



En modfortælling:

PARADOKSER OM STAT, SUNDHEDS- VÆSEN, PROFESSIONER, VIDEN, SYGDOM OG SUNDHED

*Om faktorer der sikrer status quo
– i et samfund der hylder forandring og udvikling*

Af Kristian Larsen

Det kan være interessant at belyse samfundsmæssige sider som ofte forsvinder i politisk ideologiske konstruktioner om stat, sundhedsvæsen, profession, styring, politik, patienter og sygelighed. Hensigten med denne artikel er at komme bag om nogle politiske og hverdagslige talemåder om sundhedsvæsenet og fremstille de økonomiske, sociale og kulturelle forhold, som er med til at forme samme væsen. Styrken her er at tillægge en beskrivelse og en forklaring af sociale forhold, og det er ikke hensigten at bidrage med normative ideer, dvs. anbefalinger om, hvordan dette eller hint kan forbedres. Bestræbelsen er som Nikolas Rose (2009) beskriver om sit arbejde, at han er kritisk men ikke kritiserende, at han foretager en slags mapping dvs. en kortlægning, som kan anvendes af andre til vurdering – men han vurderer ikke selv. Der lægges selvfølgelig en retning gennem det,

der tages frem og måden det gøres på. Det kritiske består i at en sådan synliggørelse eller afsløring, kan blive et kritisk medblik for aktører i og om sundhedsfeltet fx politiske beslutningstagere, ledere og administratorer, professionelle og brugere-klienter-patienter. Dette at se og forstå et område på nye måder udgør en forpligtende indsigt, som kan afstedkomme nye og ændrede praksisformer.

Sociologiske perspektiver og begreber
Artiklen inddrager empiri fra egne og andres studier, og den er inspireret af en Bourdieusk sociologi, og særligt begreber om staten, domiansrelationer, habitus, symbolsk vold og doxa. Staten er central i denne artikel. Det er således værd kort at præsentere grundtanker om, hvad staten er for en størrelse. Staten og statslig regulering har direkte og indirekte stor betydning for



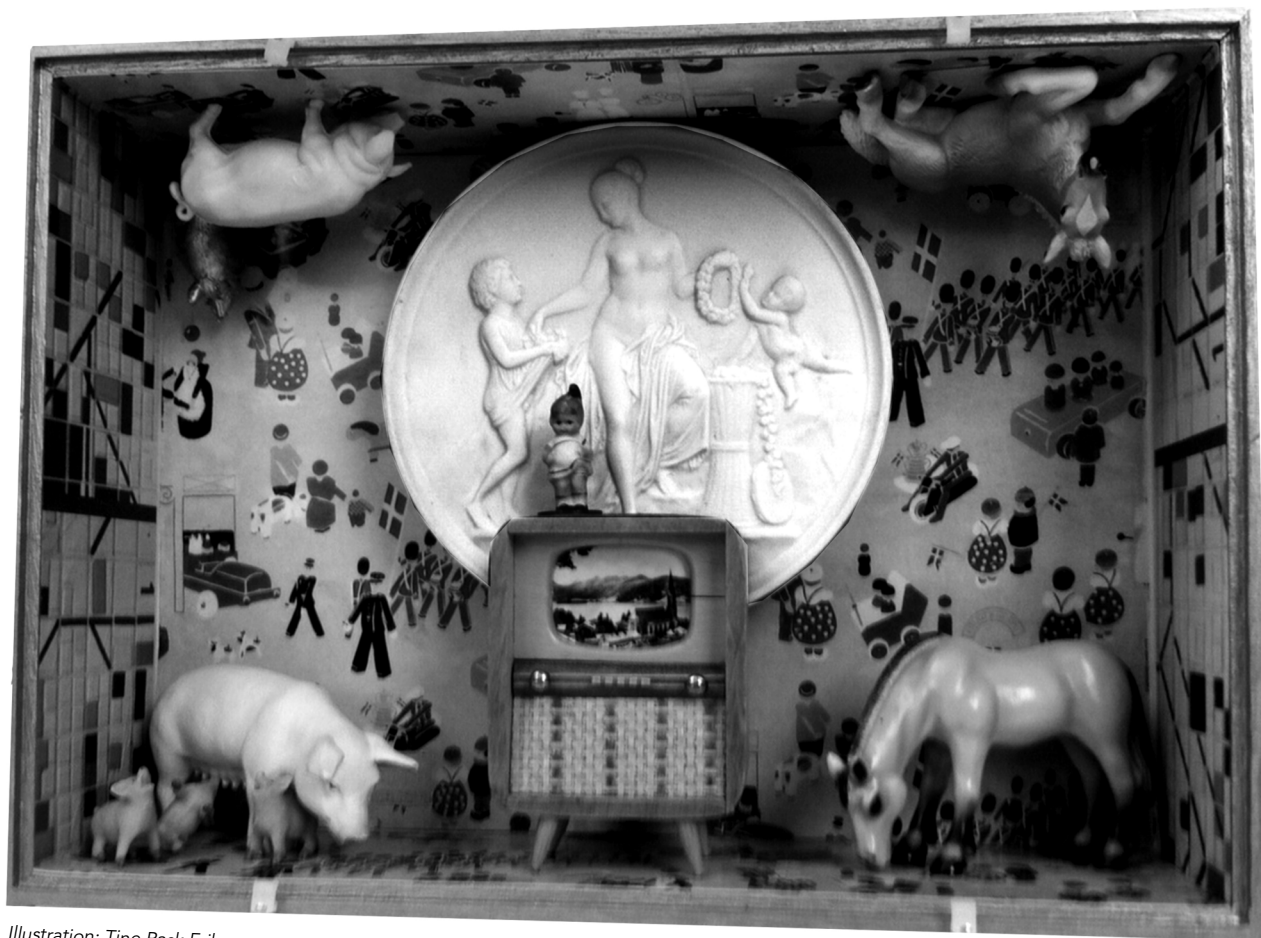


Illustration: Tine Rask Eriksen

regulering af det levede liv – herunder sundhed og usundhed. Dette sker gennem formel politik og regulering af ministerielle områder (finans-økonomi, arbejdsmarked, sociale-pædagogiske-sundhedsmæssige områder, uddannelse, undervisning mv.), men også gennem deltagelse i regulering og styring af videnskab, institutioner og professioner relateret til sundhed og andre områder som ejendomsforhold, skatteforhold, regulering mellem by/land osv. I et senere afsnit beskrives det, at det også foregår ved at noget og nogen autoriseres (fx problemstillinger, viden og ekspertise), mens andre og andet fortrænges. Sociologisk set er staten den eneste institution, der har retten til legitim brug af fysisk og symbolsk vold inden for et afgrænset territorium og over for den samlede befolkning i dette territorium (Bourdieu & Wacquant 1996). Hermed menes det diffuse, som staten udgør. Den

kan fx gå i krig, den kan sætte mennesker i fængsel eller pålægge dem militærtjeneste, undervisningspligt eller behandlingsdomme. Det er også effekter af staten, der er virksomme i os, når vi fx forsøger at skrive på den rette grammatiske måde. Staten har også været virksom, når sundhed over tid har uddifferentieret sig i et eget vidensområde, egne institutioner, eksperter, teknologier og konventioner som fx er nedfældet i love, regler og bekendtgørelser. Staten er ikke mindst relevant, når vi som almindelige mennesker orienterer os mod, hvordan en sund og normal krop ser ud og, hvordan den agerer. Vi har således inkorporeret staten i os, når vi ser ned af os selv eller andre og – helt overvejende uden at tænke over det – mærker eller sanser at dette eller hint er en for stor eller lille, eller for høj eller lav krop eller legemsdel. Eller når mange af os over 25 år har lært os, at

røg fra cigaretter ikke lugter godt. Begrebet habitus gør rede for det forhold, at vi er socialiseret under nogle socialt og historisk bestemte betingelser og de betingelser bliver så at sige bygget ind i vores krop og sjæl som en matrisse for, hvordan vi læser os selv og andre og mere eller mindre agerer i den sociale verden. Habitus er dog ikke en fast struktur som determinerer handling, den gør også rede for kreativitet i handlingerne.

