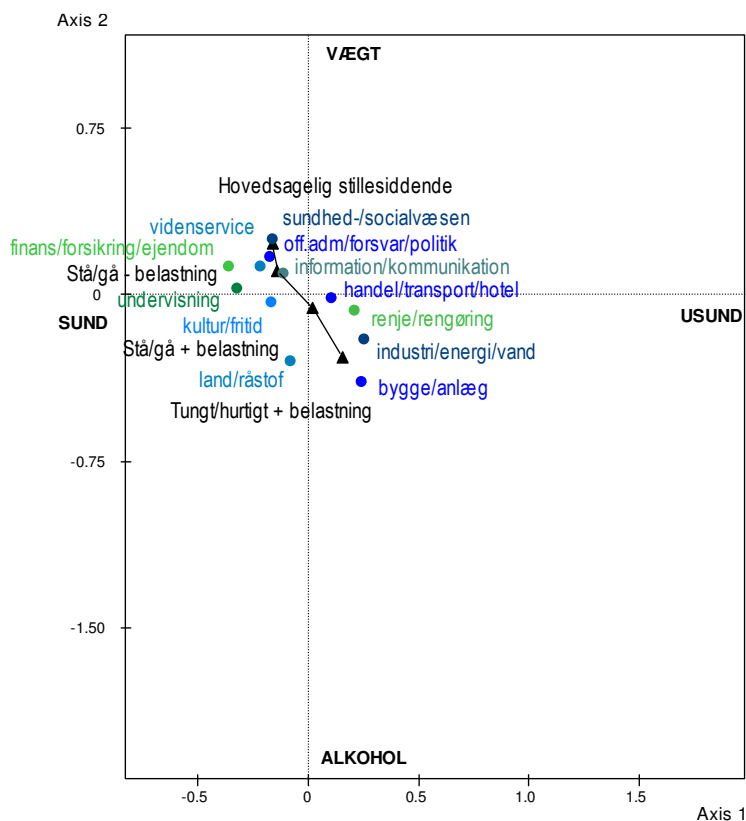
Kun variablene 'branche' og 'jobbelastning' afviger moderat langs akse 2, hvilket tyder på at der er sammenhæng mellem disse og måder at være usund på. Hvis det, at have sund henholdsvis usund livsstil har forskellig betydning afhængig af branche (og tilknyttet jobbelastning) vil det kunne nuancere sundhedsdiskursens retten sig mod sundhedsadfærd som noget intentionelt og rationelt tilrettelagt.

SOCIALE FORSKELLE I KROPSSYN OG TILRETTELÆGGELSE AF SUNDHEDSADFÆRD

Modaliteterne for jobbelastning adskiller sig fra hinanden langs akse 2, som repræsenterer usundhed som overvægt overfor usundhed som stort alkoholforbrug. Jeg vil nu analysere oppositionerne mellem sundhedsadfærden i det, jeg har valgt at betegne som 'fysiske brancher' overfor 'vidensbaserede brancher'.

Figur 6.2 nedenfor viser, at oppositionen mellem forskellige grader af jobbelastning går mellem stillesiddende arbejde, orienteret mod øverste højre kvadrant med sundhed og (moderat) overvægt overfor fysisk anstrengende arbejde orienteret mod nederste højre kvadrant med stort alkoholforbrug og usundhed:

Figur 6.2: Branche og Jobbelastning i plan 1-2

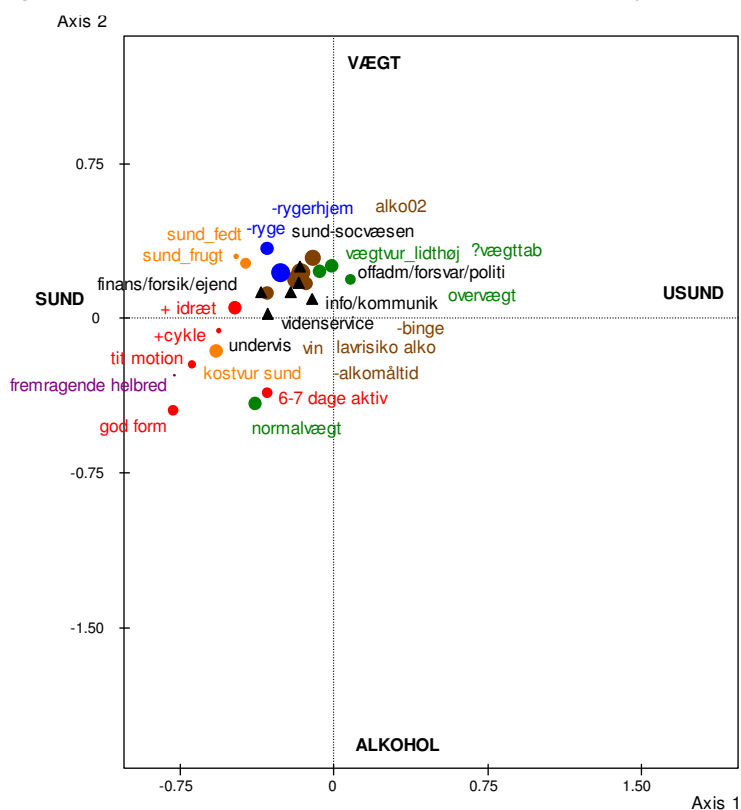


Således er modaliteten for hovedsageligt at have stillesiddende arbejde placeret i nærheden af sund livsstil men også sammen med moderat overvægt. Modaliteten for at have arbejde, som er stående og gående men uden fysisk anstrengelse er ligeledes placeret nær modaliteter for sund livsstil, men nærmere normalvægt. Stående og gående arbejde med fysisk anstrengelse er placeret tæt på barycentret, og endelig er modaliteten for tungt eller hurtigt fysisk anstrengende arbejde placeret i nærheden af normalvægt og god form, men også i nærheden af usundt kostindtag og et stort alkoholforbrug.

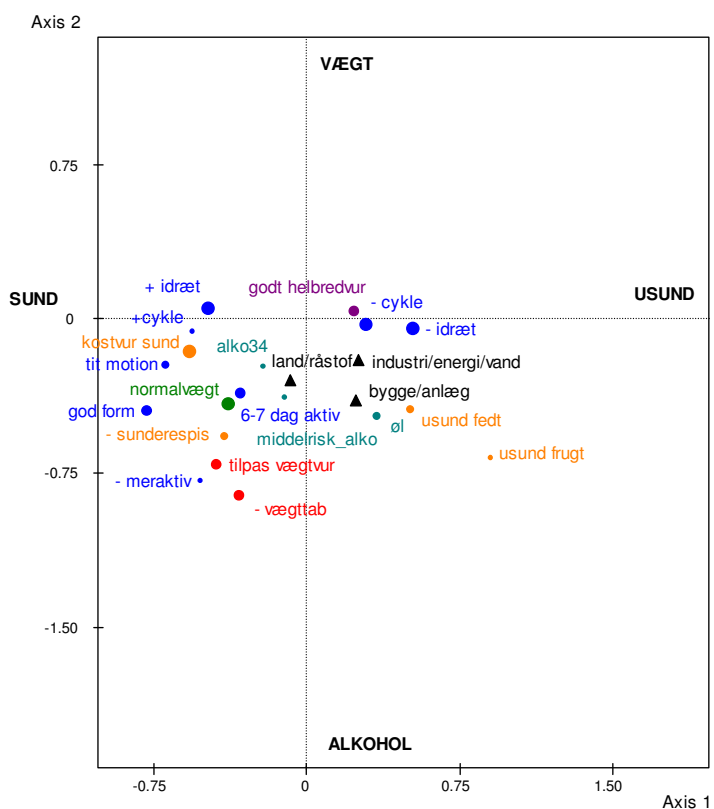
Ser man på placeringen af de forskellige branchekategorier, adskiller de sig fra hinanden langs både akse 1 og akse 2. Brancherne *vidensservice*, *finans/forsikring/ejendom*, *undervisning* og *kultur/fritid*, *information/kommunikation* er placerede sammen med modaliteterne for sund livsstil ifølge Sundhedsstyrelsen, og individer, som arbejder i disse brancher lever således i overensstemmelse med sundhedsdiskursen.

Oppositionen til disse er brancherne *bygge/anlæg*, *industri/energi/vand* og til dels *land/råstof*, som er placerede i retning af modaliteterne for et stort alkoholforbrug – *land/råstof* på 'den sunde side' af barycentret, og de øvrige på den usunde side. Det er disse brancher, hvori arbejdet er tungt, hurtigt og fysisk anstrengende. Dette er formentlig forklaringen på at kategoripunkterne for disse brancher også er placerede sammen med modaliteter for at være normalvægtig og fysisk aktiv mindst 30 minutter dagligt, som det fremgår af figur 6.3. For overskuelighedens skyld har jeg i separate figurer indsat de fysiske og de vidensbaserede brancher sammen med de modaliteter for sundhedsadfærd, som er placerede i nærheden af brancherne:

Figur 6.3: Vidensbaserede brancher i rummet for sundhedsadfærd (plan 1-2)



Figur 6.4: De fysiske brancher i rummet for sundhedsadfærd (plan 1-2)



Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

På baggrund af figur 6.3 og 6.4 fremstår den sammenhæng at borgere, beskæftigede indenfor de vidensbaserede brancher angående samtlige temaer i vid udstrækning efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvilket står i opposition til de fysiske brancher, som er placeret sammen med sund vægttilstand og sunde motionsvaner, men samtidig i retning af rygning og stort alkoholforbrug. Det er interessant at de to 'branche grupper' ligner hinanden i forhold til fysisk aktivitet og vægttilstand, men samtidig adskiller sig fra hinanden i den øvrige sundhedsrelaterede livsstil.

Folkesundhedsundersøgelsen indeholder ingen spørgsmål om, hvilken betydning borgerne tillægger de forskellige sundhedspraktikker, men det er alligevel muligt at nærme sig en forståelse heraf ved at inddrage Bourdieus pointe, at samme praktik kan have forskellig betydning afhængig af, hvem der udfører den, og hvilken samlet livsstil praktikken indgår i.

Bourdieu påpeger om fysisk aktivitet, at denne tillægges forskellig mening afhængig af habitus:

"It can easily be shown that the different classes do not agree on the profits expected from sport, be they specific physical profits, such as effects on the external body, like slimness, elegance or visible muscles, and on the internal body, like health or relaxation; or extrinsic profits, such as the social relationship a sport may facilitate, or possible economic and social advantages" (Bourdieu 1984: 208)

Dette gælder, selv når individer fra forskellige klasser deltager i samme sport, og derfor er selve opfattelsen af fysisk aktivitet en differentierende faktor.

Hvor kropsidealerne hos de dominerende klasser handler om det æstetiske, har arbejderklasserne et instrumentelt syn på kroppen i alle praksisser, som handler herom (Bourdieu 1984: 210), et forhold, som går igen i Jensen et al (2007) studie.

En nærmere undersøgelse af figur 6.3 og 6.4 angående forholdet mellem på den ene side brancher og belastning i arbejdet og på den anden side sundhedsadfærd peger i retning af at samme sammenhæng gør sig gældende blandt de midtjyske borgere, så de, som er beskæftigede i 'de fysiske brancher' anlægger et instrumentelt kropssyn, hvorimod borgere i 'de vidensbaserede brancher' har tilrettelagt sundhedsadfærd i henhold til sundhedsdiskursens normativer – muligvis med sundhed per se for øje.

Individerne fra de vidensbaserede brancher lever i forholdsvis god overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens normativer for sund livsstil, dog ligger modaliteterne for god form og normalvægt lidt fra de øverste af brancherne, ligesom disse er placerede sammen med moderat overvægt. For beskæftigede i vidensbrancherne kan dét, at dyrke idræt være en måde at 'koble af' eller lade op efter en arbejdsdag ved skrivebordet. Det kan dog også tænkes, at disse borgere er fysisk aktive fordi de ved, at det er godt for dem; dvs. for sundhedens skyld.

Man kan formode, at individer, som orienterer sig i forhold til viden i arbejdslivet også gør det i hverdagslivet, og derfor tilrettelægger sundhedsrelateret livsstil på baggrund heraf. Dét, at borgerne i disse brancher overordnet set lever sundt på alle områder, som italesættes med sundhedsdiskursen tyder på, at denne forklaring er plausibel.

Formodentlig er det disse borgere, sundhedsdiskursen med oplysningskampagner og pjecer med anbefalinger retter sig mod, bla. viste Wiuff & Grøns (2009 :107) studie, at læger ikke udleverer sundhedspjecer til lavtuddannede.

Kapitel 6 Multipel korrespondanceanalyse

I figuren med de fysiske brancher i rummet for sundhedsadfærd ligger punkterne for disse i nærheden af god fysisk form og normalvægt ifølge BMI. Samtidig ligger kategorier for usund kost, rygning og stort alkoholforbrug dog også her, og det, at de ikke spiser sundt, at de ryger og indtager mere alkohol end Sundhedsstyrelsen anbefaler kan tyde på, at de ikke er i god fysisk form for at være sunde, men fordi de har et instrumentelt forhold til kroppen; den skal 'virke' i forhold til arbejdet.

Sammenligner man ovenstående med køn, husstandsindkomster og uddannelsesindikatorer forekommer de lave indkomster og lavt uddannelsesniveau sammen med de fysisk betonedede brancher, ligesom der er en stor overrepræsentation af mænd (for land/råstof 80% mænd, for industri/vand/energi 74% og bygge/anlæg 96%). Jeg tillader mig derfor at anskue individerne her som arbejderklasse-mænd, om end der ikke er tilstrækkelige indikatorer i datasættet til at udarbejde egentlige klasser i bourdieusk forstand.

Bourdieu beskriver hvordan der blandt arbejderklassernes mænd fokuseres på kropslig råstyrke, som forbindes med maskulinitet og virilitet og at de dermed tilkender sig selv en form for magt eller autonomi (Bourdieu 1995: 237).

