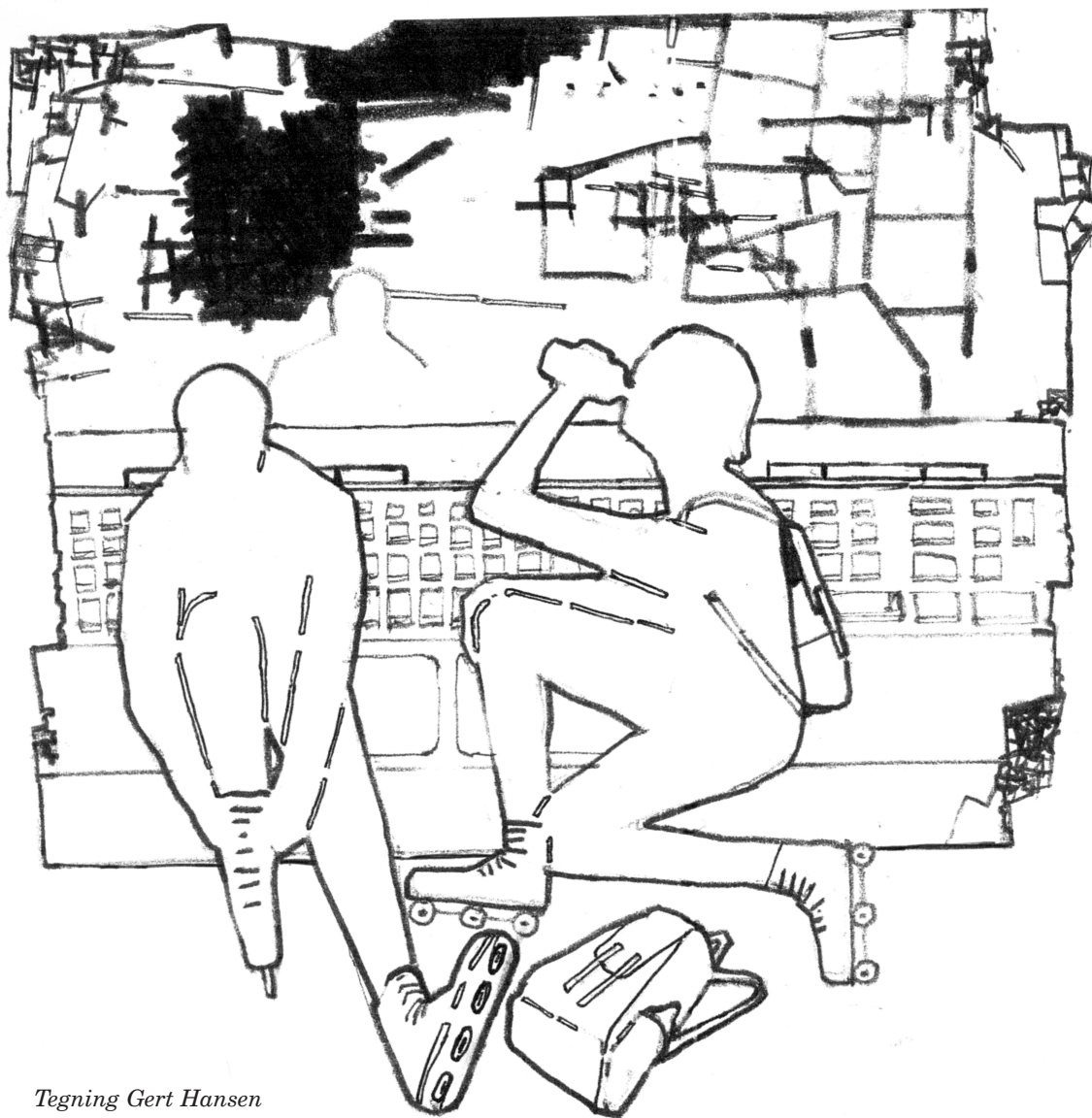


# SUNDHED FORSTÅET SOM MORALSK FORSVARLIG LIVSSTIL

– *middelklassen mod 'resten'?*

*Af Pia Myrthue*



*Tegning Gert Hansen*

Nogle af os holder op med at ryge, spiser sundere og begynder at dyrke motion. Andre gør ikke, og en del af dem som ikke gør, udgrænses eller udpeges som deciderede risikogrupper, dvs. som nogle der er farlige for sig selv og ofte også for andre. Det kan være de udsætter den gode borger for passiv rygning eller belaster nationens fællesbudget med deres fedme. Der tilføjes et æstetisk aspekt, idet tobaksrøg 'lugter dårligt' og fedme 'er grimt'.

Hvis man er i tvivl om, hvorvidt Danmark stadig er et klassesamfund, nu hvor middelklassen fylder så meget, at man nærmest får det indtryk, at vi er hele samfundet, så kan det være gavnligt at se nærmere på den veldokumenterede ulighed i sundhed. Her blot et enkelt eksempel: En 30-årig københavnsk mand kan, hvis han er veluddannet, forvente at leve 7,4 år længere end en jævnaldrende københavnsk mand uden uddannelse (Brønnum-Hansen et al. 2005:1). Det er ikke fordi, der ikke bliver talt om at gøre noget ved det. Både den nuværende og den forrige regering har haft som erklæret målsætning at bekæmpe ulighed i sundhed. Det hjælper bare ikke, uligheden er ikke blevet mindre.