Staten er også virksom i os, når vi fx som danskere helt grundlæggende forventer, at staten via dens institutioner og professioner bør træde til, når vi selv bliver syge eller trænger til hjælp på det sociale, pædagogiske eller sundhedsmæssige område. Staten og de forandringer der sker på sundhedsområdet fx via strid og konsensus mellem og ofte indenfor dominerende positioner (lægemiddelindustrien, bioteknologien, lægegruppen eller gruppen af økonomer eller jurister) afstedkommer også, at vi alle mere eller mindre har naturaliseret, at tænderne i høj grad er et privat anliggende at betale for, hvis der kræves kirurgi, mens brud på andre kropsdele stort set finansieres af statslige midler. Strid mellem medicinske specialer og odontologien har fået nedslag ikke blot i lovgivning (stor selvfinansiering af tandkirurgi og ingen af knækirurgi), men den er også nedsænket og naturliggjort i almindelige menneskers fortolkning. Sådan er det – i en social fortrængning af 'sådan er det nu, og sådan er det blevet'. Staten er således i denne sociologiske analyse helt overvejende noget, vi ikke registrerer, fordi vi i høj grad registrerer via den. Staten udgør det centrale medie igennem hvilken samfund, institutioner og individer filtreres. Oftest opdager vi først rigtigt den perceptionsmatrisse, som er virksom i os, når der sker forandringer fx når der lovgives om, at man ikke må ryge indenfor i offentlige institutioner, eller når der ændres på hævdevundne rettigheder om folkepension, krav til selvaktivitet før operation osv. Mere radikalt oplever vi, at det naturlige er kulturelt, når man fx rejser i lande, hvor ingen eller andre typer af stat er virksomme. Stat er således mest af alt virksom i os gennem alt det, vi ikke i det daglige tænker over. Vi kan gå uendeligt langt tilbage og langt ned i analyseniveauer og spørge: 'hvem eller hvad giver statsministeren den magi som

han/hun trækker på når han/hun skriver under på love' eller 'hvem eller hvad tillægger lægen den magi som han/hun trækker på, når han/hun udskriver attester' (sygdomsattest, invaliditetsattest) (Bourdieu & Wacquant 1996, p. 120-121). Altså hvorfra stammer den autoritet, som autoriserer den autoriserende? Man tvinges til en uendelig regression, men det første eller det sidste led i den indvielseshandling, kan vi betegne stat (Larsen 2010).

Staten tænkes således som et bureaukratisk felt indenfor hvilket et opsplittet rum af kræfter kæmper om retten til at definere og fordele de offentlige goder (Wacquant 2014). Når vi ser på staten i en dansk nutidssammenhæng vil man med Bourdieu sige at sundhedsområdet, samt en lang række andre felter, har fået reduceret deres autonomi grundet effekter fra en økonomisk-bureaukratisk logik. Der udspiller sig kampe i og mellem felter internationalt (fx i og mellem overnationale institutioner som FN og EU) og nationalt, mellem dominerende positioner (agenter og institutioner) fx indenfor staten, gennem det som Bourdieu (2010) og Wacquant (2009) beskriver som strid mellem højre- (politi, retsvæsen, økonomi og fængselsvæsen) og venstrehåndsstaten (sociale tilbud, offentlig uddannelse, sundhedsvæsen mv.). De kan også benævnes henholdsvis den maskuline versus den feminine side af staten. Bourdieu & Wacquant viser, hvordan højrehåndsstaten dominerer venstrehåndsstaten og dens professioner og institutioner. Det ser man, når kulturelle felter som fx videnskaberne, uddannelserne eller sundhedsområdet udfordres af begreber, klassifikationer og logikker fra den økonomiske verden. Vi ser i det danske sundhedsvæsen at der, ikke mindst over de sidste 20-30 år er kommet nye ledelsesformer, nye styrings- og organisationsformer. I sundhedsvæsenet tales der i stadig mindre grad i sundhedstermer fx om livskvalitet, etik, værdighed, menneskesyn, demokratisk inddragelse eller dannelse til sundhed (salutogenese), med de tilhørende klassifikationer og logikker (fx om sundhed som værdi i sig selv). Der tales og ageres i tiltagende grad i stedet ud fra begreber om bundlinje, cost-benefitanalyser, effektmålinger, standardisering, evidensbaseret og employability osv. Transformationerne, herunder af velfærdsstaten, er efterhånden blevet naturaliseret

både i den brede mediedebat, men også langt ind i sundhedsfeltet og andre felter.

I artiklen præsenteres modsætninger eller paradokser, som angår staten og sundhedsinstitutionerne under følgende overskrifter:

- staten vil sundhed på bestemte vilkår
- sundhedsprofessionerne som refleksive og uvidende agenter for politiske og faglige tiltag
- at implementere evidens
- kropslige normer og syge kroppe
- præmisserne for valg af sundhed
- betydningen af sygdomshierarkierne
- videnskab som nødvendighed og som legitimering.

Det er en pointe, at disse forhold er vævet sammen, hvilket formidles i artiklens afslutning.

Staten vil sundhed

– men på bestemte vilkår

Der er via velfærdsstaten, investeret i og opbygget en viden og en 'know how' relateret til sundhedsområdet. Over flere hundrede år, er der i de nordiske velfærdsstater (Esping Andersen 1990, Kuhnle 1991, Vallgård 2003, Vallgård og Krasnik 1999) og internationalt (Porter 2003) udviklet et relativt stort og overgribende statsligt system af institutioner, som har skullet bidrage til reduktion af sygelighed og optimering af sundhed. I de nordiske lande så vi med fremvæksten af velfærdssystemet, at der blev bygget institutioner såsom sindssygehospitalet, fødselsstiftelser, hospitaler, embedslægeinstitutionen, statslige styrelser (fx sundhedsstyrelsen og miljøstyrelsen), lægepraksis, sundhedspleje osv. Der er også udviklet teorier og modeller til at beskrive og forstå processer relateret til sundhed, lægemidler, medicinsk teknologi mv. Den viden er udviklet og oparbejdet i teorier, institutioner og materialitet. Der er tale om en akkumuleret viden, som i princippet står til rådighed for alle. Parallelt hermed eksisterer et virksomt marked af varer, institutioner og faggrupper der udbyder sig med henblik på at optimere sundhed. Rose taler om somatiske eksperter fra læger og sygeplejersker, til ernæringseksperter, kosteksperter, sundhedseksperter, eksperter i træning og fitness, stofmisbrugskonsulenter og selvfølgelig genetiske konsulenter mv. (Rose 2009: p.

110-111). Alt sammen i sundhedens navn fx i forhold til at påvirke livsstile mod rygning (anti-rygning, rygestopkurser), mod fedme/ diæter (kostvejledere, diætister), alkohol (alkoholeksperter, kure mod alkoholmisbrug) eller i forhold til motion og træning (motionsløb, løb med fede/kriminelle/depressive, personlig træningscoaches). Man kan i forbindelse med en sådan idealistisk redegørelse over staten og dens indspil i forhold til sundhed sige, at den over tid, har været, og er central i at skabe, opsamle og formidle fx viden relateret til sundhed, herunder at der via staten sikres en vis lige tilgang til diverse ydelser relateret til sundhed.

Men modsætninger og ambivalens er også kendetegnende ift., hvordan staten er virksom. Det sker på en måde som oftest ikke bemærkes, men handler om hvad der statsligt og ortodokst (konventionelt) udpeges, fremhæves og autoriseres som problemerne eller udfordringerne med sundhed eller sygdom, hvordan det studeres og måles, hvordan det skal håndteres, hvem der er eksperter mv.. Samt at der samtidig er en række heteronome (udfordrende), nedtonede og ikke-autoriserede konstruktioner af, hvad der er problemer og udfordringer i forhold til sundhed og sygdom, hvordan det skal studeres og måles, herunder om hvordan det skal håndteres og hvem der er eksperter. I officielle dokumenter og rapporter relevant for sundhed og sygdom, fra ministerier, styrelser og regioner, konstrueres fx sundhed – herunder social ulighed i sundhed, sygdom og sygdomsårsager på bestemte måder, idet andre passerer upåagtet eller anskues som alternative, afvigende eller urealistiske. I de statslegitimerede konstruktioner, dvs. begreber, klassifikationer og logikker, er der ofte fokus på udsatte borgere, marginaliserede, etniske minoriteter, kontanthjælpsmodtagere, børns sundhed eller arbejdsløse (fx rapporter fra KORA, SFI eller Sundhedsstyrelsen¹). Der er ligeledes udviklet indikatorer på risikofaktorer, som er relateret til livsstile fx med fokus på stofmisbrug, fysisk inaktivitet, usikker sex, arbejdsulykker eller psykisk arbejdsbelastning (Breivik et. al. 2012). I de socialmedicinske perspektiver trækkes oftest på epidemiologi og på livsstilshypotesen. Det vil sige forestillingen om at det enkelte menneske har frie og lige vilkår for at optimere deres egen sundhed og for at minimere deres

usundhed, og at det sker på et oplyst grundlag og ud fra en bevidst og rationel indsigt. Der er tale om en slags risiko- eller belastningstænkning i forhold til særlige grupper af mennesker. Der er i den type socialmedicinsk tænkning, og i den tilhørende sundhedspolitik, på lignende måde som i den fremherskende biomedicinske forskning, fokus på det patologiske dvs. det sygelige. Det patogenetiske (skabelsen af det syge) perspektiv som kan være på genom, gen-niveau eller i forhold til belastende ydre miljø.