Man kan sige, at arbejderklassens mænd med vurdering af deres form som god (i modsætning til de tenderende overvægtige højere positionerede borgere fra vidensbrancherne) på samme vis tilkender sig selv styrke. De er fysisk aktive i arbejdet og derfor i god form. Der er dog ingen tvivl om, at Bourdieu generelt mener, at arbejderklasserne har en stærkt begrænset autonomi, idet de netop er underlagt de dominerende klassers symbolske vold. I forhold til det nærværende ses, at arbejderklasse-mændene ikke har held til at fremvise den 'rigtige'/legitime gode form, som den italesættes med sundhedsdiskursen. Jævnfør bilag 1 er god fysisk form ikke tilstrækkeligt til at have sunde motionsvaner; det handler også om at få pulsen op et par gange om ugen ved at dyrke sport. Sidstnævnte aktivitet stiger proportionelt med 'graden af vidensbaseret' i brancherne (42-44% i de fysiske brancher mod 60-70% i de vidensbaserede) og endnu mere med stigende uddannelse (37% for grundskoleniveau mod 72% for uddannelse på forskerniveau) og forekommer således ikke hos arbejderklassens mænd, men hos de højere positionerede borgere.

Dermed er det ikke de 'legitime' motionsvaner, som forekommer i arbejderklassen på trods af fysisk aktivitet i arbejdet, og vurdering af formen som god.

Ovenstående gennemgang viser de mest fremtrædende mønstre i sundhedsvanerne blandt borgerne i Region Midt, som fremkommer med den multiple korrespondanceanalyse. Det fremgår, at der er social ulighed i sundhedsadfærd, og man kan, med inddragelse af Bourdieu, pege på forskellige formål med 'body management'.

Dette er en udfordring for et sundhedsprojekt, hvor folkesundhedsarbejdet tilrettelægges ud fra sundhedsadfærd som rationel og intentionel handlen med sundhed (soptimering) som mål. Det er velkendt at kapitalstærke borgere i størst omfang ændrer sundhedsadfærd i positiv retning, og på baggrund af ovenstående bestyrkes en forståelse af, at den gældende sundhedsdiskurs' fokus på information henvender sig til vidensorienterede borgere, og dermed kan bidrage til at øge den sociale ulighed indenfor sundhed. Samlet set peger ovenstående kapitel i retning af at det i arbejde med social ulighed i sundhed kan være givtigt at indtænke muligheden for at sundhedsadfærd ikke har samme betydning for individer med forskellig social position (og dermed habitus).

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Med henblik på at kunne nuancere ovenstående, samt afdække mønstre i, hvordan forskellige grupper af borgere fra Region Midtjylland ligner og adskiller sig fra hinanden med hensyn til sundhedsadfærd udbygges MCA'en i det følgende med en klyngeanalyse.

KAPITEL 7

Klyngeanalyse

Udarbejdelse af grupper af midtjyske borgere

Klyngeanalysen relaterer til punkt tre i besvarelse af problemstillingen. I det følgende introduceres metoden overordnet, hvorefter de udarbejdede klynger præsenteres. Efterfølgende analyserer og fortolker jeg relationerne mellem med Bourdieus teori. Detaljeret og teknisk beskrivelse af metoden mixed clustering fremgår af bilag 8, og SPAD-output af bilag 9.

I dette tilfælde er klyngeanalysen gennemført på baggrund af MCA'en med metoden *mixed clustering*; en kombination *Hierarchical Agglomerative Clustering* og *k-means method*. Mixed clustering anbefales til store datasæt, som i nærværende analyse (SPAD Data Miner Guide: 64).

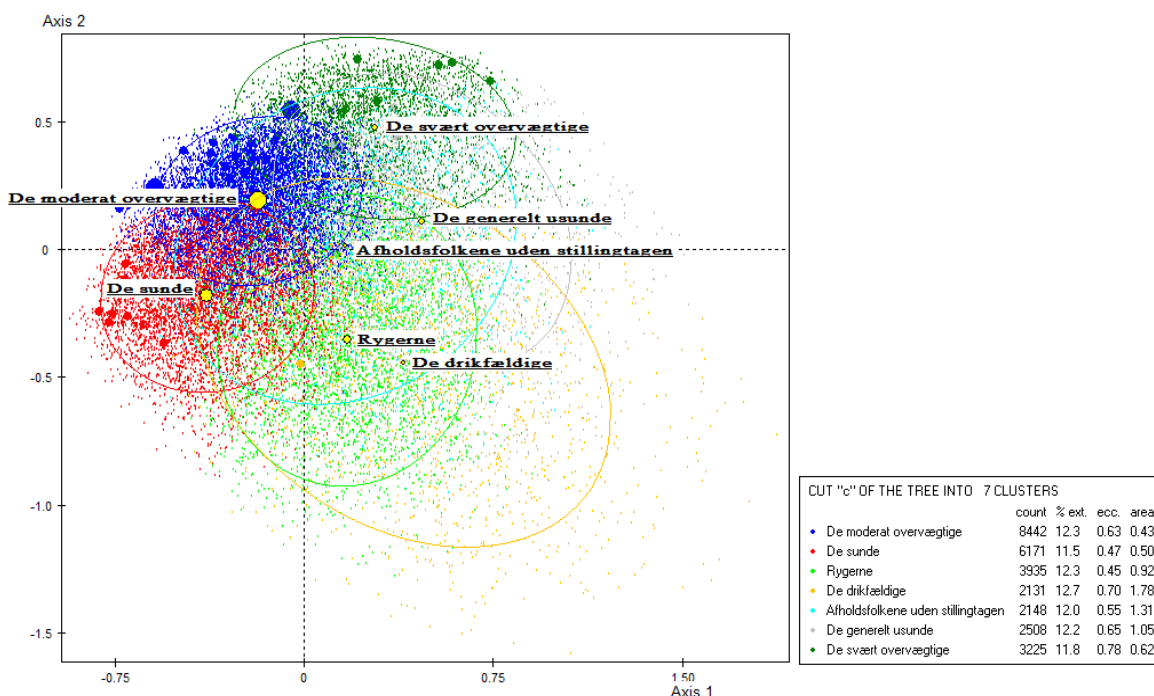
Klyngeanalyse er en metode til at gruppere individer på baggrund af mønstre i svar på aktive variable fra MCA'en. Dermed skabes grupper, som statistisk set ligner hinanden mest muligt internt og adskiller sig mest muligt eksternt. Således muliggør klyngeanalysen konstruktion og beskrivelse af idealtypiske grupper, og forskelle og ligheder mellem undergrupper i rummet for sundhedsadfærd kan undersøges.

I princippet består processen af en række skridt, og ved hvert skridt lægges de individer eller klynger sammen, som ligner hinanden mest (lav varians), og dermed skabes klynger som samtidig adskiller sig mest muligt fra hinanden. For hver sammenlægning stiger den interne varians i klyngerne mens den eksterne mindskes, og i princippet kan processen fortsættes, indtil der kun er én klynge tilbage bestående af alle individerne, og den interne varians dermed er lig med den samlede varians. Med henblik på at fastslå, hvor mange klynger, der skal medtages i analysen (man kan sige, at det er et spørgsmål om, hvor processen skal 'stoppes') ser man på tabet af ekstern varians⁸. I nærværende analyse er der et stort tab af ekstern varians efter tre, seks og syv klynger, og det er ud fra et indholdsmæssigt hensyn valgt at arbejde videre med syv klynger.

I nedenstående individkort er indtegnet koncentrationsellipser omkring de syv klynger i planet 1-2 fra korrespondanceanalysen:

⁸ Fremgår af SPAD-output (bilag 9)

Figur 7.1: Plan 1-2. Individkort med koncentrationsellipser omkring klyngerne



Koncentrationsellipserne viser, at klyngerne er nogenlunde veldefinerede, om end der er en grad af overlap mellem dem.

Fortolkningen af, hvilke karakteristika der er kendetegnende for klyngerne, tager afsæt i test for forskelle mellem kategoriernes andele i klyngen og den samlede sky. Kategorier, der er overrepræsenterede i en klynge har en standardafvigelse på 1,96 og derover på et femprocents signifikansniveau. Tilsvarende angives underrepræsenterede kategorier med en negativ værdi for standardafvigelsen. Over- og underrepræsenterede kategorier kan rangordnes på baggrund af værdierne for standardafvigelser, så kategorier med størst værdi er mest overrepræsenterede i klyngen. Omvendt kan klynger fortolkes ud fra mindst karakteristiske kategorier.

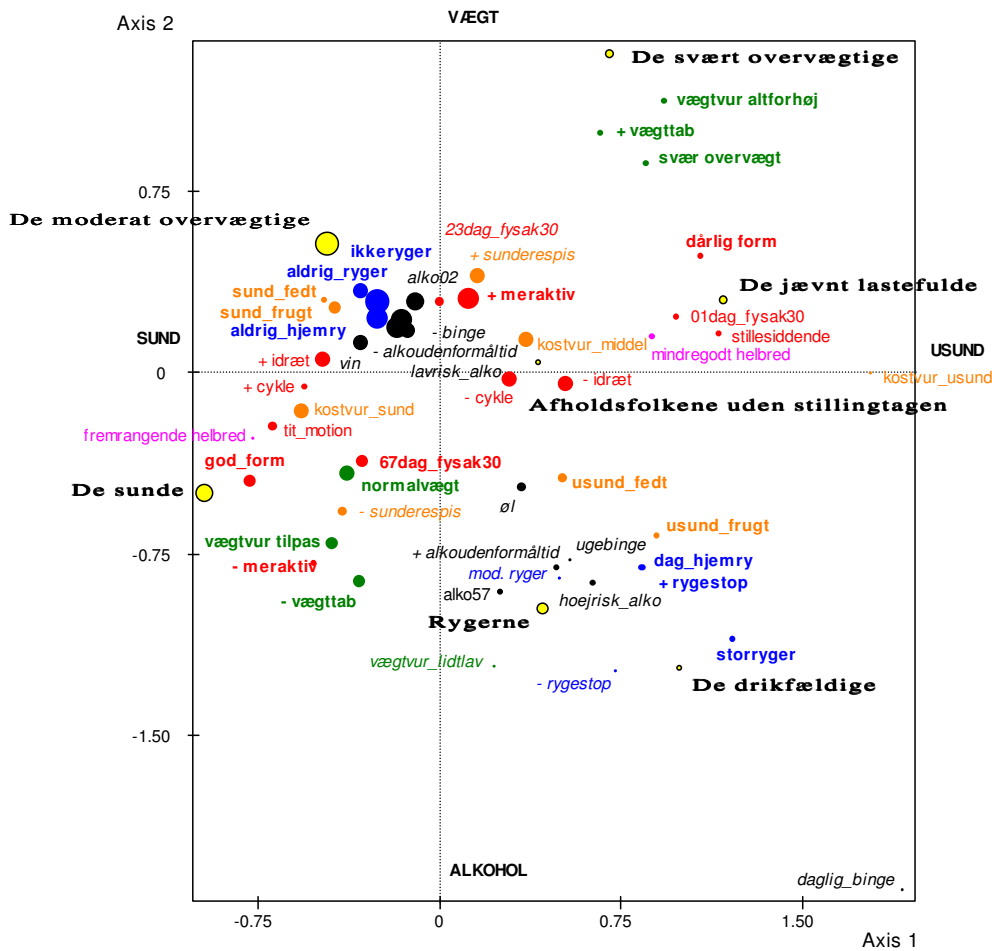
Som beskrevet udarbejdes klyngerne på baggrund af de aktive variable angående sundhedsadfærd fra MCA'en. Efterfølgende tilbyder klyngeanalysen – ligesom MCA'en – beskrivelse af karakteristiske baggrundsvariable (passive fra MCA'en). Princippet bag klynge- og korrespondanceanalyse er således tilsvarende i denne forstand. I præsentationen af klyngerne beskrives indledningsvis sundhedsadfærd, helbred og trivsel, efterfølgende præsenteres i en tekstboks karakteristiske baggrundsvariable og sundhedspolitiske holdninger.

Først vil jeg for overblikkets skyld præsentere klyngerne i rummet for sundhedsadfærd.

Overordnet set har to grupper sundhedsadfærd, som i høj grad tilsvare Sundhedsstyrelsens anbefalinger og fremragende eller vældig godt selvvaldet helbred, henholdsvis *De moderat overvægtige* og *De sunde*, som tilsammen udgør 53 % af de midtjyske borgere. De resterende 47 % af borgerne udgør fem grupper, som på forskellig vis lever

usundt: *Rygerne*, *De drikfældige*, *Afholdsfolkene uden stillingtagen*, *De omniusunde* og *De svært overvægtige*. Det fremgår af planet nedenfor, hvordan de syv klynger er placeret i forhold til hinanden i rummet for sundhedsadfærd:

Figur 7.2: Plan 1-2. Klynger i rummet for sundhedsadfærd



De sunde er placerede helt yderst på 'den sunde pol' af akse 1, men orienteret en kende mod alkohol-enden; de har tendentiell hang til alkohol, men lever ellers meget sundt. Midterpunktet for *De moderat overvægtige* er placeret knap så langt mod den sunde pol på akse 1, og orienteret mere mod overvægt-enden af akse 2. *Afholdsfolkene uden stillingtagen* har et midterpunkt på den usunde ende af akse 1, hverken orienteret mod alkohol eller overvægt. Endelig er *De omniusunde* og *De svært overvægtige* at finde i øverste højre kvadrant; *De omniusunde* i den nederste del af kvadranten, som handler om (manglende) motion, og *De svært overvægtige* i den øverste del, som omhandler svær overvægt. I nederste højre kvadrant er *Rygerne* og *De drikfældige* placerede, hvor *Rygerne*'s midterpunkt er placeret længst mod midten af kortet, mens *De drikfældige*'s punkt er i nederste højre hjørne, og dermed kan opfattes som en mere ekstrem(t usund) gruppe.