Hvad er udfordringen ved denne livsstilshypotese samt risiko- eller belastningstænkning? Den sociale medicin og livsstilshypotesen er koblet med en humanistisk og indigneret grundholdning, som vil støtte det enkelte (og belastede) individ i at optimere sundheden. Tænkningen er at undersøge, hvordan de svage grupper har det og afdække deres udfordringer, for slutteligt at etablere støtteordninger så de normaliseres, bliver mindre syge, mere sunde, mere arbejdsduelige osv. Beskrivelsen og udforskningen af den eller de belastende enkeltfaktorer, tænkes at skabe baggrund for politisk, sundhedspolitisk, arbejdsmiljømæssig intervention mv., hvor data, signifikans og evidens er centrale. Denne viden er konstrueret indenfor eller parallelt med en (sundheds)politisk konstruktion (fx kost, rygning, alkohol, motion – KRAM-faktorer), og skal kunne fremlægges til det politiske niveau, med henblik på intervention. Der er tale om stærke konstruktioner, for staten og dens sundhedsprincipper og videnskabelighed, har støtte fra nationalt, nordisk, EU og UN (FN) niveau.

Men denne tænkning tager virkeligheden face value', som den giver sig og kan måles og vejes, ofte gennem et stort talmateriale, der skaber overblik. Hvorfor gør jeg meget ud af dette og hvad er problemet med den type konstruktioner af, hvad der er problemerne, ekspertisen og løsningerne. Problemet er, at det reducerer en kompleksitet på en bestemt måde, som har en tendens til, at vi alle mere eller mindre accepterer den konstruktion, dvs. den udlægning af virkeligheden. Men den konstruktion fortrænger andre og mindst lige så vigtige konstruktioner af virkeligheden. Det bliver fx aldrig tydeligt, at agenter er relateret til hinanden, og som sådan giver det nogle ekstra og andre indsigter at be-

skrive og analysere dem relationelt. Ud fra et relationelt sociologisk perspektiv, er fx den fede krop, den inaktive krop, eller den tynde eller aktive krop – ikke et selvstændigt forskningsobjekt, selv om hverdagsfornuft og politik tilsiger det. Det, som kan være et videnskabeligt objekt, er et helt socialt rum eller felt af kroppe, dvs. relationer mellem kroppe, som er forskelligt positioneret og har forskellig magt og kredit i feltet, over tid. Det er altså ikke en anonym og neutral aktivitet, at der via statens støtte og autorisationer konstrueres risikogrupper, målgrupper, indsatsområder (fx fedme, alkohol, rygning og motion) med tilknyttede professionelle interventioner (fx livsstilsbesøg, rygestopkurser, diætkurser og motionskurser).

I forhold til konkrete analyser relateret til sundhed kan man se at og hvordan staten agerer i forhold til sundhedsfeltet fx gennem den måde, staten agerer i forhold til:

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

Det er ikke nogen hemmelighed at staten og dens institutioner, løbende ændrer sig gennem strid og konsensus. Spillere her er både positioner i og udenfor feltet. Aktuelt ser vi politiske og sundhedspolitiske diskussioner om bl.a. brugerinddragelse, New Public Management og standardiseringer. Mens andre forhold umærkeligt glider ned i glemslen og bliver naturligjort. Det er fx blevet selvklart, at man ikke ryger på offentlige arbejdspladser. Øget statstilskud til tandkirurgi er heller ikke objekt for diskussion. Positioner udenfor og i staten sikrer løbende strid om, hvad der angår EU forhold og natio-

nale forhold, hvad der er et offentligt versus et privat anliggende osv. Her påpeges blot at statens intervention ift. sundhed også er ambivalent og at den ortodokse autorisering af belastede grupper, typer af videnskabelighed, faggrupper mv., samtidig afsnører og fortrænger heterodokse definitioner af belastning, videnskabelighed og faggrupper mv. Man kan lidt polemisk sige, at staten medskaber, hvad den ideologisk søger at undgå eller forebygge. Når staten og en række institutioner og professioner, som knytter sig hertil, fokuserer på den store krop, udpeger store kroppe som risikogrupper, etablerer måleenheder som BMI (der indikerer den store krop), konstruerer særlige indsatsområder vedrørende de store kroppe og etablerer særlige procedurer (trænings-, slanke- eller diætkurser) for de store kroppe – legitimeret og gennemført af særlige professionelle, som er uddannet og evt. autoriseret til at varetage denne særlige gruppe af store kroppe – så indgår alle de aktiviteter (praktikker, klassifikationer osv.) også i konstruktionen og eksklusionen af store kroppe og i inklusionen af andre kropsfysiognomier. Det centrale er at de konstruktioner af virkeligheden indgår i en social fortrængning af nogle grundlæggende forskelle mht. økonomisk, kulturel og social kapital – som sætter grundlæggende rammer – små og store kroppe – for sundhed og sygdom.

Statens dobbeltrolle involverer, at befolkningens sundhed skal optimeres og sygdomme skal reduceres, herunder gælder det via begreberne QALY (Quality-Adjusted Life Year), DALY (Disability Adjusted Life Years) og YLD (Years Lived with Disability) om at optimere livskvalitet og at minimere byrder ved sygdomme, handicap og belastninger over tid. Særligt de senere år går bestræbelsen måske mindre på at sikre velfærd (welfare), snarere indgår sundhed som del i bestræbelsen på at optimere befolkningen i forhold til arbejdsmarkedet (workfare) (Henckel & Schmidt 2001). Som sådan skal sundheden optimeres, mens de (for sundheden centrale) – økonomiske, kulturelle og sociale relationer og uligheder – i samfundet ikke forandres. Sundhed skal angå livsstile og ikke levevilkår, og den skal håndteres i sygdomsinstitutioner, der fejlagtigt benævnes sundhedsinstitutioner. Der skal fokuseres på svage, svækkede eller marginaliserede grupper – som et produkt, – men ikke til-

strækkeligt dybtgående på de processer, der svækker de svækkede eller de, som marginaliserer de marginaliserede. En diskussion af fx ulighed i sundhed må indgå i en bredere diskussion af social reproduktion dvs. om relationer mellem sociale grupper og deres ulige positioner i samfundet, og i en opmærksomhed på brede politikområder (økonomi, arbejdsmarkedsforhold, boligforhold, uddannelse mv.). Det er problematisk at isolere og reducere sundhed til ”sundhed og livsstil”. Det leder ubemærket opmærksomheden hen på sundhed som noget individuelt valgt og noget, der angår moral som blot kræver (sundheds)pædagogisk intervention (Larsen & Hansen 2013).

Sundhedsprofessionerne skal være evigt refleksive

At være statsansat i den reproduktive produktion (sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige områder) som lærer, pædagog, sygeplejerske eller fysioterapeut – eller under uddannelse hertil – er under forandring. Det tema som berøres her angår spørgsmål, som er relevante for den gruppe af erhverv og uddannelser, der kan kaldes semiprofession, velfærdsprofession, relationsprofession eller de nye professioner. Forandringerne af mellemprofessionerne sker som følge af ændringer på et ”globalt og overnationalt niveau” (internationalisering, Bologna-proces); på statsniveau (fra velfærdsstat til konkurrencestat) og på driftsniveau (moderniseringer, rationaliseringer og effektiviseringer). Eller vi ser nye begreber på professions- og vidensniveau, som fx inddrager begreber fra erfaringsbaseret til evidensbaseret praksis. I det følgende beskrives en type mellemprofessionernes jantelov dvs. det modsætningsforhold som mellemprofessionerne som identitet, erhverv og uddannelse er udspændt mellem. Alt dette skal professionen lære sig, sådan skal den opføre sig og den type spændinger skal den enkelte udøve bære og håndtere i krop og sjæl:

- Uvidenhed: De skal holdes i ’passende uvidenhed’ – samtidig med at alle skal og kan være ’evigt refleksive’.
- Selvundertrykkelse: De skal vide, at de ikke er så dygtige – samtidig med at alle hele tiden er på vej og udvikler sig.
- Udvikling: De skal vide at praksisområdet



Illustration: Tine Rask Eriksen



er under hastig udvikling – samtidig med at grundlæggende institutionelle forhold er uændrede.