Nu beskrives de syv klynger ud fra karakteristiske kategorier. Som hovedregel gælder, at kategorierne nævnes i rækkefølge i forhold til, hvor karakteristiske de er for klyngerne. Af bilag 9 fremgår udtømmende beskrivelse af grupperne inkl. testværdier for standardafvigelser. Set man på grupperne i relation til hinanden fremstår det rimeligt at fortolke forskellene i sundhedsadfærd og forandringsparathed som knyttede til forskelle i social position i Bourdieusk forstand. Derfor følges de respektive præsentationer af kort skitsering af social position.

Klynge 1. De moderat overvægtige

Den første gruppe udgør 29,5 % af borgerne i Region Midtjylland. Borgerne i klyngen er mest karakteriseret ved moderat overvægtig. De vurderer selv vægten som 'lidt for høj' og ønsker 'i nogen grad' vægttab.

Gruppen er karakteriseret ved at have et sundt alkoholforbrug ifølge Sundhedsstyrelsens normativer og intet tobaksforbrug (inklusive tidligere rygere). De har middelsunde motionsvaner og ønsker at være mere fysisk aktive. De vurderer selv deres kost som sund, og kostindtaget er middelsundt til sundt i forhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

De moderat overvægtige betegner deres helbred som 'vældig godt' eller 'fremragende'.

De kategorier, som er underrepræsenterede i klyngen er indikatorer på ikke at ønske vægttab, på vægtvurdering som 'tilpas' eller 'alt for høj' samt indikatorer for rygning og stort alkoholindtag.

Angående helbred og trivsel fremstår gruppen overordnet set som prægede af overskud, sammenhæng og sundhed. De rapporterer ingen smerter, sygdomme, belastninger eller stress.

Tekstboks 7.1: Baggrundsfaktorer for *De moderat overvægtige*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst 375.000-850.000 (jo højere, jo mere karakteristisk)

Uddannelse: kort- eller mellemlang videregående

Ejer bolig og bil

35-54 år

Gift, børn

Branche: vidensservice, finans/forsikring/ejendom, off.adm/forsvar

By (Herning kommune)

Sundhedspolitiske holdninger:

Rygning bør begrænses, for afgifter på slik, sundhed er samfundet ansvar

Ovenstående viser, at klyngen udgøres af etablerede familiemennesker i alderen 35-54, som er gift, har børn, bolig og bil, og de bor i byer (særligt Herning). Der er ingen kønslig overrepræsentation i klyngen. I forhold til sundhedspolitiske holdninger er borgerne i gruppen karakteriserede ved at have holdninger om, at samfundet har et ansvar overfor befolkningens sundhedstilstand, og at regulering og afgifter er i orden.

Baggrundsvariablene afspejler at *De moderat overvægtige* er ressourcestærke; de har høje indkomster, korte eller mellemlange videregående uddannelser, og ejer bolig og bil. De er dog mere økonomisk end kulturelt privilegerede. De er beskæftigede indenfor vidensservice, finansiering/forsikring/ejendom samt offentlig administration/ forsvar/politi. Disse brancher er formodentlig mere relaterede til økonomisk kapital end kulturel, og tilsammen med korte eller mellemlange videregående uddannelser samt høje indtægter tolkes gruppen som repræsentanter for en økonomisk fraktion af de privilegerede klasser.

Klynge 2. De sunde

De sunde udgør 21,6 % af borgerne i Region Midtjylland, mest karakteriserede ved normalvægt, selv at vurdere vægten som tilpas, og ikke ønske vægttab. Borgerne i klyngen er meget fysisk aktive, vurderer selv at de er i god form, og ønsker ikke at være mere aktive. Angående kost vurderer borgerne i klyngen selv denne som sund, hvilket afspejles i kostindtag.

Ikke-rygning (inklusive tidligere rygning) og et lavrisiko alkoholforbrug (ifølge Sundhedsstyrelsens) er ligeledes karakteristisk for klyngen. Der er dog også borgere i klyngen, som drikker alkohol hver anden dag eller næsten dagligt og har et middellisiko alkoholforbrug. Desuden har *De sunde* præferencer for vin. Endelig vurderer borgerne i denne gruppe selv deres helbred som fremragende.

De underrepræsenterede kategorier i klyngen er indikatorer på (svær) overvægt, ønsker om vægttab og sundere kost, rygning samt dårlig form. Desuden er de underrepræsenterede i angivelse af højrisiko alkoholforbrug.

Angående helbred og trivsel fremstår gruppen ligesom *De moderat overvægtige* overordnet set som prægede af overskud, sammenhæng og sundhed. *De sunde* trives på mange måder, rapporterer ingen eller meget lette smerter, og ingen sygdomme, belastninger eller stress.

Således kan denne klynge karakteriseres som en gruppe meget sunde individer, som lever sundt opgjort på alle indikatorerne fra analysen (dog nogle med hang til alkohol)

Tekstboks 7.2: Baggrundsfaktorer for *De sunde*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst 250.000-525.000, 700.000-850.000 ('jo højere jo mere karakteristisk')

Uddannelse: mellemlang eller lang videregående

Ejer bolig og bil

25-34, 65-79 år

Gift/registreret partnerskab

Branche: undervisning, land/råstof, finans/forsikring/ejendom, info/kommunikation, sund.soc.væsen

By (Århus, Silkeborg kommuner)

Mand

Sundhedspolitiske holdninger:

Rygning bør begrænses, for afgifter på slik, sundhed er samfundet ansvar

Det fremgår, at *De sunde*, ligesom *De moderat overvægtige*, er karakteriserede ved at være ressourcestærke; have gode indtægter, uddannelser, eje bolig og bil og være gift. Ligesom den første gruppe har de sundhedspolitiske hold-

ninger, som afspejler et syn på samfundet som ansvarligt for borgernes sundhed og åbenhed overfor regulering af usunde varer.

Mænd er overrepræsenterede i klyngen, men kønsfordelingen er omtrent ligelig. *De Sunde* bor i byer, særligt Århus og Silkeborg. De er i stor stil beskæftigede med undervisning, information/kommunikation og indenfor sundheds- og socialvæsenet; brancher, som formodentlig fordrer visse mængder kulturel kapital. Denne klynge har lidt lavere indkomster end *De moderat overvægtige*, og samtidig lidt højere uddannelsesniveau. Således forekommer det rimeligt at fortolke gruppen som en privilegerede borgere med relativt mest kulturel kapital.

De følgende klynger er overordnet set karakteriserede ved sundhedsadfærd, som på forskellig vis strider imod Sundhedsstyrelsens anbefalinger (og dermed mod 'det sunde liv' ifølge sundhedsdiskursen). I klyngeanalysen deles denne gruppe først i to, hvor den ene er karakteriseret ved at have usunde ryge- og alkoholvaner, og den anden er karakteriseret ved at bestå af svært overvægtige borgere. Dette tilsvarende de to forskellige måder at være usund på, som fremstod på baggrund af MCA'en. Efterfølgende opsplittes den første klynge til klyngerne tre og fire, og den anden opsplittes til klyngerne fem – syv. Således nuancerer klyngeanalysen resultaterne fra MCA'en.

Klynge 3: Rygerne

Rygerne udgør 13,8 % af de midtjyske borgere. De er særligt karakteriserede ved at være rygere (både lejligheds-, moderate - storrygere), bo i hjem, hvor der bliver røget indendørs, og dels at ønske rygestop, dels ikke ønske det.

Det er karakteristisk for *Rygerne* at være normalvægtige, selv vurdere vægten som tilpas eller lidt for lav og ikke ønske vægttab.

De har usunde eller middelsunde kostvaner målt på indtag af både fisk, fedt, grønt og frugt, vurderer selv deres kost som middelsund og ønsker ikke at spise sundere. De har usunde til middelsunde motionsvaner (jævnfør Sundhedsstyrelsen), men vurderer selv at de er i nogenlunde god form og ønsker ikke mere fysisk aktivitet. Det er karakteristisk for *Rygerne* at have et sundt alkoholforbrug samt at foretrække øl eller sekundært spiritus frem for vin.

Endelig oplever de at have et godt helbred.

Mindst karakteristisk for *Rygerne* er indikator på ikke-rygning, og rygning synes således at være den mest betydningsfulde karakteristika for denne gruppe. Desuden er det et gennemgående træk for gruppen, at de ikke ønsker at ændre sundhedsadfærd.

Angående trivsel og helbred oplever *Rygerne* at være lidt generede af smerter. De føler sig meget belastede af økonomi, arbejds- og boligsituation, og af dødsfald blandt de nærmeste. De er meget prægede af stress på forskellig vis; føler sig aldrig i stand til at klare personlige problemer, til at håndtere dagligdagens irritationer, og føler aldrig at tilværelsen former sig som ønsket. Samlet set har *Rygerne* et mindre godt helbred og lav grad af trivsel.

Tekstboks 7.3: Sociale baggrundsfaktorer for *Rygerne*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst 100.000-524.000 ('jo mindre, jo mere karakteristisk')

Uddannelse: grundskole, gymnasieniveau 1-2

Ejer ikke bolig eller bil

55-64 år

tidligere samlevende, skilt, samlevende,

Branche: industri/energi/vand, byggeanlæg, rejse/rengøring

Mand

Ikke børn (udeboende eller hjemmeboende)

(Norrdjurs, Lemvig kommune)

Sundhedspolitiske holdninger:

Rygning bør ikke begrænses, sundhed er eget ansvar, mod afgifter på alkohol, mod afgifter på slik

Tekstboksen viser, at *Rygerne* er midaldrende mænd. De har ingen børn, er primært alene (inklusive skilt), sekundært samlevende.

De angiver liberale sundhedspolitiske holdninger; er imod begrænsninger på rygning, imod afgifter og mener at den enkelte – ikke samfundet – er ansvarlig for sundhed.

Rygerne har typisk lave indkomster, ejer ikke bolig eller biler, og er lavtuddannede. De er beskæftigede i 'de fysiske brancher' (jævnfør foregående kapitel). Muligvis kan der være tale om ufaglært arbejde. Jeg tolker klyngen som repræsentanter for midaldrende arbejderklasse-mænd.

Klynge 4: De drikfældige

Individerne i denne klynge udgør 7,5 % af borgerne i Region Midtjylland. De er mest af alt karakteriserede ved at have et stort alkoholforbrug, idet de drikker alkohol de fleste eller alle ugens dage, også udenfor måltider. De binge drikker ugentligt, foretrækker øl eller spiritus, og er enten uafklarede om, hvorvidt de ønsker at nedsætte deres forbrug, eller ønsker at nedsætte det. Desuden er der rygere og tidligere rygere i klyngen, og de bor i hjem, hvor der ryges indendørs. Det er mest karakteristisk for personerne i klyngen at ønske rygestop, men der er også nogle, som ikke ønsker rygestop.

De drikfældige har usundt kostindtag (jævnfør Sundhedsstyrelsen), vurderer selv kosten som usund eller middelsund, og ønsker ikke at spise sundere. Usunde motionsvaner er ligeledes karakteristisk. Der er en stor andel overvægtige, som selv vurderer deres vægt som 'lidt for høj' og i nogen grad ønsker et væggtab. *De drikfældige* vurderer deres helbred som godt eller mindre godt.

De drikfældige rapporterer sygdom, smerter og manglende sammenhæng i hverdagen. De føler sig belastede af økonomi, arbejds- og boligsituation, forholdet til partner og familie samt egen og andres sygdom. De angiver at de ofte oplever samtlige stressfaktorer nævnt i spørgeskemaet.

De drikfældige er mest underrepræsenteret i kategorierne for lavt alkoholforbrug, hvorfor stort alkoholforbrug må betegnes som det mest karakteristiske for klyngen. Dette følges af generel usund adfærd på de øvrige områder, men ikke af ønsker om at ændre dette.

Tekstboks 7.4: Sociale baggrundsfaktorer for *De drikfældige*

Baggrundsfaktorer:

Egen indkomst 375.000-699.000 ('jo mindre, jo mere karakteristisk')

Uddannelse: gymnasieniveau 2

Ejer ikke bolig eller bil

45-64 år

Alene tidl. samlevende, skilt

Branche: byggeanlæg, industri/energi/vand, handel/transport/hotel

Mand

Bor alene

Ikke børn (hjemmeboende eller udeboende)

(Samsø, Odder, Århus kommuner)

Sundhedspolitiske holdninger:

Ryning bør ikke begrænses, sundhed er eget ansvar, mod afgifter på alkohol, mod afgifter på slik

Tekstboksen viser at *De drikfældige* er midaldrende mænd, mest karakteriserede ved en middelindkomst (sekundært høj indkomst), ved at være lavtuddannede, ikke eje bolig eller bil, og ved at være enlige.

Ligesom *Rygerne* er *De drikfældige* sundhedspolitisk liberale. De er imod samfundets indblanding i borgernes sundhed, og mod reguleringer af og afgifter på usunde varer.

Ser man på baggrundsfaktorerne er der tale om en gruppe uden megen kulturel kapital, men med nogen økonomisk kapital. Anskues baggrundsfaktorerne sammen - de middelhøje indkomster, ikke videregående uddannelser og de fysisk krævende brancher – kan det tyde på at der er tale om faglærte arbejdere. Som beskrevet angiver uddannelseskoden ikke noget herom, men som faglært arbejder indenfor bygge-/anlægsbrancherne- og industrien har man formentlig mulighed for at opnå en sådan indkomst uden lang uddannelse.

Klynge 5: Afholdsfolkene uden stillingtagen

Denne klynge udgør 7,5 % af borgerne i Region Midtjylland. De er mest karakteriserede ved at være afholdsmænd/kvinder og ved at undlade at besvare en række spørgsmål, eller angive 'ved ikke'-svar.

I forhold til sundhedsadfærd fremstår klyngen sammensat. Den lægges imidlertid sammen allerede ved 45 klynger, hvilket alligevel tyder på homogenitet.

Afholdsfolkene dyrker ikke idræt i fritiden, men beskæftiger sig med stillesiddende aktiviteter (i den udstrækning de besvarer spørgsmålet, idet det også er karakteristisk at det er ubesvaret). Samtidig er det både karakteristisk at være fysisk aktiv mindst 30 minutter dagligt eller næsten dagligt og at være det få eller ingen dage om ugen. Borgerne i klyngen vurderer selv at de er i dårlig form, men 'ved ikke' om de ønsker at være mere fysisk aktive.

Afholdsfolkene har enten et sundt eller usundt kostindtag, og angiver at de ikke ved, om de ønsker at spise sundere. Det er karakteristisk for klyngen aldrig at have røget, eller at ryge moderat, og at bo i hjem, hvor der ryges indendørs. Klyngen er overrepræsenteret i kategorien for svær overvægt og for selv at vurdere vægten som 'alt for høj', men også for at angive 'ved ikke' eller 'nej', til spørgsmålet om vægttab. Endelig er det karakteristisk for klyngen at vurdere helbredet som mindre godt.

Afholdsfolkene rapporterer stærke smerter og langvarige sygdomme. De er ikke belastede af arbejdssituation (formentlig pensionister jævnfør alder nedenfor), men meget af egen og andres sygdom, af boligsituation, dødsfald blandt de nærmeste og økonomi. Ligeledes angiver de svar som peger på højt stressniveau. Overordnet set er de altså ikke i trivsel.

I forhold til sundhedsadfærd i bred forstand er der tale om en blandet forsamling. Imidlertid ligner de hinanden ved aldrig at drikke alkohol, og ved ikke at tage stilling til en række spørgsmål. De kategorier, som klyngen er mest underrepræsenterede i, indikerer stort alkoholforbrug, hvilket underbygger afholdenheden som mest kendetegnende for klyngen.

Tekstboks 7.5: Sociale baggrundsfaktorer for *Afholdsfolkene uden stillingtagen*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst: uoplyst, 0-249.000 ('jo mindre, jo mere karakteristisk')

Uddannelse: Grundskole, uddannelse uplacerbar, gymnasieniveau 1

Ejer ikke bolig eller bil, uoplyst

65-79 år

Enke, uoplyst civilstand, skilt, ugift

Branche: uoplyst, rejse/rengøring

Kvinde

(Struer, Ringkøbing-Skjern kommune)

Sundhedspolitiske holdninger:

For afgifter på alkohol, ubesvaret om sundhed er eget eller samfundets ansvar, rygning bør begrænses

Ifølge tekstboksen er det kendetegnende for *Afholdsfolkene* at have lave indkomster, ikke eje bolig eller bil, og at have et lavt uddannelsesniveau. I det omfang spørgsmålene om sundhedspolitiske holdninger er besvarede, er det karakteristisk at være for afgifter på og regulering af usunde sundhedsvaner.

Klyngen udgøres i høj grad af ældre enlige kvinder, og samlet set fremstår disse dårligt stillede på alle måder.

De sidste to klynger er de, som ligner hinanden mest, og i modellen med seks klynger lægges de sammen. De adskiller sig imidlertid fra hinanden, særligt ved at den første gruppe generelt kan betegnes som usund på samtlige temaer, og den sidste er mest karakteriseret ved overvægt, men også angående baggrundsfaktorer som køn og husstandsindkomst.

Klynge 6: De omniusunde

Denne klynge udgør 8,8 % af de midtjyske borgere. De er karakteriserede ved ikke at dyrke motion, beskæftiger sig med stillesiddende aktiviteter i fritiden, er aldrig eller næsten aldrig fysisk aktive i 30 minutter. De dyrker ikke fritidsidræt eller cykler, og de vurderer selv at de er i dårlig form. De ønsker dog at være mere fysisk aktive, sekundært angiver de 'ved ikke'.

De omniusunde vurderer selv, at deres kost er usund eller middelsund, og de har usundt kostindtag (jævnfør Sundhedsstyrelsen). De ønsker dels at spise sundere, dels er de uafklarede. Klyngen har sunde alkoholvaner ifølge Sundhedsstyrelsen samt præferencer for øl og spiritus frem for vin. Ligeledes er rygning karakteristisk og at bo i hjem, hvor der ryges indendørs, og ikke ønske rygestop.

Borgerne er karakteriserede ved at vurdere deres vægt som 'lidt for høj' eller 'alt for høj' og være svært overvægtige eller overvægtige ifølge BMI. De angiver at de muligvis ønsker vægttab, eller at de ikke ved, om de ønsker det. *De omniusunde* oplever mindre godt helbred.

Borgerne i klyngen rapporterer forskellig grad af smerter og langvarige sygdomme. De føler sig meget belastede af sygdomme, arbejdssituation, forhold til partner, økonomi, boligsituation og familieforhold, ligesom de fremstår stressede og ude af stand til at håndtere dagligdagens udfordringer.

Tekstboks 7.6: Sociale baggrundsfaktorer for *De omniusunde*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst: 0-149.000, uoplyst

Uddannelse: Grundskole

Ejer ikke bolig eller bil

25-44 år

Ugift samlevende, enlig

Ingen børn, hjemmeboende børn

Branche: info/kommunikation, handel/transport/hotel, industri/energi/vand, uoplyst, vidensservice

Mand

Landsby

Sundhedspolitiske holdninger:

Mod afgifter på slik, mod afgifter på alkohol, sundhed er eget ansvar

Tekstboksen viser, at *De omniusunde* kan betegnes som forholdsvis resourcesvage. De har lave indkomster, ingen ungdoms- eller videregående uddannelser og ejer ikke bolig eller biler. Klyngen består i høj grad af yngre mænd, og det er endvidere karakteristisk at være bosat i landsbyer. *De omniusunde* har – ligesom *Rygerne* og *De drikfældige* – liberale sundhedspolitiske holdninger ved at være mod samfundets indblanding i borgernes sundhed, og mod regulering og afgifter som sundhedspolitiske tiltag. De er beskæftigede indenfor de samme brancher som *Rygerne* og *De drikfældige*, men besidder ufaglærte jobs indenfor disse, idet de ikke er uddannede. Formentlig er der altså tale om de yngre, ikke-etablerede og ufaglærte mænd fra samme samfundsgrupper som *Rygerne* og *De drikfældige*.

Klynge 7: De svært overvægtige

Klyngen af svært overvægtige udgør 11,3 % af borgerne. Borgerne i klynge er – som det fremgår af navnet - særligt karakteriseret ved svær overvægt, selv vurderer vægten som 'alt for høj' samt ønske vægttab.

De svært overvægtige har usunde motionsvaner ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger. De vurderer selv deres kost som middelsund eller usund, og ønsker at spise sundere. De har dog sundt indtag af frugt og grønt og middelsundt eller sundt indtag af fedt. Klyngen repræsenterer ikkerygning, og sjældent rygning indendørs. Desuden er det kendetegnende at have lavt alkoholforbrug, og når de drikker alkohol er det et blandet alkoholindtag, eller præferencer for spiritus. Borgerne i klyngen vurderer typisk helbredet som godt eller mindre godt.

De svært overvægtige rapporterer forskellige grader af smerter (jo stærkere, jo mere karakteristisk) og føler sig meget belastede af økonomi, forhold til familie og partner, egne og andres sygdomme samt arbejds- og boligsituation. Endelig oplever de ofte at være påvirkede af stressfaktorer. Samlet set er de forholdsvis belastede og ikke i trivsel.

De kategorier, som er mest underrepræsenterede i klyngen, omhandler normalvægt eller moderat overvægt, samt god form og sund kostvurdering, hvilket bestyrker, at det er svær overvægt – fulgt af middelsunde til usunde motions- og kostvaner - som er mest kendetegnende for gruppen.

Tekstboks 7.7: Sociale baggrundsfaktorer for *De svært overvægtige*

Baggrundsfaktorer:

Husstandsindkomst: 375-699 (dog selv lav indkomst)
Uddannelse: Gymnasieniveau 2, mellemlang videregående
35-44
Børn hjemmeboende
Branche: sund.soc.væsen, off.adm/forsvar/politi, rejse/rengøring
Kvinde
Landsby

Sundhedspolitiske holdninger:

For afgifter på alkohol, for afgifter på slik, rygning bør begrænses

Tekstboksen viser, at kvinder er overrepræsenterede i klyngen. De har middelhøje til høje husstandsindkomster (men lav personlig indkomst, ikke medtaget her), og har ungdomsuddannelse eller mellemlang videregående uddannelse. *De svært overvægtige* er desuden karakteriserede ved at have hjemmeboende børn og arbejde indenfor det offentlige, enten i sundheds- og socialvæsenet eller indenfor administration, forsvar eller politi. Endelig er de ligeledes overrepræsenterede indenfor brancherne rejse og rengøring.

Det er karakteristisk for kvinderne at være for statslig regulering af sundhedsadfærd med afgifter og begrænsninger.

På baggrund af ovenstående kan man betegne *De svært overvægtige* som en gruppe etablerede kvinder i alderen 35-44, bosat i landsbyer. De har jævne indkomster og lave til middelhøje uddannelser. Økonomisk set ville de formentlig i et socialt rum kunne placeres et sted i nærheden af *Rygerne* og *De drikfældige*, dog besidder den del af klyngen med mellemlange videregående uddannelser mere kulturel kapital end disse grupper.

I det foregående har jeg præsenteret og beskrevet de syv grupper af midtjyske borgere. I præsentationen har jeg på baggrund af sociale baggrundsfaktorer skitseret relationerne mellem klyngerne; hvordan de indtager over- og underordnede positioner i forhold til hinanden. Der er netop tale om en skitsering af relationerne, idet der ikke er udtømmende oplysninger om social baggrund i datagrundlaget.

Nu analyseres klyngerne i relation til hinanden, dvs. fokus er på mønstre i forskelle og ligheder mellem gruppernes sundhedsadfærd set i lyset af social position.

Social ulighed i sundhed

I figur 7.2 viste jeg klyngerne i rummet for sundhedsadfærd. Anskues disse placeringer og uddybende beskrivelser i relation til sociale baggrundsfaktorer, viser klyngeanalysen overordnet sammenhænge tilsvarende de, som den multiple korrespondanceanalyse viser, nemlig tendensen til at høje uddannelser og indkomster hænger sammen sund adfærd, og omvendt. Således er to store grupper privilegerede angående uddannelse og indkomst, og placerede længst mod den sunde pol af akse 1, og lever altså i (nogenlunde) overensstemmelse med sundhedsdiskursen. De øvrige klynger er placerede på den usunde ende af akse 1, og desuden mere spredt langs akse 2, med *De svært overvægtige* som repræsentanter for den overvægtpolen, og *De drikfældige* for alkoholpolen. Disse grupper er ikke så privilegerede angående uddannelse og økonomi, ligesom de generelt må siges at være i mistrivsel og have dårligt helbred. Der fremstår altså et tydeligt billede af social ulighed indenfor sundhedsadfærd.

Klyngerne afspejler ikke eksplicit Bourdieus klasseinddelinger, og der er tilsyneladende nogle mellemliggende grupper, som er dels i de sunde klynger, dels i klyngen med *De svært overvægtige*. Jævnfør Bourdieus relationelle fokus er det imidlertid relationerne mellem klyngerne, som er interessante snarere end udarbejdes af en eksplicit klasseinddeling. Således fokuserer jeg på træk fra Bourdieus teori, som går igen her, og skelner ikke så meget til, om samtlige grupper i hans klasseforståelse er repræsenterede.

På baggrund af klyngeanalysen kan der – i tråd med Lebarts (1993) anmærkninger – opnås en nuanceret forståelse af de sammenhænge, der (jævnfør kapitel 1) ofte opereres med i forhold til social ulighed i sundhed; der er altså ikke blot tale om at de højt positionerede lever sundt og de lavt positionerede lever usundt – derimod er der indenfor de højt positionerede forskelle på (nogenlunde) sund levevis, ligesom der blandt de lavere positionerede er forskellige måder at leve (mere) usundt på.

Jeg vil nu gå i dybden med temaer i gruppernes sundhedsadfærd, klassifikationsprincipper og forandringsparathed med henblik på at undersøge relationerne mellem de forskellige positioner, og hvordan de positionerer sig ifht. sundhedsdiskursen.

SUNDHEDSDISKURSENS ADRESSATER

De privilegerede grupper, henholdsvis *De moderat overvægtige* som de relativt mest økonomisk privilegerede og *De sunde* som de (henholdsvis unge og ældre mandlige) relativt mest kulturelt privilegerede, lever i forholdsvis god overensstemmelse med de normativer for sund adfærd, som italesættes med den herskende sundhedsdiskurs – dog med henholdsvis moderat overvægt og middelhøjt alkoholindtag.

I forhold til alkoholforbruget er der formentlig tale om den såkaldte 'akademikerrødvin'; en betegnelse, som netop søger at ramme tendensen blandt højtuddannede til at have stort forbrug af særligt rødvin. Mændene i klyngen *har* præferencer for vin. Knud Juel (2010) viser (på baggrund af Susy-2005 tal) såvel aldersmæssige som kønnede forskelle indenfor social ulighed i alkoholforbrug. Han argumenterer for en aflivning af den generelle tese om omvendt social ulighed i alkoholforbrug og mener, at denne bør nuanceres i forhold til netop køn og alder. Relateret til de to aldersgrupper med de henholdsvis unge og ældre mænd, som er overrepræsenterede i klyngen med *De sunde* viser Juels resultater, at sammenhængen mellem alkoholforbrug og uddannelse eksisterer blandt de ældste borgere (65-84årige), således at de højtuddannede i stort omfang overskrider genstandsgrænsen på 21 genstande ugentligt for mænd. Blandt 25-44årige er sammenhængen dog omvendt, således at det er blandt de højtuddannede den laveste andel, som overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænse, kan findes. Set i lyset af dette er det bemærkelsesværdigt, at såvel de ældre som de yngre mænd fra de dominerende klasser er overrepræsenterede i denne klynge.