- **Teknikker:** De skal være 'uvidende' teknikere der implementerer teori – samtidig med at praktisk arbejde involverer konflikt, modsætninger og værdikonflikt.
- **Faglig stolthed:** De skal kende deres plads og være glade for den – samtidig med herskende idealer om livslang uddannelse.
- **Fastholdelse:** De skal holde af deres position og blive der – minus frafald i uddannelse eller erhverv – samtidig med at der skal være 'frit valg' og konkurrence mellem uddannelser og erhverv.
- **Loyalitet:** De skal acceptere spillet og spillereglerne som naturlige – samtidig med at alt kan tages op til forhandling i det åbne liberale samfund.
- **Skøn:** De skal udøve unikke skøn og handlinger i forhold til unikke brugere – samtidig med at deres handlingsrum transformeres via evidens-, evaluerings- og kontrolforanstaltninger, samt tidsmæssige og artefakt-rumlige restriktioner.
- **Videnskabelighed:** De skal tro at viden, uddannelse og videnskab gør forskellen – samtidig med at skole og uddannelsessystemet cementerer en arbitrær tildeling af magt og privilegier.
- **Professionsloyalitet:** De skal føle at professionen kan sprænge sine rammer og at nye praksisområder kan udvikles – samtidig med at øget autonomi snarere skyldes at det 'vundne' er 'forladt'.

Disse ideer og punkter er formidlet (Larsen 2009; p. 42-53) og angår en dobbelt eller skjult læreplan som sociologisk set er strukturelt tildelt. Dette har ligheder til Bourdieu og Passerons (1977) analyser om hvordan skole og uddannelsessystemet sikrer reproduktion af sociale og kulturelle privilegier, samt studier af modstrid mellem skolens eksplicite formelle erklærede mål og metoder og så den skjulte læreplan som viser hvad der også sker i skolesituationerne (Bauer & Borg 1976). Frem for forklaringer om at forandringer begrundes med internationalisering eller skyldes transformation fra velfærdsstat til konkurrencestat, er det mere

konstruktivt at tænke relationelt med feltbegreber. Det betyder at ambivalensen eller modsætningen i læreplanen er et produkt af en (mellem)position i et felt af interesser, interessekampe som udvikler sig over tid og gennem strid og kamp. Professionen tildeles og tiltager sig en position med nogle mulighedsbetingelser i et felt af positioner. Der er således ikke tale om at nogen 'vil' en sådan læreplan eller at den er produkt af en eller anden form for strategi eller konspiration, udviklet af ideologer, politikere, professionsforskere eller lignende.

Her uddybes blot de tre første punkter omkring uvidenhed, selvundertrykkelse og udvikling. De udgør måske de centrale og grundlæggende elementer i læreplanen. Samtidig er de også de mest fortrængte. Al retorik og stort set alle deklamationer som en studerende eller erhvervsudøvende møder i deres uddannelse og erhverv tilsiger, at vi er virksomme i et videnssamfund og som sådan er den helt centrale investering for alt og alle viden. Alle har nærmest et moralsk og individuelt ansvar for at være reflek-sive, tænksomme, innovative, kreative, videns-søgende og vidensanvendende. Og det krav og den forpligtigelse ligger ikke mindst på de professionelle. Tænk på mål- og evalueringssamtaler på uddannelsesinstitutionerne mellem studerende og lærere eller mellem den professionelle og lederen ved den årlige MUS-samtale. Det er den officielle læreplan, det der står i alle uddannelsesordninger og bekendtgørelser. Samtidig er det helt tydeligt at der er og der skal være grænser for, hvad en lærer, pædagog, sygeplejerske eller fysioterapeut må vide. Det virker rigtigere at sige, at de skal holdes i en slags 'passende uvidenhed' eller en 'tilstrækkelig minimal viden'. De skal således snuse lidt til Foucault, Bourdieu og Habermas, men uden at dette rigtigt sætter sig som en reelt virkende disposition for at kunne beskrive og analysere samfunds, professioners eller institutioners virkemåder og magtrelationer. Sådanne teoretikere giver de mellempositionerede nykker og falske forestillinger om dem selv og deres profession. De studerende skal kunne sige, at de handlede ud fra patientens særlige subjektivitet eller habitus – eller at de arbejdede ud fra en livsverdensfilosofi. Men heller ikke mere. Alt og alle er tilfredse og glade hermed. Det er fremført af

mange, herunder Bertel Haarder, at den slags teoretikere er unødvendige, ekskluderende af 'praktikerne' og brugen heraf i fx sygeplejerskeuddannelsen er til og med elitært og pseudoteoretisk (Politiken den 20. august 2006). Haarder havde således også ret i at disse teoretikere ikke kan anvendes når en studerende skal tømme et bækket. Det er i sagens enkelhed rigtigt, at man ikke kan konvertere abstrakt sociologisk eller filosofisk teori til konkret handling på så forenklet måde. Men det er heller ikke hensigten med at læse disse teorier. Hensigten er at de studerende skal dufte til teorierne. De skal have scannet dem på så tilstrækkeligt lavt niveau at de ikke kan spille tilbage til Haarder og sige: 'Nej selvfølgelig kan vi ikke benytte de teorier når vi tømmer et bækket! Teorier af den slags udgør tænkeredskaber på et andet abstraktionsniveau'. De skal have læst og forstået tilstrækkelig lidt til at blot blive ramt og ydmyget af udsagnet, og til at de ikke stiller spørgsmål ved dominerende magtforhold, herskende diskurser eller ministres legitimitet.

Tæt koblet med dette strukturelt påtvungne behov for, at den professionelle forbliver uvidende og ufuldstændig, er forventningen om, at de også skal vide med sig selv, at de aldrig bliver færdige med at forbedre sig og deres faglige formåen. Den professionelle skal føle sig ufuldstændig, og der er udviklet et stadigt mere ekspanderende marked som vander og gøder denne følelse af ufuldstændighed. Der går ikke en uge eller en dag hvor uddannelsessøgende eller erhvervsaktive ikke kan eller burde tilmelde sig et kursus, et seminar eller weekendophold som tilbyder forløsning af følelsen. Alt dette skal dernæst væves sammen med en diffus erfaring af sig selv, som ytrer sig i en selvundertrykkelse. At dette kan lade sig gøre skyldes blandt andet den måde, man socialiseres og lærer at tænke og fortolke sig selv på i uddannelse og erhverv, nemlig gennem de dominerendes begreber, klassifikationer og logikker. Det kan betegnes som en symbolsk vold. De dominerede behøver ikke at blive domineret 'udefra', de gør stort set hele arbejdet selv 'indefra'. Sygeplejelederen, sygeplejelæreren, sygeplejersken og den sygeplejestuderende gør alle store anstrengelser for at lære at bemestre og holde hinanden på plads i forhold til det medicinske sprog som (opfattes

som) et universelt skatkammer. Men når 'ondt i maven' og 'hofteskål' er konverteret til 'abdominalsmerter' og 'collum femuris' – så er sygeplejen også situeret under læge og over social- og sundhedsassistent. En nyuddannet sygeplejerske skal også efter 3½ års uddannelse føle sig nervøs og utilpas over, at hun ikke fra dag ét som nyuddannet kan agere som en erfaren og kyndig sygeplejerske. Hun skal samtidig mene, at det er legitimt at læger – som har mellem 14 og 16 års uddannelse før de er flyvefærdige og regnes som speciallæger – rammer plet og har ret, når de klager over at 'sygeplejersken ikke er flyvefærdig' efter grunduddannelsen.