I det omfang det er karakteristisk for de privilegerede grupper at have usunde vaner, er det tilsvarende karakteristisk at ønske at ændre disse, dvs. ønske at leve sundt i overensstemmelse med sundhedsdiskursen. Således har *De moderat overvægtige* middelsunde motionsvaner, men ønsker at være mere fysisk aktive, ligesom de – qua deres overvægt – ønsker væggtab. *De sunde* er mest karakteriserede ved sundhedsrelateret livsstil i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og ønsker derfor ikke livsstilsændringer. Det, at denne klynge ligeledes er overrepræsenterede i kategorien med tidligere rygere viser, at disse borgere ændrer uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, helt i tråd med sundhedskampagner. *De sundes* hang til alkohol udgør dog en undtagelse, idet det ikke er karakteristisk for gruppen at ønske at nedsætte alkoholforbruget. Samlet set bestyrkes tanken alligevel om, at det er borgerne i disse ressourcestærke klasser, som sundhedsdiskursen henvender sig til. Idet der er tale om mennesker med relativt høje uddannelser, og de er beskæftigede i de vidensbaserede brancher (jævnfør foregående kapitel) kan man formode, at de generelt orienterer sig i forhold til viden, og at de dermed ligeledes – i hvert fald i et vist omfang – tilrettelægger sundhedsadfærd på baggrund af viden om de kausalsammenhænge mellem denne og sundhed (som fravær af sygdom), som italesættes med sundhedsdiskursen.

Angående køn er det værd at bemærke, at klyngen med de ressourcestærke borgere, *De moderat overvægtige*, ikke har en kønslig overrepræsentation. Det vil sige, at mænd og kvinder i gruppen har tilsvarende sundhedsadfærd, vurderinger af sundhedsvaner og –tilstand, sundhedspolitiske holdninger etc. Dette tilsvarende Bourdieus (1985: 383) pointe om at kønsforskellene mindskes (i hvert fald ændres) med øges social position. I kapitel 3 diskuterede jeg det indbyrdes forhold mellem køn og klasse hos Bourdieu, og i relation hertil kan man anføre, at der tilsyneladende er tale om at de privilegerede kvinder indtager overordnede positioner rent sundhedsmæssigt i forhold til eksempelvis *De drikfældige* og *Rygende* mænd. Det er desuden bemærkelsesværdigt at den gruppe, som lever i allerstørst overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger, *De sunde*, har en overrepræsentation af mænd; rent sundhedsmæssigt indtager de dermed en dominerende position.

I Bourdieus livsstilsanalyse beskrives de dominerende klassers livsstile som distinkte. Her er spørgsmålet således, om (forholdsvis) sund adfærd kan betegnes som distinktiv. Umiddelbart kan der argumenteres for, at det kræver en vis mængde ressourcer alene at sætte sig ind i, hvilke former for adfærd, der anses for at være sund på et givent tidspunkt, og efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger således kan være distinktivt i sig selv. Imidlertid lever de to grupper fra de dominerende klasser som sagt ikke helt og holdent efter anbefalingerne, hvilket taler mod en sådan forståelse.

En anden (og mere nærliggende) mulighed er, at data fra folkesundhedsundersøgelsen ikke 'opfanger' distinktioner, som Bourdieu beskrev dem i *Distinktionen*. Som områder med distinktive forskelle indenfor mad(lavning) foreslår Henrik Dahl præferencer for måltidsstørrelser og indhold. Han beskriver hvordan mænd og kvinder i den kulturelle fraktion af de privilegerede grupper i fællesskab omhyggeligt tilbereder måltider 'fra bunden', mens parrene i den økonomiske fraktion skiftes til at lave mad ('tage tørnen'), eller serverer dyre take-aways eller charcuterivarer (Dahl 1997:141ff). På den måde kan man forestille sig at de distinktive træk for de kulturelt privilegerede kan handle om at vise, at de har overskud (forstand eller tid, en ellers knap ressource) til at lave ting fra bunden. Prieur, Rosenlund & Skjøtt-Larsen (2008: 61) fremhæver dét at følge med i trends på madlavningsområdet og foretrække nye og eksotiske retter som karakteristisk for de kulturelt privilegerede, mens de økonomisk privilegerede kan fremvise økonomisk kapital ved at handle 'de rigtige steder', købe dyre varer, gå på de fine restauranter osv. Sådanne aspekter belyses altså ikke i nærværende datagrundlag.

På trods af at folkesundhedsundersøgelsen ikke omhandler 'sundhedsforbrug i kulturel forstand', og det således ikke umiddelbart er muligt at undersøge, hvorvidt privilegerede borgere udviser smag for det æstetiserede, peger indikatoren på foretrukken alkoholtype alligevel i en sådan retning. *De moderat overvægtige* og *De sunde* borgere foretrækker vin frem for øl og spiritus, og – bortset fra andelen af *De sunde*, som tilsyneladende har hang til (meget) vin - er begge grupper overrepræsenterede i kategorien for at have et lavt alkoholforbrug. Der er således tale om, at borgerne fra disse grupper nyder et glas vin i ny og næ. I modsætning til øl – der typisk drikkes af et krus/glas eller simpelthen af flasken (om end det med specialøllets popularisering ligeledes bruges at servere øl i forskellige glas afhængig af øltype, inklusiv glas på stilk) – så drikkes vin typisk af glas på (højere) stilk, vin skal skylles rundt i munden, iltes forrest på tungen osv., ligesom det muliggør fremvisning af kapitel at købe dyre vine, kende forskel på vinområder etc. Derfor kan det at foretrække vin frem for øl og spiritus formentlig ses som udtryk for en form for æstetiseret smag.

DE 'STORE' TABERE

Individerne i de tre klynger *Afholdsfolkene uden stillingtagen*, *De omniusunde* og *De svært overvægtige* er karakteriserede ved at være 'store' i betydningen svært overvægtige. Samtidig fremstår de svært dominerede, og dermed også som sundhedsprojektets 'store' tabere.

Afholdsfolkene uden stillingtagen er en gruppe ældre, enlige (inklusive enker og fraskilte), ressourcetsvage kvinder, som ikke drikker alkohol, undlader at besvare en stor del af spørgsmålene i spørgeskemaet og for manges vedkommende har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Kvinderne vurderer deres helbred som mindre godt og rapporterer smerter, belastninger og stress. I lyset heraf har de formentlig andre prioriteter end at dyrke idræt og spise frugt - eller måske har de simpelthen ikke overskuddet til at beskæftige sig med sundhed.

De omniusunde er yngre ufaglærte mænd. Disse har i et vist omfang underlagt sig sundhedsdiskursen, idet de klassificerer sig selv og sundhedsadfærden i overensstemmelse med sundhedsdiskursens klassifikationsprincipper. De lever dog usundt målt på samtlige temaer, alkohol undtaget, så de lever altså ikke efter sundhedsdiskursens normativer. I forhold til de usunde vaner er det dels karakteristisk for *De omniusunde* at ønske at livsstilsændringer, dels at være uafklaret. I den forstand ligner de *Afholdsfolkene uden stillingtagen*. Man kan formode, at den gode vilje måske nok er til stede, men tilsyneladende har de ikke ressourcerne til at efterleve ønskerne, alternativt har det ikke prioritet. Tidligere beskrev jeg *De omniusunde* som yngre mænd fra samme samfundsgrupperinger som *Rygerne*. *De omniusunde* fremstår imidlertid dominerede i forhold til *Rygerne* i Bourdieusk forstand. Hvor det at besidde maskuline træk er et spørgsmål om at have en særlig (stærk, stram etc) fysik, aggressivitet, selvsikkerhed og naturlig autoritet (Bourdieu 1998: 82) så står *De omniusunde* i modsætning hertil ved at være slappe, fede og usikre på sig selv; sidstnævnte enten i kraft af ønsker om at ændre på sig selv, eller ved at være usikker på, om de er tilfredse eller ønsker ændringer. Det kan diskuteres, om Bourdieus skel mellem biologisk og socialt køn gør det muligt, at konstruere *De omniusunde* som feminine (Prieur 1998: 139, Nørholm 2003: 271), men uanset hvad, er der tydeligvis tale om dominansforholdets tabere.

Begge ovenstående klynger er karakteriserede af 'ved ikke' svar og ubesvarede spørgsmål. Bourdieu (1984: 398ff) understreger, hvorledes selve det at afgive svar i spørgeskemaundersøgelser kræver en vis mængde ressourcer samt en oplevelse af, at spørgeskemaets tema er relevant. Han ser en systematik i afgivelsen af 'ved ikke'-svar og ubesvarede spørgsmål i spørgeundersøgelser om politiske holdninger, og foranlediget heraf stiller han – ligesom Lene Otto – spørgsmålstegn ved den bagvedliggende selvfølgelighed med hvilken man antager, at alle har en holdning til spørgsmålene, og at alle overhovedet opfatter dem som politiske. Relateret til sundhed kan man forestille sig, at mennesker, som ikke tænker i sundhedstermer, ikke nødvendigvis vil se eksempelvis cykling som et spørgsmål om sundhed, men derimod som en transportform eller bare en dejlig aktivitet. Hos Bourdieu (ibid) forudsætter en holdning (til politik) ressourcer på andre områder, og således knytter holdninger an til social position. Omvendt kan det at undlade at udtrykke en holdning dog lige så vel være et udtryk for en holdning i sig selv. Der kan skabes afstand til en diskurs ved at afholde sig fra at deltage i den og dermed ikke anerkende den. Var dette tilfældet havde de dog formentlig ikke indsendt spørgeskemaet.

Bourdieu (1984: 411) beskriver det at have en holdning som knyttet til *retten* til at have en holdning. Overført til sundhedsområdet kan det indebære, at personer, som ikke efterlever sundhedsdiskursens normativer, ikke har den samme 'ret' til at deltage i sundhedsdebatten (Bourdieu taler om 'the right to speak') og dermed i udviklingen af diskursen, som personer, der efterlever normativerne. Således synes den manglende stillingtagen at underbygge klyngernes dominerede positioner.

De svært overvægtige kvinder har usunde motionsvaner og oplever selv at være i dårlig form, men ønsker at være mere fysisk aktive. De har sundt indtag af frugt, grønt og fedt, men vurderer selv deres kost som usund og ønsker at spise sundere. Indikatorerne for kostindtag i folkesundhedsundersøgelsen er udformet på baggrund af Sundhedsstyrelsens kostanbefalinger om hyppighed af indtag af fisk, frugt, grønt og forskellige fedtformer, snarere end om mængde af indtaget mad. Uoverensstemmelsen kan derfor muligvis handle om at *De svært overvægtige* kvinder vurderer mængden af indtaget kost som for stor, eller det kan tænkes at de udover fisk, frugt mv. spiser mange usunde fødevarer, eksempelvis slik. Det er bemærkelsesværdigt at klyngen er den eneste, som er for statslig regulering af 'egen last'.

Muligvis kan det karakteriseres som 'den gode vilje' i Bourdieusk forstand; kvinderne vil gerne tabe sig og leve sunde, uden helt at have overskuddet eller ressourcerne til det, og ønsker derfor at det offentlige skal gribe ind ved at pålægge de usunde sager afgifter. I kapitel 1 gengav jeg Jakob Andersens (2008b) pointe om at det kræver en vis mængde overskud at modstå fristelser, og man kan formode at kvinderne i denne gruppe har en forhåbning om at højere priser på usunde fødevarer vil gøre det lettere at modstå fristelsen til at købe dem; qua deres lave til middelhøje indkomster har de ikke uanede økonomiske ressourcer at gøre godt med, og (store mængder) usunde sager ville måske være uden for deres rækkevidde, hvis priserne øgedes.

Som Bourdieu fremlægger forholdene mellem kønnene i *Den maskuline dominans* er der ingen tvivl om, at det er nogle temmelig undertrykte kvinder, han får skabt; særligt arbejderklassekvinderne med status som dominerede dominerede. *De svært overvægtige* giver associationer til en sådan dobbelt domineret position. Rugseth & Engelsrud (2007) beskriver, hvordan sundhedsdiskursen indeholder en normbaseret vægtforståelse, ladet med symbolsk mening og med betydning både for, hvordan de overvægtige forstår sig selv, og for hvordan omgivelserne forstår dem. Således er vægt ikke bare en privatsag, men derimod noget som *alle* har (ret til at have) en holdning til, tv-programmer underholder med overvægtige menneskers forsøg på vægttab, og stereotypen 'overvægtig' anses for at indeholde en række egenskaber som fråds, lathed og uvidenhed. Endelig italesættes overvægt skiftende som et spørgsmål om livsstilsvalg og som en diagnosticerbar sygdom.

Man kan sige, at *De svært overvægtige* kvinder ligger under for normerne for legitim sundhedsadfærd (vægttilstand), men ikke selv kan leve op til disse – og måske heller ikke forventer at komme til det, idet de på sin vis efterspørger hjælp ved at være fortalere for øgede afgifter. Således er der tale om symbolsk vold.

MODMAGT (OG AFMAGT?)