Retorikken om udvikling af uddannelse og erhvervet indgår som en dimension af det strukturelle behov for at holde de professionelle på plads. Alle skal vide at der pågår en masse former for udviklinger af deres professionelle arbejde og den professionelle, som har været ude af erhvervet i nogle år, er håbløst bagefter. Et godt parameter på den fremherskende vækstfetichisme og udviklingsfilosofi, som medvirker til at de professionelle holder sig og holdes på plads – er forestillingen om 'nyeste' viden formidlet i litteraturhenvisninger, som er et til to og maksimalt fire år gamle. Semiprofessionerne må ikke og skal ikke være grundet i en lang historisk erkendetrædning, der ser det nye som modifikationer af det gamle. De skal hele tiden forledes til – ikke at tro – men at vide, at 'i dag' er fundamentalt forskellig fra 'i går' – og det gælder om at hænge i, for ikke at være hægtet af. Man skal hellere være kæmpende med at hænge på nutiden/fremtiden (hvor peger det hen) end at dvæle ved og hente viden via levn fra fortiden (hvad kom det af). En implikation er, at der slås hårdt ned på studerende, der anvender forældede kilder i deres skriftlige opgaver. En vigtig del for at magt og dominansrelationen kan opretholdes er denne historiefortrængning og behovet for at ophøje en hver viden til en essens. De studerende og klinikerne skal vide at sådan 'er det' med anatomi, fysiologi, biologi, lægemidler, kroppen osv. Sandhed med stort S. Idet det fortrænges at disse sandheder er arbitrære i betydningen 'sande på vilkår'. Der er tale om sandheder med lille s dvs. det er sandt for en tid og i en kontekst.

Der pålægges, tilegnes, modtages og efter-

spørges således en strukturelt tildelt uvidenhed, selvundertrykkelse og krav om udvikling på de mellem-positionerede professionelle i forhold til de respektive felter (sociale- pædagogiske og sundhedsmæssige) som de er positioneret i. Dette kan ytre sig i en form for frustration hos udøverne af professionerne. Den frustration går primært mod dem selv (symbolsk vold) og sekundært retter den sig mod lavere eller sidestillede positioner – snarere end opad i feltet dvs. mod dominerende positioner og de spil og spille-regler, som de organiserer.

Der skal implementere evidens
– men kun den ufarlige og fragmenterede

Det kan dokumenteres at nogle sociale grupper lever længere og oplever højere livskvalitet gennem hele livet og at de sundhedsprofessionelle bestræber sig på at implementere 'viden der virker', 'evidensviden' eller 'best practice' i deres forsøg på at optimere levetid eller livskvalitet i arbejdet med mennesker, brugere, klienter, patienter og forbrugere. Der er således udviklet manualer der skal anvendes i praksis med henblik på at de sundhedsprofessionelle gør hvad der er bedst for klienten. Det formidles i den sammenhæng at det er en god ide at løbe en tur, at få pulsen op, at minimere eller ophøre med at ryge, at spise grønt og varieret. Det viser sig også at det er bedst at mobilisere patienter efter operationer eller at man må overveje strålingsfare i forhold til type af undersøgelse og behandling. Det er også rigtigt at der i sundhedens navn kun skal skrues på de små knapper i maskinrummet. Der skal lægges den forbindelse frem for den anden, der skal reduceres i rygningen og optimeres på konditionen. Men de store knapper udgør stort set ikke objekt for de sundhedsprofessionelle eller for statens mange bestræbelser for at optimere sundhed og reducere sygdom. Vi ved fx at sociale grupper der har en vis økonomisk indkomst, en vis uddannelse, en vis tilknytning til arbejdsmarkedet, et vist antal og typer af sociale netværk, samt en vis form for boliger – lever længere end andre grupper. I forsøget på at give anvisninger via de større knapper i maskinrummet vedrørende sundheden, formulerede vi det engang på følgende måde (Larsen & Brinkkjær 2008): ordiner havudsigt til de der har baggårdsudsigt; ordiner høj løn til de lavtlønnede; ordiner

høj uddannelse til de uuddannede, ordiner gode, tørre og fine boliger til de boligløse. Alt dette virker og er i den realpolitiske virkelighed utænkeligt, drømmeagtigt og idealistisk. Det er helt sandt. Det som er den store udfordring er imidlertid at der stort set ikke er nogen hverken i det politiske, sundhedspolitiske, forskningsmæssige miljøer eller i uddannelserne – som overhovedet kan tænke levevilkår frem for livsstil som indsatsområde. En gang i 1970-80'erne hed det 'stop levevilkårligheden'. I dag hedder det: 'du (individuel), skal (moralsk) stoppe med din samfundsbelastende livsstil (valget), ellers må staten (af økonomiske årsager) og dens professioner (som professionel praksis) iværksætte kursusaktivitet (pædagogisering) så du kan komme på ret køl for et arbejdsmarked. Den konventionelle, moraliserende og individrettede sundheds-pædagogik har en lysende fremtid. Når og hvis den fortsat lykkes med at fremtræde som en 'værdi-neutral' intervention. Når og hvis den til en hver tid er synkroniseret med hvad dominerende klasser anser for sundt, normalt og godt.

Kroppene er mangfoldige
– og kravene om ensartethed

Med antropologisk, sociologisk og historisk indsigt står det klart, at der ikke er en krop eller livsstil der 'i sig selv' er mere normal, rigtig eller 'sund' end andre. Man vil i dag, fra politisk side, argumentere ud fra, at der er evidens for at man lever længere, er mindre syg, bliver hurtigere rask og rapporterer højere grad af høj livskvalitet – ved at leve sundt. Men tidligere har man anvendt andre typer af begrundelser for hvad der var værd at dyrke og anerkende som normalt, smukt og sundt. Begrebet symbolsk vold i forhold til sundhed, dækker det fænomen at nogles 'sundhedskultur' har tendens til at blive opfattet som den rette, både af de der praktiserer den, men også af de grupper som ikke gør det. Den symbolske vold ligger i det forhold at de dominerede grupper læser sig selv gennem de dominerendes blik og principper. (Bourdieu 1973, 1977). Det er ikke virksomt 'top down' dvs. at staten dominerer de dominerede. Den stærkeste (symbolske) magt ligger derimod i, at de som ikke bærer denne – til en given tid udpegede – sunde krop – de læser sig selv gennem den (Larsen et al. 2013). De ser deres egen krop

som en ufuldstændig og utilstrækkelig version, måske som en fejlversion, en ringe krop, en defekt krop, en usund eller syg krop, hvilket kan erfares som en misfornøjethed med egenkroppen. Der sker til og med en individualisering som siger, at det er din egen skyld, at din krop er usund, uskøn, unormal.

Vælg det sunde liv – på ulige og usunde vilkår

Det siges og erfares også i dag, at vi i de vestlige samfund er individer, der er tænkende og handlende på alle måder. Vi er som sådan også refleksive, kreative, innovative og i stand til at skaffe overblik over valgmuligheder og foretage større eller mindre "cost-benefit" analyser af hvad der kan svare sig at gøre i livets mange udfordringer. Det gælder i forhold til økonomi (hvordan skal man tjene og anvende sine penge), det sociale (hvem skal man tilbringe sin tid sammen med og hvordan), det juridiske (hvordan skal man forholde sig til lovgivning, regler og bekendtgørelser). Vi forventes, og forventer af hinanden, at vi kan afkode relevante forhold og agere nogenlunde hensigtsmæssigt og rationelt. Det gælder også på området omkring sundhed og sygdom og valg og beslutninger der knytter sig hertil. I den forbindelse taler man også om 'ekspertpatienter', og om de nye klienter der søger viden på internettet og inddrager "second opinion" mv. Nikolas Rose (2009) taler om at vi er blevet en slags 'hver sin egen sundhedsøkonom' der afvejer fordele og ulemper i forhold til egen sundhed gennem at vurdere træningsindsatser samt indtag af ernæring, lægemidler og drikkevarer.