De drikfældige mænd er mest af alt karakteriserede ved at have et højt alkoholforbrug, men desuden ved at leve usundt på de øvrige temaer for sundhedsadfærd, og ikke ønske livsstilsændringer. De er enten uafklarede om, hvorvidt de ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, eller ønsker det. Man kan sige, at de i forhold til alkohol ikke ligefrem higer efter at følge anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen, men de er heller ikke afvisende. Der er desuden en overrepræsentation af rygere i denne gruppe, og her er det mest karakteristisk at ønske et rygestop, om end en del ikke ønsker det. Angående kost er der ingen forandringsparathed. De drikfældige mænd spiser usundt, vurderer selv deres kost som nogenlunde sund eller usund, men ønsker ikke at spise sunde. Ligeledes forekommer de optimistiske angående selvvurderet helbred, da det er mest karakteristisk at vurdere det som godt, mens klyngen samtidig i stor stil er prægede af indikatorer på dårligt helbred, stress, belastninger og mistrivsel. Sundhedspolitik er de liberale og ønsker ikke begrænsninger og reguleringer fra statens side. Hermed ligner *De drikfældige* de to øvrige mandlige grupper fra samme samfundslag, *Rygerne* og *De omniusunde*.

Man kan altså i denne gruppe finde en afvisning mod at tilslutte sig sundhedsdiskursen og leve efter dennes normativer, om end de drikfældige mænd ikke er afvisende overfor at nedsætte deres alkoholforbrug og stoppe med at ryge. Den manglende tilslutning til sundhedsdiskursen kan formentlig forstås i lyset af de liberale sundhedspolitiske holdninger, hvorfor de formentlig er utilbøjelige til at rette opmærksomheden mod en offentligt forankret og italesat

sundhedsdiskurs i tilrettelæggelsen af sundhedsadfærd. De klassificerer ikke sig selv og egen adfærd i fuld overensstemmelse med sundhedsdiskursens principper, så tilsyneladende har de ikke underlagt sig den.

Gruppen med *Rygerne*, den (antageligvis) ufaglærte og lidt lavere positionerede pendant til *De drikfældige*, er i mine øjne den mest bemærkelsesværdige gruppe. Udover at ryge og afvise livsstilsændringer, så vurderer de – ligesom *De drikfældige* – tilsyneladende ikke kostvaner og form ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Det er kendetegnende for *Rygerne* at have usunde kostvaner, men de vurderer dog selv disse som 'nogenlunde sunde', og ønsker ikke at spise sundere. Desuden har de usunde motionsvaner men er efter egen vurdering i god form, og ønsker i tråd hermed ikke at være mere fysisk aktive. Tilsyneladende har denne gruppe mænd altså en anden opfattelse af sund kost og god form, end dén, som sundhedsdiskursen fremsætter. Med Bourdieus begreber kan man sige, at de har egne klassifikationsprincipper og dermed ikke har overtaget 'den legitime sundhedsopfattelse' eller inkorporeret klassifikationsprincipperne fra den herskende sundhedsdiskurs. Middelthoen (2009: 227) beskriver, hvordan lægfolk tager aktiv del i diskussionen om kategorisering af sunde/usunde madvarer, og at disses vurderinger ikke nødvendigvis stemmer overens med 'eksperternes' vurderinger, idet de snarere bygger på personlige erfaringer end på videnskab. Wiuff & Grøn (2009:24) udpeger - på baggrund af litteraturstudier af lægmandsperspektiver på sundhed og sygdom – ligeledes personlige erfaringer som centrale for sådanne vurderinger.

Spørgsmålet er hvorvidt det, at de vurderer deres form som god kan fortolkes som et spørgsmål om, at de tilkender sig selv den styrke, som ifølge Bourdieu (1995: 237) er kendetegnende for arbejderklassens mænd. Hos Bourdieu er kropsoptagelse og frihed omkring mad og sprog netop områder, hvor de dominerede klasser søger autonomi og egen identitet og dermed udfordrer den legitime levevis som italesættes og udleveres i de dominerende klasser.

Umiddelbart er det dog mere oplagt at se det som et udtryk for at de simpelthen har en anden forståelse af god form end god form forstået som et spørgsmål om at være fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen, dyrke idræt mv. I lyset af at de ligeledes opfatter deres kost som sund på trods af at de ikke lever i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger kan man forestille sig, at de simpelthen orienterer sig i forhold til andre aspekter end disse, når de tilrettelægger deres sundhedsadfærd. Det kan være et spørgsmål om, at deres kost-, ryge- og motionsvaner er normen indenfor de felter, hvori de færdes, og at de anser dem som værende i overensstemmelse med de normer for sundhedsadfærd, som de kender; at netop sådanne vaner er de legitime blandt arbejderklassens midaldrende mænd. En sådan tolkning støttes af at klassifikationsprincipperne – om end i knap så udtalt grad – deles med *De drikfældige*.

Det tyder altså på, at klassifikationsprincipperne skabes i hverdagsliv og fællesskabsnormer frem for gennem sundhedsdiskursens oplysningskampagner.

Lene Otto (1998) hævder, at alle, uanset livsformer, klasseskæb og socialgruppe vil svare enslydende på spørgsmål om sundhed pga. reglerne for italesættelse. Dette synes ikke at være tilfældet. Ligesom mønstrene her også peger i modsat retning af resultaterne af Wiuff & Grøns undersøgelse (2009), hvor samtlige borgere forholder sig til KRAM-faktorerne. Kristian Larsens (2010: 68) viser, hvordan velstillede unge adspurgt om sundhed taler om forhold som økologi, mens lavere positionerede unge definerer 'rigtig mad' som kød og kartofler. Han hævder dog samtidig at mennesker med forskellig social position vil have nogenlunde enslydende forestillinger om sundhed og usundhed. I nærværende, hvor klassifikationsprincipper ikke deles af alle lader det dog til, at sundhedsdiskursen og den symbolske vold har begrænset rækkevidde.

I *Culture, Class, Distinction* (2009: 215ff) konkluderer Bennett et al, at det, de klassificerer som 'legitim kultur' har mindre betydning i England i dag, end i Bourdieus franske studie i 1970'erne og at den kulturelle dominans derfor er mindre signifikant i deres studie end i Bourdieus Distinktion. Endvidere finder de – på trods af klasserelaterede mønstre i smag og praksis - at mange smagspræferencer deles på tværs af alle klasser, ligesom der ikke eksisterer en egentlig autonom arbejderklassekultur. Således finder de få aktiviteter, som er begrænsede til arbejderklassen, og konkluderer dermed at denne ikke udviser en særlig kulturel praksis. Dette indebærer ikke, at arbejderklassen er ubevidste om forskellene mellem deres og middelklassernes smag og praksis, men der er i det engelske studie ikke noget, som tyder på at arbejderklasserne og middelklasserne aktivt definerer sig selv i modsætning til de andre.

Set i lyset af dette er det så meget desto mere interessant at arbejderklassernes midaldrende mænd i nærværende sammenhæng synes at tage aktiv afstand fra sundhedsdiskursen og dennes legitime sundhedspraksis ved hverken at definere egen sundhedsadfærd i forhold til den, eller ønske at leve efter den.

Lars-Henrik Schmidt (2009: 247) skriver om rygning, at "*Hvor røgen og rygning engang var inkarnationen af det sociale, er det nu om stunder blevet lagt for had og patologiseret i en grad, der styrer gennem skrækken for at blive udlagt som patologisk tilfælde, som svag, som udpeget, ostrakeret: til eksil*". Ifølge Schmidt (ibid: 245) beror oplysningskampagner mod rygning desuden på en formodning om at rygerne ikke selv er klar over, hvilken sundhedsrisiko de med rygningen udsætter sig selv (og andre, gennem passiv rygning) for. Han mener, at det i dag bør være alment anerkendt, at rygere ingenlunde er uvidende om risici ved adfærden, men at de derimod vælger at udøve den frihed, der forbindes med rygning, ud fra et andet syn på verden end de, Schmidt betegner som 'de professionelle opdragere'.

Han fortsætter, at argumenterne mod rygning handler om, at rygerne belaster det øvrige samfund. Er en sådan holdning til rygning – eller rettere til rygerne – generelt gældende, så kræver særligt det at være ryger og ikke have et ønske om rygestop, formodentlig en vis form for standhaftighed og ligegyldighed overfor at blive udpeget som svag eller 'til eksil', og desuden en afstandtagen fra den herskende sundhedsdiskurs. Lars-Henrik Schmidt ser netop selvbestemmelse som nært forbundet med rygning og angiver om rygeren (som generaliseret type), at "*Han ser stort på etiketten for at søge sit eget behov eller begæret efter åndsfæller: han gør, hvad han har lyst til*" (Schmidt 2009: 241). Således ser Schmidt rygning som et udtryk for en personlig frihedstrang der trodser gældende normer.

At *Rygerne* er karakteriserede af en sådan frihedstrang underbygges af, at de er væsentligt overrepræsenterede i angivelsen af liberale sundhedspolitiske holdninger. Set i lyset heraf kan man spørge sig selv hvorfor de overhovedet har valgt at udfylde et spørgeskema fra en offentligt iværksat folkesundhedsundersøgelse – måske kan dette i sig selv være en form for aktiv modstand mod samfundet, (ryge)politikker og sundhedsdiskurs? Larsen & Dahls studie (2009) viser hvordan personer som indtager dominerede positioner på samme tid kan overtage de dominerendes klassifikationsprincipper og tage afstand fra den. Tilsvarende er det muligt, at *Rygerne* på én gang er underlagt den moraliseren, som er indlagt i sundhedsdiskursen og samtidig tager afstand fra den. Larsen (2010: 64) påpeger, at selv de mest afstandtagende må distancere sig *fra* de legitime klassifikationsprincipper.

At det kan anskues som modstand bliver først rigtig tydeligt, når *Rygerne* relateres til *De svært overvægtige* kvinder, som indtager lignende positioner i et socialt rum. Rygning og overvægt er begge udkældte og omdiskuterede emner (Schmidt 2009 og Rugseth & Engelsrud 2007) men hvor *De svært overvægtige* kvinder ønsker vægttab og på sin vis efterspørger støtte hertil, så udviser *Rygerne* modstand mod sundhedsdiskursen ved at angive, at de ikke nødvendigvis ønsker rygestop, ikke ønsker at spise eller være fysisk aktive i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefa-

Kapitel 7 Klyngeanalyse

linger, og ikke mener det offentlige bør blande sig i borgernes sundhed. Hvor *De svært overvægtige* kvinder giver udtryk for ønsker om at underlægge sig normerne for legitim sundhedsadfærd, så udtrykker mændene fra arbejderklassen en holdning til at *de har ret* til at ryge, spise usundt, være inaktive – og i øvrigt selv klassificere sig anderledes. Hermed udviser de på en gang en form for overlegenhed overfor kvinderne, og samtidig modstand eller modmagt mod sundhedsdiskursen. Dette dobbelte forhold stemmer overens med Wiuff & Grøns fund om en dobbelt social sammenhæng, hvor både de mest og mindst forandringsvillige findes blandt lavt positionerede. Med Bourdieus teori kan disse to måder at forholde sig til sundhed være udtryk for det samme; dominans og afmagt.

I afsnittet om Bourdieus klasseforståelse i kapitel 2 diskuterede jeg klassernes ontologiske status; som *klasser på papiret*, som i 'bedste fald' kan give *tilbud om klasser* i marxistisk forstand. Uden at gå i dybden med det for nærværende er det en kuriøs tanke, om der med diverse foreninger og modstandsgrupper mod begrænsninger på rygning (projekt '*Tobak i fred og ro*' www.rygere.dk, *Danmarks Rygerforening* og offentlige personligheder som Kim Larsen, Erik Clausen og Johnny Madsen som frontfigurer) kan være tale om en form for klasseoprør mod de offentlige begrænsninger på rygning, og dermed, at rygerne har mobiliseret sig mod sundhedsdiskursen.

Trods eksempler på, hvordan arbejderklassernes mænd søger autonomi gennem styrke, fastholdelse af løssluppen livsstil etc., er der ingen tvivl om, at arbejderklassernes symbolske autonomi generelt er stærkt begrænset. I overskriften har jeg – udover 'modmagt' indskudt et 'afmagt?'. Både *De drikfældige* og *Rygerne* rapporterer – på trods af godt selv vurderet helbred - talrige belastninger og stressfaktorer. Således kan det, jeg har betegnet som modmagt være deres særlige måde at give udtryk for afmagt ('lad mig i det mindste have mine cigaretter/øl').

I det foregående har jeg forholdt mig til punkt tre i fremgangsmåden i besvarelsen af problemstillingen. Jeg vil nu samle op på det foregående og rette opmærksomheden mod det sidste punkt og besvarelse af selve problemstillingen.

Opsamlende og konkluderende

Om den sociale uligheds udfordring af sundhedsdiskursen

I kapitel 1 har jeg opridset sundhedsfeltet og eksisterende viden om sundhed med fokus på social ulighed og konkluderede på baggrund heraf, at sundhed må anskues bredt. Dette står i modsætning til den offentligt forankrede sundhedsdiskurs' snævre fokus på sundhedsadfærd og indbyggede præmis om sundhedsadfærd som rationelt tilrettelagt med afsæt i viden og med sundhed som mål. Hermed antages implicit at sundhed per se har betydning for alle. Dette er baggrunden for specialets problemstilling om, hvordan social ulighed kan udfordre sundhedsdiskursen.

Korrespondance- og klyngeanalysen viser tydelige mønstre i fordelingen af sundhedsadfærd og sammenhænge med baggrundsfaktorer, helbred og trivsel. Dette underbygger, at sundhed skabes i et bredt samspil mellem en række af livets områder og peger på, at fokus på adfærd og KRAM-faktorer som selvstændige størrelser uafhængige af den samlede livsstil, -situation og -betingelser er inadækvat.

I første del af korrespondanceanalysen har jeg udarbejdet et rum for sundhedsadfærd, hvor forskellige former for sundhedsadfærd optræder sammen eller i modsætning til hinanden. Udover KRAM-faktorer inddrages temaerne *Vægt og Helbred*, borgernes egne vurderinger af sundhedsadfærd og -tilstand samt forandringsparathed. I rummet tegnes en hierarkisk opposition mellem sundt og usundt, og mellem to forskellige måder at være usund på: (Svær) overvægt overfor rygning og stort alkoholforbrug. Det mest bemærkelsesværdige i rummet for sundhedsadfærd er, at forandringsparathed optræder sammen med moderat usunde vaner; ikke sammen med de meget usunde (temaet *Vægt* undtaget).