Men de største valg kan ikke tages. De valg som afstedkommer de største forskelle i menneskers måde at leve deres liv på, herunder på deres livskvantitet og livskvalitet – dem vælger de ikke selv. Der er ingen der vælger deres mor. Der er ikke nogen der vælger om de fødes som gule, sorte, farvede, røde eller hvide. Der er heller ikke nogen der vælger deres sociale klasse eller deres køn (hvor mange der så kan være) primære sprog eller religion. Der er således ikke nogen, der har valgt at blive født i Danmark. Det er også sjældent man kan sige entydigt, at det er det enkelte menneskes skyld, at det bliver sygt eller arbejdsløs. De vigtigste valg som har be-

tydning for sundheden, levetiden, livskvaliteten, sygdomsmønstret osv. – de udgør ikke objekt for valg. De spørgsmål som har størst betydning for en biografi dvs. en social løbebane eller livshistorie, de kommer ikke ind i det refleksive repertoire som et eller flere valg, eller valgsituationer. Det som er sandt er, at når individet fødes et sted, i en klasse, med et køn, indenfor et sprogområde og med et særligt forhold til religion/tro – så er det op til individet og dets omgivelser at skabe et liv. At skabe det der efterfølgende kan kaldes et liv, et livsforløb og måske ligefrem et godt, langt, sundt og lykkeligt liv. Det modsatte kan også være gældende. Pointen er – og det gælder for alle – at livet må improviseres frem, men vilkårene for arbejdet er uensartet, er ulige. Det er godt at høre at nogle lykkes med at "bryde den sociale arv". Det er knapt så motiverende at den fortælling fortrænger de ulige præmisser der udgør startpunktet for skabelsen af et liv. Der er således både opadgående og nedadgående brud med arv. En arv der desværre ikke kun er social, om end det er den socialt acceptable og dominerende måde det beskrives på – men den involverer ikke mindst en økonomisk, kulturel, bolig-mæssig og også social arv (Larsen & Ryssel Bystrup 2013). Og med analysen ovenfor så arves eller overtages også hudfarven, den sociale klasse, det primære sprog og religion. Den velcementerede forestilling om det lige og frie, individuelle, moralske og sunde valg – er en farlig illusion.

Sygdom er hver mands herre – og nogle sygdomme er finere end andre

I dag, i de nordiske lande, står en række ressourcer til rådighed for os i forhold til sundhed. De ressourcer er nedfældet og virksomme materielt (fx i bygninger, teknologier, medikamenter), institutionelt (fx i lovgivning og regler om adgang til lægehjælp, medicinsk behandling, arbejdsmiljø, sociale ydelser), samt i teorier (fx teorier om kroppens funktioner, sygdom, sundhedsfremme, forebyggelse). Ressourcerne er oparbejdet af tidligere generationers investeringer og står til rådighed via velfærdsstaten og dens institutioner og professioner. Men ikke al viden, teknologi, sygdomme eller behandlinger er lige stillet. Noget anses som finere end andet. Noget vies en særlig opmærksomhed og anerkendelse

på sundhedsområdet. Bag dette ligger magtkampe om definitioner, vidensformer, opmærksomhed og ressourcer indenfor og mellem positioner i feltet. Der er fx sygdomme som tilegner sig en vis opmærksomhed. Sygdomme der kan behandles har højere prestige end dem der ikke kan det, og sygdomme hvor man 'rammes af' noget har højere prestige end det som erfares som 'selvforskyldt' (Album 1992). Man kan fortsætte rækken fx gennem at modstille det unge mod det gamle, det med højteknologi versus det med lavteknologi; det der rammer i de fine organer som hjerte og hjerne versus det der rammer det beskidte organ leveren eller huden (Larsen 2008a). Højeste blåstempling af et organ med tilhørende sygdom er tildeling af et professorat på området, hvilket kræver høj grad af institutionalisering fx med særlige sygdoms og behandlingskategorier, særlige interventions- og forskningsområder. Der er udviklet særlige specialister og specialområder med tilhørende særlige kompetencer, teknologier, sprogbrug, klassifikationer og logikker (årsagsforklaringer). Med hensyn til de fine sygdomme knytter der sig også faglige nationale og internationale forskningsnetværk, forskningskonferencer og de tilhørende udviklede måder at vurdere sandviden på området, formidlet gennem et hierarkisk ordnet web af internationale tidsskrifter, med peer-reviewede bedømmelser af forskningsviden relateret til området. Relativt unge, der "rammes" af en sygdom, der kan behandles og er lokaliseret i et fint organ og som involverer højteknologi tilegnes således en særlig opmærksomhed i det medicinske felt.

Hvis vi anskuer sygdommenes hierarki nedefra, så er der nogle lidelser og udfordringer med kroppen som slet ikke falder inden for kategorien sygdom. Man kan sige at lidelser, fx inden for erhvervs sygdomme som 'ikke er set før', eller som 'ikke kan erfares gennem den medicinske optik og som ikke knytter sig til et organ', de er ikke klassificeret dvs. godkendt i det medicinske felt. Sådanne problemer i form af lidelser og syndromer er i høj grad ikke eksisterende i den medicinske optik. Det vil sige at den uforløsthed, ømhed, smerte eller følen sig skidt tilpas – den har ikke en reception i det medicinske felt. Man kunne også betegne nogle syndromer eller sygdomme som, hvad jeg kalder 'wannabe'

sygdomme, det vil sige de står i kø for at kunne accepteres som sygdomme, eller de kan måske godkendes 'med visse forbehold'. For nogle år siden så man fx at "støjbetinget hørenedsættelse" kunne anerkendes idet det tidsmæssige krav blev reduceret fra 'relevant udsættelse' (for støj) i 10 år til 5 år. Dengang var også mangansygdom (toksisk hjerneskade), indeklimasyndrom, mobning og 'sygdomme efter brug af pc-mus og/eller tastatur' ekskluderet. Som det blev beskrevet kunne disse lidelser 'fortsat ikke optages'. Disse sygdomme kan, som det blev beskrevet, i hovedsagen ikke godkendes fordi der ikke foreligger 'nyeste medicinske dokumentation' der kan begrunde optagelse eller ændringer. Nogle sygdomme har æren af at komme af klassifikationslisterne og i DSM systemet var homoseksualitet med i beskrivelser over psykiatriske sygdomme frem til DSM-III og den blev først fjernet med udgaven DSM-IV udgaven i 1994. Andre sygdomme får kæmpet sig plads og anerkendelse som fx ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Denne neuropsykiatriske diagnose har siden 1970'erne været genstand for store stridigheder mellem specialister i neurologiske sygdomme, psykiatere, psykologer, politikere, forældre og skoleledere mv. Denne strid pågår, men sygdommen blev blåstemplet i 1987 i DSM-III²⁾ og den magtfulde amerikanske organisation AMA (American Medical Association) kunne i 1998 formulere, at når kriterierne for ADHD var anvendt korrekt, så fører det til en diagnose med høj pålidelighed (Goldman et al. 1998). Sygdommen bliver efterfølgende, som de fleste andre diagnoser, mere og mere differentieret i det løbende konstruktions- og klassifikationsarbejde som pågår og med den næste DSM-IV, i 1994, kan sygdommen opdeles i en kombineret type; i en type hvor personen er 'overvejende uopmærksom' og en sidste hvor personen er 'overvejende hyperaktiv-impulsiv'.

Tvister om godkendte/ikke-godkendte sygdomme involverer en række stridigheder om kriterier for bedømmelse. Patientforeninger, medicinske specialområder, lægemiddelindustri, medicoteknologi og statslige interesser strider med hinanden og internt. Andre grupper og organisationer kæmper for at øge indflydelse som fx når fagforeningen Dansk Psykolog Forening, søger at øge psykologers indflydelse på revidere-

ringen af ICD-11³). Det såkaldte alternative medicin er ikke blot uden for døren når sådanne slag udkæmpes, de har slet ingen plads i det spil. De indgår ikke, og nogle vil mene at den alternative medicin også krediterer bedst – fx økonomisk – på at være udenfor feltet, eller marginalt placeret i det. Men det medicinske felt er ikke statisk, der sker forskydninger over tid og gennem strid om klassifikationerne i de internationale klassifikationssystemer⁴).

Det betyder at nogle oplevelser med kroppen, nogle erfaringer af lidelse, smerte, ømhed eller uforløsthed – giver anledning til en diagnose som åbner for former for social, økonomisk, kulturel og juridisk anerkendelse, med tilhørende tilgang til sociale ydelser, støtteordninger – ud over behandling og accept i det medicinske felt. Men det er tydeligt at sygdom ikke kun er socialt, kulturelt og økonomisk attraktivt. Diagnostisering og sygdom giver også anledning til eller cementerer stigma og social eksklusion mv. (Brinkmann & Petersen 2015). Diagnoser og transformationer i det medicinske felt giver både anledning til en sygeliggørelse af det normale (fx i forhold til sorgdiagnoser knyttet til at miste spædbørn (Kofod 2015) og en normalisering af det sygelige (fx en mindre tabuisering af psykiatriske diagnoser).