Jeg har undersøgt fordelingen af sociale baggrundsfaktorer som supplementærpunkter i rummet for sundhedsadfærd. Herved sås, at næsten samtlige supplementærvariable afviger betydningsfuldt fra hinanden langs akserne og dermed er relateret til oppositionen mellem sundt og usundt.

De sociale forskelle synes at spille sammen med kønslige forskelle. De mest privilegerede borgere – både kapital- og sundhedsmæssigt - er *De sunde* mænd. Disse indtager en dobbelt dominerende position, og står i modsætning til de tre klynger, jeg kalder sundhedsprojektets 'store' tabere. De ældre kvinder, som er svært overvægtige, afholdende og tilsyneladende ikke kan tage stilling til spørgsmålene om egen sundhed skaber kontrasten til de privilegerede mænd i gruppen med *De sunde*. De yngre sunde mænd danner modsætningen til *De omniusunde* mænd, som fremstår ikke-maskuline og ligeledes dominerede. Endelig er *De svært overvægtige* kvinder repræsentanter for det stillesiddende, overvægtige og ikke-handlekraftige, og fremstår samlet set som dobbelt dominerede, både i forhold til de privilegerede *moderat overvægtige* (mildere grad af samme usunde adfærd), og i forhold til *Rygerne* og *De drikfældige*; den kønslige modsætning med lignende sociale positioner.

Udover at vise sociale forskelle i sundhedsadfærd, tyder meget i analyserne på at forskellene er kulturelle; at der er forskellige måder at være sammen på, forskellige formål med sundhedsadfærd (selv, når der er tale om samme adfærd). Det peger i retning af, at sundhed i sig selv ikke har betydning for alle, og der synes at være belæg for at tale om sundhedsadfærd som noget habituel. Hermed kan opstilles en paraply-hypotese, som kan rumme de fire hypoteser præsenteret i kapitel 1: Social ulighed i sundhed er relateret til forskelle i sundhedshabitus. Habitusbegrebet kan ikke

fange forhold, som samfundsmæssige rammer, måden sundhedsvæsen, arbejdsmarked etc. er struktureret på, men den kan rumme samspillet mellem social position, muligheder for indflydelse på hverdagen (givet med social position), adfærd, helbred, og det at kunne trække på et netværk andre mennesker. De fire hypoteser i kapitel 1 retter sig hver især mod (nogle af) disse forhold og sammenhænge, hvorfor en habitus-hypotese forekommer oplagt til at skabe et mere samlet billede af samspillet mellem dem.

Forstås sundhedsadfærd som noget habituel, bliver den netop til i relationen mellem potentielle muligheder for sundhedsadfærd, indskrevet i agenternes kroppe, og givet med social position på den ene side og sundhedsdiskursen og samfundsmæssige rammer for sundhed på den anden side. Sundhedshabitus udstyrer individet med mentale strukturer og perceptionsskemaer, som afgør, hvilke handlinger, der forekommer adækvate i en given situation. Når korrespondance- og klyngeanalysen viser, at ikke alle borgere finder de handlinger adækvate, som fremstilles som sådan med sundhedsdiskursen, så er det altså et spørgsmål om forskellige habitus. Korrespondance- og klyngeanalysen viser desuden, at sundhedsdiskursen adresserer de grupper af borgere, som orienterer sig i forhold til viden, hvorimod de øvrige grupperingeringer tilsyneladende ikke rammes med sundhedsbudskabets form.

Sundhedsdiskursens normativer afspejler (i høj grad) de dominerendes livsstil og positioneringer; de lavere positionerede usunde 'udstilles', og der moraliseres (de bør ændre livsstil og blive som de privilegerede). Dermed sker på samme tid en inklusion af de privilegerede grupper og en eksklusion af mindre privilegerede grupper, hvilket er problematisk, hvis målet er 'Sundhed for alle'. Dertil kommer at eksklusionen fremstår som selvforskyldt; de usunde har selv valgt at leve sådan, og alle har ret til at moralisere overfor og pege fingre af ikke bare den usunde livsstil, men også dens udøvere, som tillægges en række negative personlige egenskaber.

Bourdieu's teori er centreret om spørgsmålet om, hvordan dominansforholdet består. Når sundhedsdiskursen adresserer de privilegerede borgere er den konstituerende for den sociale ulighed i sundhed, og sikrer dermed dominansforholdets beståen.

Det er oplagt at anskue folkesundhedsundersøgelserne med tilhørende sundhedsprofiler som endnu et bidrag til at skabe og fastholde sundhedsdiskursen; som et redskab til at få borgerne til at 'tænke i sundhed' ved at svare på en lang række udførlige spørgsmål herom. Som beskrevet udtrykker folkesundhedsundersøgelsens data ikke noget eksplicit om, hvorvidt borgerne er bevidste om og forholder sig til sundhed – når de ikke bliver direkte spurgt. Med ovenstående analyser er der imidlertid meget som tyder på, at særlige grupper af borgere ikke beskæftiger sig med sundhed, eller i hvert fald ikke med sundhed, som denne italesættes med sundhedsdiskursen; de efterlever ikke normativerne, og klassificerer heller ikke deres praksis i forhold til disse.

Særligt interessant er det, at arbejderklassens mænd, *Rygerne*, åbenbart har meldt sig helt ud af sundhedsprojektet, og der er ligefrem meget, som tyder på, at de udøver en aktiv modstand mod sundhedsdiskursen. De hverken lever efter anbefalingerne eller ønsker at gøre det – og i øvrigt klassificerer de sig selv og deres livsstil ud fra helt andre principper end de, som italesættes med sundhedsdiskursen. Man kan spørge, hvilke muligheder dette giver folkesundhedsarbejdet for iværksættelse af forebyggelses- og sundhedsfremmetiltag.

For en sundhedsdiskurs, som hævder at have social lighed i sundhed som mål er det problematisk, at pligten til at påtage sig eget ansvar for sundhed italesættes, når det så viser sig, at særlige – lavt positionerede – grupper (*De svært overvægtige* og *De omniusunde*) tilsyneladende ikke magter at påtage sig dette ansvar. Dermed bliver de udpeget som repræsentanter for ikke-legitim 'sundhedsopførelse', og bliver (endnu) mere stigmatiserede, end de i forvejen er.

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Anskues sundhedsadfærd som habituelt kan man forestille sig, at det med henblik på at nærme sig et mål om lighed i sundhed, vil være mere oplagt at adressere selve den sociale ulighed, end at fokusere på adfærd (som rationelt tilrettelagt). Muligvis ville dette i sig selv gøre, at grupper som *Rygerne* ikke ville opleve behov for at yde modstand mod sundhedsdiskursens moraliseren og dermed være lettere at få i tale.

Tilbage står spørgsmålet om, hvorvidt 'Sundhed for alle' og social lighed i sundhed er en utopi - med et bourdieusk fokus på reproduktion af dominansforhold er det formentlig utopi. På baggrund af det ovenstående står det uanset hvad klart, at tilgangen til sundhed i den nuværende sundhedsdiskurs næppe vil føre til lighed i sundhed, og netop derfor synes det uærligt at plædere dét som hovedmål i en folkesundhedspolitik med form som den nuværende.

Abstract

Title: Health for everyone? An investigation of health conduct, health discourse and social inequality

Project aim: To investigate how is the health discourse challenged by social inequality?

Background: It is paradoxical that Danish public health promotion claims to support the WHO's health definition in which health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, while simultaneously health promotion and the studies that form the basis of this seems narrowly focused at health-related behavior and KRAM factors such as diet, smoking, alcohol and exercise.

Health promotion aims at a behavioral pattern that is both intentionally and rationally planned out – and for that purpose a question of free will. Thereby, the citizens become responsible for their own health and illness. In that way, health promotion becomes a question of educating the population to a right way of living by following norms articulated by the government - hence, "healthy life/living" merges with "the way of live" or "the good life".

Purpose: The purpose of this thesis is to convey a widespread image of the total correlations of health-related elements in lifestyle and set of social background factors among citizens in The Central Denmark Region, and thereby create a frame of reference for the further discussion of the adopted health discourse.

This thesis is organized over these four intermediate aims:

1. To shed light on patterns in health conduct and how these patterns are grouped identical or in contrary to each others
2. To analyze how these patterns relate to social inequality
3. To investigate the possibility of devising ideal typical groups of citizens – alike in manners of health conduct and social background
4. To discuss the actual approach to health promotion within the ruling health discourse in matters concerning both planning initiatives as well as the underlying research

Method: The analysis uses data from Public Health Investigation Questionnaire as its starting point (How are you ? 2010) provided in The Central Denmark Region in 2010.

Multiple Correspondence Analysis is used to create a space for health conduct and thereby contextualize

Health conduct related to e.g. social background factors. The analysis is extended with Cluster Analysis, which enables the creation of groups that are statistically and internally alike in regards to health conduct and social background while differing externally.

Theoretical frame: Pierre Bourdieus offers with his Theory of Practice an overall frame of reference for understanding health conduct. Bourdieu's conceptual framework provides an alternative to the public health discourse's focus on rational behaviour; understanding why different human beings act and react differently when it comes to healthy

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

lifestyle, and why this is related to social inequality. In the eyes of Bourdieu, behaviour is a product of embedded physical structures (habitus) within a set of opportunities obtained along with social standing/status and more overall structures of society. Hereby, Bourdieu challenges the focus of Public Health Promotions on individual choices in health life style.

Conclusion: Health conduct is habitual. There seems to be clearly defined groups with similar behavioural patterns related to position in social space. When health programmes address health behaviour as knowledge-based rational choice it gives preferential treatment to the privileged citizens, who base their health conduct on knowledge, while simultaneously overlooking the less privileged groups of citizens, who base their health behaviour on other things if at all involved in their health.

Thus, health promotion discursively constructs the way of life of the privileged as the legitimate lifestyle. Hence, it is constituent for the social inequality in health.

Bilagsoversigt

BILAG 1

KRAM-faktorer

Betydning for levetid og sygdom samt Sundhedsstyrelsens anbefalinger

BILAG 2

Danske politiske folkesundhedsprogrammer

Oversigt og overordnet præsentation

BILAG 3

KRAM-resultater og datagrundlaget

Kortformet oversigt over KRAM-resultater fra Region Midtjyllands sundhedsprofil 'Hvordan har du det? 2010' samt om datagrundlaget (svarprocenter, repræsentativitet)

BILAG 4

Korrespondanceanalyse

Udførlig gennemgang og udeladte resultater

BILAG 5

SPAD output til korrespondanceanalysen

Word dokument og Excel fil

BILAG 6

Valg af model til SMCA

Gennemgang af modeller med/uden lavfrekvente modaliteter og filterkategorier

BILAG 7

MCA rum for KRAM

Model kun med KRAM-faktorer

BILAG 8

Klyngeanalyse

Uddybende beskrivelse af metoden

BILAG 9

SPAD output til klyngeanalysen

Word dokument og Excel fil

Referencer

- Andersen, Jakob (2008a): "Myterne om den skæve sundhed". I Diderichsen, Finn et al (2008) *Den Tunge Ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i det danske samfund*(85-97). København: Dagens Medicin Bøger.
- Andersen, Jakob (2008b): "Den usunde ulighed". I Diderichsen, Finn et al (2008) *Den Tunge Ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i det danske samfund* (99-109). København: Dagens Medicin Bøger.
- Andersen, Pernille Tanggaard & Timm, Helle (2010): "Indledning". I Andersen, Pernille Tanggaard & Timm, Helle (red.): *Sundhedssociologi – en grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Antonovsky, Aaron (2003, dansk oversættelse): *Helbredets mysterium – at magte stress og forblive rask*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Baadsgaard, Mikkel & Brønnum-Hansen, Henrik (2011): Stigende social ulighed i levetid. København: Statens Institut for Folkesundhed og Arbejderbevægelsens Erhvervsråd. (http://www.si-folkesundhed.dk/upload/ae-sif_stigende_social_ulighed_i_levetiden_januar_2011.pdf verificeret d. 21. April 2011)
- Bennett, Tony et al (2009): *Culture, Class, Distinction*. OXON. Routledge
- Bergh, Andreas (2011): *Sammenhæng mellem ulighed og ringe livskvalitet er ikke bevist*. Information 1. sektion s. 18. 24. febr. 2011. (<http://www.information.dk/260571> - verificeret d. 18. april 2011)
- Bourdieu, Pierre (1984): *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Engelsk udg. af *La Distinction. Critique sociale du judgement* (1979). Oxon: Routledge.
- Bourdieu, Pierre (1985): *The social space and the genesis of groups*. I *Theory and Society* Volume 14, Nummer 6 (723-744)
- Bourdieu, Pierre (1995): *Distinksjonen. En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Norsk udg. af *La Distinction. Critique sociale du judgement* (1979). Pax Forlag.
- Bourdieu, Pierre (1997): *Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen*. Dansk udg. af *Raisons pratique. Sur la théorie de l'action* (1994) København: Hans Reitzels Forlag
- Bourdieu, Pierre (1998): *Den maskuline dominans*. Dansk udg. 1999. Tiderne Skifter
- Bourdieu, Pierre (2005): *Udkast til en praksisteori*. Dansk udg. af *Esquisse d'une théorie de pratique – précédé de trois études d'ethnologie kabyle* (1972). København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, Pierre & Wacquant, Loïc (1996): *Refleksiv sociologi*. Dansk udg. af *Reponse* (1992). København: Hans Reitzels Forlag.
- Börjesson, Mikael (2009): "Om kunsten at konstruere sociale grupper" I Hammerslev, Ole, Hansen, Jens Arnholtz & Ida Willig (2009): *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Bourdieu* (s. 101-119). København: Hans Reitzels Forlag.
- Center for Folkesundhed (februar 2010): *Faktaark om Region Midtjyllands folkesundhedsundersøgelse 'Hvordan har du det 2010'*.
http://www.centerforfolkesundhed.dk/files/Sundhed/Folkesundhed/Sundhedsfremme%20C3%85rhus/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET_2010/Hjemmesiden/Faktaark_HHDD_2010.pdf valideret d. 08.11.2010
- Christensen, Anne Illemann et al (2009): *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*. Statens Institut for Folkesundhed. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Trygfonden smba.