Men det at et fænomen på en vis tid tilegner sig social accept som sygdom og at andre ikke gør, det har konkrete implikationer for den, der bærer fænomenet, dvs. erfaringen med en lidelse, smerte, uforløsthed. Og der er en tendens til at den tunge ende vender nedad på den måde at ikke-privilegerede grupper i samfundet også i overvejende grad trækkes med lidelser, syndromer og uforløstheder som ikke tilkendes høj værdi. Tænk på det statistiske sammenfald mellem såkaldte livsstilssygdomme med tilhørende fedmeepidemi, diabetes 2, alkoholisme og rygning og så de sociale grupper der typisk forbindes med disse sygdomme og lidelser.

Det skyldes dog ikke en overordnet ond konspiration at kropsidealer har ændret sig fra den store krop til den lille krop. Den store krop var for 30-40 år siden forbundet med 'vellevned', eller 'herreliv' og dette at have 'pondus' – hvilket sammenfaldt med at det var overklassen der bar denne kropsbeskrivelse. Der er ikke tvivl om at dominerende sociale klasser har bedre

økonomiske, kulturelle og sociale vilkår for at ændre deres måder at leve på – herunder at korrigerer kroppene i forhold til de skiftende idealer om kroppe som fx udstedes fra sundhedsstyrelsen mv. (Lindblad & Lyttkens 2002). Men historisk set virker det mere rimeligt at forklaringerne skal vendes om. Det er dominerende klasser der "sætter" idealer for den rette (sunde) livsstil, hvilket så ad forskellige veje konverteres til statslige fx sundhedsstyrelsens instrukser. Det er ret sandsynligt at når overklassen og den kulturelle elite begynder at skifte kropsidealer – så falder deres kropsidealer også sammen med hvad der med sundhedsstyrelsens støtte og legitimitet – omformes til (den nye) norm for krop, kropsformer, sundhed og god og passende livsstil. Det er ikke en funktionalistisk analyse der siger at når overklassen skifter livsstil omformes denne (automatisk) til samfundsmæssig norm. Der er tale om en analyse, som viser strukturelle mønstre over tid med fokus på relationer mellem fremherskende og statsligt legitimerede kropsidealer og de dominerende klassers kroppe. En sådan analyse kan virke som en god modvægt eller modgift – for at blive i det medicinske vokabular – i forhold til den fremherskende og ikke problematiserede fortælling om at det er kulturelt. At de lave klasser er lidt tunge og mindre kloge, krydret med statistik om lavere uddannelsesgrad og at de arbejder med manuelt arbejde – derfor skal de 'oplyses mere og i deres øjenhøjde', med et fint tilpasset bombardement af konsulenttilpassede oplysnings- og informationskampagner mv.

Hylde videnskaben
– og være respektløs overfor den

I vores samfund hyldes videnskaben og de store erkendelser, som har bidraget til samfundsmæssige og sundhedsmæssige erobringer. Børnene i vuggestuen og skolen lærer om de store erobringer fra opdagelsen af bakterien og penicillin til studier af genom og bioteknologi. Men forskningsmidlerne bliver færre og en stadig større del udbydes af private fonde og i en helhed er tyngden rettet mod;

- Hvad: Tematikker der konkret opleves **problematisk eller udfordrende**. Det vil sige som hverdags erfaringer og dermed hverdagskonstruktioner og klassifikationer de-

fineret som problemer/udfordringer.

- Hvem: Tematikker som de erfares af **klinikere, praktikere** eller de som har 'hands on' eller 'ved hvor skoen trykker' i det levede liv og dets sundheds- og sygdomsudfordringer.
- Hvordan: Tematikker som helst skal kunne **formidles og begrebsliggøres** så det fremstår enkelt og let forståeligt for almindelige mennesker.
- Hvornår: Tematikker hvor der tilbydes og modtages **kortsigtede forløsnings- og problemløsninger** –gerne 'quick fix', af de erfarede problemer.

Strukturelt set forskydes forskningsmidlerne mod det, der opleves problematisk af klinikere og som kan forstås af almindelige mennesker og der, hvor der tilbydes løsninger på kort sigt. Alt dette strider mod hvad der karakteriserer grundvidenskabelighed. Grundvidenskab kan godt have erfarede udfordringer som indgang til at studere et område. Men den bryder og går bagom det, som umiddelbart erfares som et problem. Det gør den ved fx at spørge: Er der andet, mere eller evt. det modsatte som afstedkommer det pågældende problem. Grundvidenskab går bagom og den er spørgende og undersøgende. Begrebet re-search er fint til at signalere: vi har undersøgt det før, men nu gen-undersøger vi fænomenet. Grundvidenskab er optaget af at stille spørgsmål og konstruere nye måder at beskrive, forstå og evt. forandre virkeligheden på. I grundvidenskabens bestræbelse på at gå bagom det umiddelbare ligger også en nødvendighed af at omdefinere tematikken gennem andre begreber, klassifikationer og logikker end det som hverdagskonstruktioner lægger op til, det gælder også på sundhedsområdet (Larsen & Esmark 2013). Videnskabshistorien fx på kemien, fysikken, matematikkens, sociologiens, men ikke mindst biologiens eller medicinens områder har vist at nybrud i erkendelser om fysiologi/anatomi, krop, sygdom – har gået gennem at udvikle et andet sprog for at kunne se og erfare nye dimensioner af et fænomen.

Om relationen mellem sproget og erkendelse, siger sprogfilosoffen Wittgenstein, at sproget forfører os til at stille de samme spørgsmål og få de samme svar, igen og igen. Sproget er et 'væl-

digt net af godt vedligeholdte afveje' (Wittgenstein 1995. p 52). Dette suppleres af, at alle videnskabsfilosofiens fremskridt sker gennem det Bachelard (1976) kalder, 'elimination af den egentlige realisme'. Hermed menes, at den videnskabelige erkendelse ikke er nået på grund af, men på trods eller i modsætning til det som umiddelbart lå for, det som realistisk er svaret. Knyttet til videnskab om livet og medicinen, siger Canguilhem (1988), at det aldrig har været mere tydeligt, hvor hårdt man skal arbejde for at gøre det kendte objekt fremmed. I medicinhistorien fremhæves det hvordan den umiddelbare og praktiske erfaring hos lægerne ofte har misledt dem i diagnose og behandling (Wulff & Gøtzsche 1997). Det angår ikke blot 1500-tallets horrible krigskirurgi eller kauteterisation (fjernelse af sygt væv ved kemisk ætsning) og åreladninger, men også nytidens anti-koagulationsbehandling af blodprop i hjertet, den fatale iltbehandling af patienter med svære kroniske lungeinsufficiens sygdomme eller forværende behandling af mavesårs-sygdomme (Wulff & Gøtzsche 1997).

Viden skal vi have, men den skal være rettet mod specifikke områder som politikere og administratorer anser som vigtige for bruttonationalproduktet, landets konkurrenceevne, optimering af arbejdskraften og minimering af udgifter til sygdom. Herunder også til optimering af sundhed og livskvalitet. Men videnskabelig viden på social, human, sundhedsområderne kan ikke på den måde og med de betingelser udvikle sig. Den vigtigste nye viden – den innovative for at være i et moderne sprogbrug – er kættersk, er på tværs og den er netop 'NY' viden, som anfægter selvfølghederne. Sådan var det også med opdagelsen af bakterien og opfindelsen af penicillinet.

Hvis videnskabelig viden udvikles på den præmis, at udgangspunktet er oplevelser af umiddelbare problemstillinger, som de begrebsliggøres af klinikere og almindelige mennesker, og som stiller i udsigt at man kan tilbyde løsninger på kort sigt – så er det problematisk. Ikke mindst for et samfund som påberåber sig at være og at ville udvikle sig som videnssamfund. Videnskabsviden må adskille sig fra en bred front af vidensformer fra manualviden (Control Alt Delete på computeren), utopier, praktisk pro-

blemløsning, anvendt viden, aktionsforskning og normative idealer. Videnskabelig viden kræver en særlig institutionel sammenhæng, som er fra-koblet andre felters krav (fx fra et økonomisk magtfelt) dvs. feltet skal have en relativ autonomi med tilstrækkelig tid, tillid og ressourcer til at kunne re-searche. Med den eneste interesse at der udvikles ny, gennembrudsviden – som ikke blot bekræfter og går på langs ad de stier og veje som tidligere var virksomme. Men i en søge- og erkendepoces som går på tværs og mod strømmen. Videnskabelig viden kræver sin særlige plads, tid og autonomi for at kunne udvikles – og for at kunne levere problemløsning – også i forhold til problemer og løsninger som end ikke blev erfaret i udgangspunktet.

Afslutning

Fænomener som stat, profession, patient og viden er sammenvævede. I dette blik, inspireret af Pierre Bourdieus sociologi og særligt hans begreber om felt og sociale dominansrelationer, kan man tale om en strukturel homologi på den måde at der på et strukturelt niveau er inter-relationer ikke blot indenfor og mellem staten og dens institutioner; indenfor og mellem sundhedsprofessionerne, indenfor og mellem patientgrupper eller indenfor og mellem vidensformer – men også mellem dem (Larsen 2008a). Principielt afgrænsede ting, steder eller aktiviteter er inter-relaterede med skjulte bånd og forbindelser sådan at de virker med og gennem en homologi dvs. ensartet logik på et strukturelt niveau. Det er som med russiske dukker (babushka) hvor en trædukke er fyldt op med et antal delbare dukker indeni. Det vil sige at relationer mellem statslige institutioner (fx relationer mellem subfelter af sektorer, institutioner eller uddannelser) er tæt vævet sammen med relationer mellem sundhedsprofessioner (fx mellem subfelter af jobpositioner), relationer med patientgrupper (fx mellem subfelter af sygdomme) eller relationer mellem teknologier (fx mellem subfelter af medicinske teknologier) osv. Feltanalysen viser komplekse relationer som overskrider hvad der er muligt i isolerede institutionsanalyser, professionsanalyser eller teknologistudier. Sammen knyttes et stærkt og naturligt netværk eller en konfiguration af relationer som er virksom i materialitet, institutioner og kroppe. Hvor stærk

dette netværk er erfares først når eller hvis man træder ud af det og er virksom i en anden kontekst fx i et andet land med helt andre konfigurationer af dominansrelationer.

Hensigten i artiklen er at fremhæve nogle sider eller vinkler i forhold til stat, profession, sundhed og patient, som ellers falder udenfor det umiddelbare og hverdagslige blik og analyse. Det er ambitionen at dekonstruere og bryde med spontane konstruktioner af, hvad disse fænomener er og hvordan de hænger sammen. Den særlige vidensform som vi kalder videnskabelig, har kun det som sin eksistensberettigelse. Den skal af-naturalisere det naturlige og den skal frembringe viden, grundlæggende for videns egen skyld dvs. uanset alle øvrige interesser. Jeg har givet eksempler på, at ikke blot staten og dens institutioner, men også dens professioner og aktiviteter fungerer som både dr. Jekyll og Mr. Hyde.

Kristian Larsen er professor ved Institut for Læring og filosofi. Aalborg Universitet København.

**Litteraturliste:**

- Andersen, Gøsta Esping (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press 1990.
- Album, D. (1992): Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 111(17), 2127ff.
- Bachelard, Gaston (1976): *Nej's filosofi*. København. Vinten.
- Bauer, Mette; Borg, Karin (1976): *Den skjulte læreplan: skolen socialiserer, men hvordan? Unge Pædagogers serie A 16*. København.
- Bourdieu, P. (1977): *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (2010): Statens venstre hånd og statens højre hånd. I *Praktiske Grunde*. Nr. 1-2, 2010:113-120.
- Bourdieu, P. (1973): Cultural reproduction and social reproduction. In R. Brown (Ed.), *Knowledge, education, and social change: Papers in the sociology of education* (pp. 71-112). London: Tavistock.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. C. (1977) : *Reproduction in education, society and culture*. London: Sage Publications.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (1996): *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Breivik, G., & Rafoss, K. (2012): *Fysisk aktivitet; omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet – en oppdatering og revisjon*. Oslo: Norges Idrettshøgskola.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (red.) (2015): *Diagnoser – perspektiver, kritikk og diskussion*. Aarhus: Klim.
- Canguilhem, Georges (1988): *Ideology and rationality in the history of the life sciences*. The MIT-Press. Cambridge.
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ (1998): "Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association". *JAMA* 279 (14): 1100-7. doi:10.1001/jama.279.14.1100. PMID 9546570.
- Henckel, O. & Schmidt, M.C.S (2001): *FVU – en Elevator til Paradis? En integreret specialerapport mellem Socialvidenskab og Pædagogik*. Roskilde Universitetscenter.
- Kofod, E. H. (2015): *Sorg som grænsediagnose*. I: Brinkmann, Svend & Petersen, Anders. (Red.): *Diagnoser: Perspektiver, kritikk og diskussion*. Aarhus: Klim.
- Kuhnle, S. o. L. S. (1991): *Velfærdsstaten: Vækst og omstilling*. Oslo: TANO.
- Larsen, K., & Brinkkjær, U. (2008): *Om statsautoriseret normalisering af kroppe – BMI, professioner og sundhedskanon*, *Dansk Pædagogik Tidsskrift* no. 3.
- Larsen, Kristian. (2008a): *Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? – om stabiliserende faktorer i det medicinske felt*. In K. A. Petersen, & M. Høyen (Eds.) *At sætte spor på en vandring fra aquinas til bourdieu*. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, Kristian (2008b): *Kroppe – sundhed og social ulighed*. I S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv* (pp. 8) *Dansk Sygeplejeråd Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck*.
- Larsen, Kristian (2009): *En passende uvidenhed: Om semiprofessionens dobbelte læreplan eller jantelov*. *Gjallerhorn: pædagogisk tidsskrift*, Nr. 10, 2009, s. 42-53.
- Larsen, Kristian & Esmark, Kim (2013): *Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring: Norske og danske studier*. *Praktiske Grunde*. *Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*, 7(1-2), 5-13.
- Larsen, Kristian & Ryssel Bystrup, M (2013): *Marginale: udsatte, men ikke kun socialt – om konstruktionen "socialt udsatte" anvendt i politik, administration og videnskab*. Tema *Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring*

- (red. Kristian Larsen og Kim Esmark). *Praktiske Grunde Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* Nr. 1-2 / 2013. (p 53-72).
- Larsen, Kristian & Hansen, Gro (2013): *Social ulighed i sundhed -mere vilkår end valg. Indsigter og forklaring på norske forhold. Underlagsrapport til Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. HIOA.
- Lindblad, E. & Lyttkens, C. H. (2002): *Habits versus choice: The process of decision-making in health related behaviour*, *Social Science & Medicine*, 55, 3, 451-465.
- Porter, R. (2003): *Medicinens historie fra oldtid til nutid*. København: Rosinante.
- Rose, Nikolas (2009): *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag, København.
- Vallgård, S. (2003): *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (1999): *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik. En introduktion*. København: Københavns Universitet, Afdeling for sundhedstjenesteforskning.
- Wacquant, L. (2014): *Foucault, Bourdieu og straffestatens i den neoliberale æra*. *Praktiske Grunde 1-2. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*.
- Wacquant, L. (2009): *Punishing the Poor. The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University.
- Wittgenstein, Ludwig (1995): *Filosofiske undersøgelser*. København: Munksgaard.
- Wulff, Henrik R.; Gøtzsche, Peter C. (1997): *Rationel klinik: evidensbaserede diagnostiske og terapeutiske beslutninger*. 4. udgave, 1 oplag. København: Munksgaard.

Noter:

1. På sundhedsstyrelsens hjemmeside er Ikke blot 'Sygdom og behandling', men også under 'Sundhed og livsstil' styret af en overgribende risiko- og forebyggelsestænkning (begreber, klassifikationer og logikker) fx gennem overskrifter som; graviditet og fødsel, børn og unge, ernæring, alkohol, fysisk aktivitet, overvægt, tobak, miljø, narkotika, tandpleje, seksuel sundhed mv., men ikke mindst gennem de tilkoblede anbefalinger.
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed-og-livsstil>
2. http://web.archive.org/web/20090606133545/http://kadi.myweb.uga.edu/The_Development_of_the_DSM.html
3. <http://www.dp.dk/diagnostik-2/>
4. Der er større ændringer indenfor DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) som udgives under <https://www.appi.org/> I USA og Canada anvendes DSM-4 kriterierne oftest ift. at stille diagnose, mens man i Europa snarere anvender ICD-10 klassifikationer. Men disse to klassifikationssystemer angiver forskellige kriterier og hvis DSM anvendes frem for ICD så er det tre til fire gange så sandsynligt at en given person får diagnosen. I dag har vi en International Classification of Diseases (ICD-10) <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> og i 2018 kommer der en ny og ændret udgave <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>