Referencer

- Danmarks Statistik (2006): DUN 2006: *Dansk Uddannelsesnomenklatur*. S. 6. København: Danmarks Statistik/Undervisningsministeriet <http://www.dst.dk/upload/dun.pdf> verificeret d. 20. april 2010
- De Vaus, David (2001): *Research Design in Social Research*. London: SAGE Publications.
- Diderichsen, Finn & Curtis, Tine (2008): "De Sociale Forskelle I Sundhed". I *Den Tunge Ende. Sandhederne Om Uretfærdighederne I Den Danske Sundhed* (15-25). København. Dagens Medicin Bøger
- Ekholm O, Kjølner M, Davidsen M, Hesse U, Eriksen L, Christensen AI, Grønbæk M. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2006.
- Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. Region Hovedstaden <http://www.regionh.dk/fcfs/Menu/> verificeret d. 20. april 2010
- Forebyggelseskommissionen (2009): Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse: Betænkning 1506. København: Forebyggelseskommissionen
- Fødevarestyrelsen (jan 2009, 3. Udg.): *Kostkompasset – vejen til en sund balance*. http://www.foedevarestyrelsen.dk/Publikationer/Alle_publikationer/2010/206.htm verificeret d. 20. april 2010
- Glasdam, Stinne (2009): "Folkesundhed – menneskehedens interesse par excellence". I Glasdam, Stinne (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv* (17-27). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck & Dansk Sygeplejeråd.
- Greenacre, Michael (2006): "Tying up the loose ends in simple, multiple and joint correspondence analysis". I *Compstat 2006 – Proceedings in computational statistics*. 2006, part III, 163-185
- Groth, Margit Velsing & Fagt, Sisse (2003:9): *Danskernes kostvaner - Måltidsvaner, holdninger, sociale forskelle og sammenhæng med anden livsstil*. Udarbejdet for Fødevarestyrelsen. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. <http://www.foedevarestyrelsen.dk/fdir/pub/2003009/rapport.pdf>. Verificeret d. 23. april 2011
- Guldberg Møller, Jørgen (19. Maj 2008): *Steen Wackerhausen og "Det åbne sundhedsbegreb"*.
- Gunnarsen, Stefan Jul & Bisgaard, Margrethe Pihl (red.) (2010): *Statistisk Årbog 2010*. København: Danmarks Statistik
- Hammerslev, Ole & Hansen, Jens Arnholtz (2009): "Indledning" I Hammerslev, Ole, Hansen, Jens Arnholtz & Ida Willig (2009): *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Bourdieu* (s. 11-33). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hjellbrekke, Johannes (1999) *Innføring i korrespondanceanalyse*. Bergen. Fagbokforlaget
- Holstein, Bjørn (2008): "Social ulighed i helbred og sundhed – årsagsmekanismer og indsatsområder". I *mi(d)t Liv*. Februar 2008 (nr. 1: 4-7). Århus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland.
- Høyen, Marianne (2010): *Introduktion til korrespondanceanalyse*. Metodeserie for Social- og Sundhedsvidenskaberne, bind 3. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. VK-regeringens folkesundhedsprogram. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2002/Sund%20hele%20livet.aspx verificeret 21. April 2011)
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2010): LBK nr 913 af 13/07/2010. *Bekendtgørelse af Sundhedsloven*. <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=130455> verificeret d. 18. april 2011

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Iversen, Lars & Groth, Margit (2002): "Livsstil og helbred". In Iversen, Lars, Kristensen, Tage Søndergård, Holstein, Bjørn Ewald & Pernille Due: *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom (182-205)*. København: Munksgaard Danmark.

Jensen, Bente et al (2007): *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Juel, Knud (2010): *Aldersgrupper alkoholforbrug. Uddannelsesniveauer spiller ind på ældres men ikke yngres alkoholvaner*. Ugens tal for folkesundhed, uge 50. Statens Institut for Folkesundhed http://www.sifolkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/50_2010.aspx verificeret d. 20. april 2010

Jæger, Mads Meier (2003): *Korrespondanceanalysen – et sociologisk værktøj*. Socialforskningsinstituttet (s. 1-16). <http://www.sociology.ku.dk/kursfil/1143030642604.pdf>

Kjøller, Mette, Juel, Knud & Finn Kamper-Jørgensen (red.) (2007): *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Kristensen, Tage Søndergård (2002): "Sygdom og årsager til sygdom". I Iversen, Lars, Kristensen, Tage Søndergård, Holstein, Bjørn Ewald & Due, Pernille (red): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom (15-42)*. København: Munksgaard Danmark.

Kühnau, Anders et al (marts 2009): *Sociale forskelle i sundhed. Anbefalinger fra det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed*. Det midlertidige udvalg vedrørende sociale forskelle i sundhed, Region Midtjylland. http://www.regionmidtjylland.dk/politik/regionsr%C3%A5dets+m%C3%B8der/visdagsorden?file=20-05-2009/Aaben_dagsorden/Bilag/Punkt_26_Bilag_1____.PDF

Larsen, Finn Breinholt & Nordvig, Louise (2006): *Hvordan har du det? 2006. Sundhedsprofil for region og kommuner*. Århus. Center for Folkesundhed. <http://www.regionmidtjylland.dk/files/Sundhed/Folkesundhed/Sundhedsfremme%20Århus/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET/HVORDAN%20HAR%20DU%20DET%202006%20til%202008/HHDD%20profil%20-%20Revideret%202008.pdf>

Larsen, Finn Breinholt, Ankersen, Pia Vedel, Poulsen, Stine (2011): *Hvordan har du det? 2010. Sundhedsprofil for region og kommuner | voksne*. Århus: Center for Folkesundhed.

Larsen, Kristian (2010): "Pierre Bourdieu". I Andersen, Pernille Tanggaard & Timm, Helle: *Sundheds sociologi. En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag (51-77)

Larsen, Kristian & Dahl, Mette Ryssel (2009): *Marginale på Langeland: Socialt udsattes opfattelser af eget liv og sundhed belyst i et sociologisk perspektiv (udarbejdet for Langelands Kommune)* https://pure.dpu.dk/ws/fbspretrieve/478/larsen_og_dahl_Sundhedsundersogelse_Langeland_kommune_nov_2009.pdf verificeret d. 18. april 2011

Lebart, Ludovic (1993): "Complementary Use of Correspondence Analysis and cluster Analysis" I Grenace, Michael j. & Blasius, Jörg (eds): *Correspondence Analysis in the Social Sciences: Recent Development and Applications*. (s.162-178). San Diego: Academic press

Le Roux, Brigitte & Rouanet, Henry (2004): *Geometric Data Analysis: from Correspondence Analysis to Structured Data Analysis*. Dordrecht: KLUWER ACADEMIC PUBLISHERS

Le Roux, Brigitte & Rouanet, Henry (2010): *Multiple Correspondence Analysis*. London: SAGE Publications Ltd.

Lolle, Henrik (juli 2006): *SPSS® syntax. Rekodninger og beregninger med SPSS' programmeringssprog*. Aalborg Universitet: Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning.

Referencer

- Lund, Rikke & Due, Pernille (2002): "Sociale relationer og helbred" In Iversen, Lars, Kristensen, Tage Søndergård, Holstein, Bjørn Evald & Pernille Due: *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom (87-104)*. København: Munksgaard Danmark.
- Mandag Morgen & Trygfonden (2008): *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*. København: Mandag Morgen og Trygfonden (<http://www.e-pages.dk/trygfonden/55/> verificeret 22. April 2011)
- Møller, Jørgen Guldborg: Sund&Hed 19. Maj 2008: *Verden udenfor – Steen Wackerhausen og "Det åbne sundhedsbegreb"* <http://sundoghed.dk/768/verden-udenfor/>. verificeret d. 5. Januar 2011
- Nielsen, Claus Vinther, Michelsen, Niels & Britt Toftgaard Jensen (2004): "Klinisk socialmedicin – baggrund og begreber". I Michelsen, Jensen, Nielsen et al: *Klinisk socialmedicin*. Kap 1, s. 1-24. Uddrag findes på <http://www.forlag-fadl.dk/Default.aspx?tabid=36&txtSearch=socialmedicin&List=0&productid=138>. verificeret d. 25. Februar 2011
- Osler, Merete & Andersen, Anne-Marie Nybo (2002): "Social ulighed i helbred". I Iversen, Lars, Kristensen, Tage Søndergård, Holstein, Bjørn & Due, Pernille (red.): *Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom (105-127)*. København: Munksgaard Danmark.
- Otto, Lene (1998): *Rask eller lykkelig: Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Prieur, Annick (1998): "Forholdet mellem kønn og klasse med udgangspunkt i Bourdieus sosiologi". I *Sociologisk tidsskrift* årgang 6, nummer 1-2 (131-146)
- Prieur, Annick (2006): "En teori om praksis". I Prieur, Annick & Sestoft, Carsten: *Pierre Bourdieu. En introduktion*. (23-69): København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, Annick, Rosenlund, Lennart & Skjøtt-Larsen, Jakob (2008): *Cultural capital today: A case study from Denmark. Poetics. Journal of imperial research on culture, the media and the arts*. 36 (1 s. 45-70)
- Prieur, Annick & Rosenlund, Lennart (2009): "At konstruere et socialt rum" I Hammerslev, Ole, Hansen, Jens Arnholtz & Willig, Ida (2009): *Refleksiv sociologi i praksis. Empiriske undersøgelser inspireret af Bourdieu* (s. 120-145). København: Hans Reitzels Forlag.
- Prieur, Annick & Rosenlund, Lennart (2010): *Kulturelle skel i Danmark*. Dansk Sociologi (Vol 21 nr 2 s 47-77)
- Rosenlund, Lennart (1995): *Korrespondanseanalyse. Dataanalysens «magiske øye»*. I *Sociologisk tidsskrift* 1995. Årgang 3, nummer 1 (55-77). Oslo: Scandinavian University Press.
- Rosenlund, Lennart & Prieur, Annick (2006): "Det sociale rum, livsstilenes rum – og La Distinction". I Prieur, Annick & Sestoft, Carsten: *Pierre Bourdieu. En introduktion*. (115-155). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rugseth, Gro & Engelsrud, Gunn (2007): "Overvågning av vekt". I Engelsrud, Gunn & Heggen, Kristin (red.) (2007): *Humanistisk sykdomslære. Tanker om helse og velvære, sykdom og diagnose*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schmidt, Lars-Henrik (2009): "Røgslør". I Glasdam, Stinne (red.): *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv (240-248)*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck & Dansk Sygeplejeråd.
- Sestoft, Carsten (2006): "Om Pierre Bourdieu og hans værk". I Prieur, Annick & Sestoft, Carsten: *Pierre Bourdieu. En introduktion*. (9-22-). København: Hans Reitzels Forlag.
- Skjøtt-Larsen, Jakob (2008): *Klasse, kultur og politik: Social differentiering i det postindustrielle Aalborg*. Aalborg: Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation. Ph.D. afhandling

Sundhed for alle?

- En undersøgelse af sundhedsadfærd, sundhedsdiskurs og social ulighed

Statens Institut for Folkesundhed (uge 34, 2006): *Social ulighed i helbredsrelateret livskvalitet – Markante sociale forskelle i kvalitetsjusterede leveår*. Ugens tal for folkesundhed. Syddansk Universitet: Statens Institut for Folkesundhed.

Sundhedsministeriet (1999): *Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008*. København: Sundhedsministeriet

Sundhedsstyrelsen (August 2010): *Sundhedsstyrelsens nye udmelding vedrørende alkohol*. København: Sundhedsstyrelsen.

http://www.sst.dk/~media/Sundhed%20og%20forebyggelse/Alkohol/AlkoholudmeldingAug2010/NOTAT_alkoholudmelding_aug_2010.ashx

verificeret d. 18. april 2011

Sundhedsstyrelsen. *Sundhedsstyrelsens anbefalinger til voksne vedrørende fysisk aktivitet*

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Anbefalinger%20til%20voksne.aspx>, verificeret d. 8. dec. 2010

Toft, U et al (2007): *The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study*. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden. IN European Journal of Vlinical Nutrition (2007) 61, 270-278

Vinther-Jensen, Kirsten & Nielsen, Claus Vinther (2004): "Sundhedsfremme og forebyggelse". I Michelsen, Jensen, Nielsen et al: *Klinisk socialmedicin*. (40-49).

Vallgård, Signild (2001): *Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway And Sweden*. European Journal of Public Health. Dec 2001, 11 (4): 386-392).

Wilken, Lisanne (2006): *Pierre Bourdieu*. København. Roskilde Universitetsforlag

Wilkinson, Richard (2005): *The Impact of Inequality: How to Make Sick Societies Healthier*. Routledge

Wiuff, Marie Brandhøj & Grøn, Lone (2009): *Sårbarhed og handlekraft. Borgere og praktiserende lægers forståelse og italesættelse af sociale forskelle i sygdom og sundhed*. København: Dansk Sundhedsinstitut.

World Health Organization (1946): Indledningen til Konstitutionen af World Health Organization som vedtaget på International Health Conference, New York, 19. Juni – 22. Juli 1946; underskrevet 22. Juli 1946 af repræsententerne fra 61 stater (Official Records of the World Health Organization, nr. 2: 100)

Zierau, F et al (2005): *Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers*. IN Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation 2005; 65: 615-622