Der er mange årsager til, at de som har den laveste sociale status også har det dårligste helbred, og mange af årsagerne er velbelyste. For eksempel dårligt arbejdsmiljø, stress pga. sociale problemer, eller at man havner i den underprivilegerede ende af samfundet på grund af sygdom. Og så er der de årsager, som langt de fleste eksperter og andre peger på, nemlig uhensigtsmæssig sundhedsadfærd - livsstilsproblemet.

Spørgsmålet er om ikke netop denne, den herskende opfattelse inden for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse – livsstilsdiskursen – er en væsentlig og underbelyst medvirkende årsag til den markante sociale ulighed i sundhed. Sagt på en anden måde, så er det tænkeligt, at 'livsstil' som årsagsforklaring og løsningsmodel skærper, snarere end den udjævner den sociale ulighed i sundhed.

## Den rationelle nødvendighed og spørgsmålet om hvorfor vi bliver syge og dør

Den sociale ulighed i sundhed viser sig ved, at sygeligheden stiger, jo ringere de sociale kår er. Det er det vi kalder 'social ulighed i sundhed'. Men årsagen til at vi bliver syge og dør, kan tolkes på mange måder. Årsagssammenhængen kunne for den sags skyld tolkes som skæbne, biologi, levekår, livsstil eller noget helt femte. I nogle afrikanske samfund mener man, at årsagen til sygdom og død langt overvejende er hekseri. Ikke fordi man ikke anerkender, at folk dør af for eksempel ulykker, malaria og tuberkulose. Det ved enhver. Men det forklarer kun *hvordan* man dør, og ikke *hvorfor* (Evans-Pritchard 1976 1937: 23). Vi i den vestlige verden har det samme behov for at vide ikke bare hvordan vi dør men også hvorfor. Tolkningen, svaret på 'hvorfor', skal helst være enkel, og den skal gerne rumme anvisninger på, hvordan vi kan undvige sygdom og død. I Sverige er levekår den dominerende tolkning, mens det i Danmark er 'livsstil' (Vallgård 2004: 1).

Som andre tolkninger indeholder livsstils-tolkningen både rationelle og irrationelle elementer, og den rummer både fordele og ulemper. Set i forhold til levekårs-tolkningen indebærer livsstils-tolkningen, at fokus ligger på det enkelte individs eget ansvar og frie valg, frem for på det kollektive ansvar og valg. Det indebærer, at det i sidste ende fremstår som de socialt dårligt stillede egen fejl, at de lever i langt færre år end gennemsnitsbefolkningen, for de kunne blot i tide have rettet sig efter de gode råd om sundhedsadfærd - de kunne have valgt den rigtige livsstil. Tager vi fedme som eksempel, er det interessant, at det opfattes som et livsstilsproblem, og dermed som et individuelt anliggende, når der samtidigt tales om

en epidemi inden for hvilken foreløbig 30-40% af den danske befolkning klassificeres som overvægtige (Sundhedsstyrelsen 2003: 10).

Risikoberegning er det, der danner grundlag for nutidens sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Den risiko som søges foruddiskonteret er risikoen for sygdom og død (kun sjældent chancen for overlevelse og det gode liv). Ser man på dødsårsagsregistret (Sundhedsstyrelsen 2005: tabel 4a og 4b), bliver det hurtigt klart, at her er tale om en yderst kompliceret statistisk opgørelse. Statistikken er baseret på WHO's ICD-10 klassifikations-system, og uden en sådan fælles standard og dermed fælles bestræbelse på at tolke symptomer på en ensartet måde ville det være uoverskueligt at skulle sige noget kvalificeret om, hvad det er vi dør af. Som lægmand er det ikke svært at forestille sig problemet: Når gamle hr. Hansen falder over en sten, slår hovedet, får hjertestop og dør – hvad er han så død af? Ulykke, hjertestop eller alderdom? Det fremgår af statistikken, at kun godt 10% dør af noget, som har med alderdom at gøre, nemlig ”apopleksi og alderdomssvaghed”. Relativt få dør af ulykker, mens resten dør af diverse ondartede lidelser, hjertesygdomme osv. Alderdom, og til dels også ulykke, er ikke uden videre en ’naturlig’, tilstrækkelig og acceptabel forklaring på døden. Vi fortolker for at finde svar på ’hvorfor’. Forestiller vi os nu, at gamle hr. Hansen var en noget alkoholiseret storryger – døde han så som følge af sit valg af livsstil, de levekår han var underlagt, arveligt betingede biokemiske forhold eller noget helt andet? Når vi taler om livsstil, miljø, sociale forhold og lignende, som årsag til sygdom og for tidlig død, lægger vi et yderligere lag af tolkning oven i de tolkninger, der i forvejen ligger til grund for f.eks. dødsårsagsregistret. Disse lag af tolkning gør de statistiske fremstillinger mindre valide end man umiddelbart skulle tro, fordi statistikken sjældent fremstilles i al sin kompleksitet. Dertil kommer aspekter som ikke kan måles og fremstilles statistisk, men som sagtens kan have betydning for sundhed, for eksempel livserfaring og følelser som frygt og håb.

Rent bortset fra at det drejer sig om dybt eksistentielle spørgsmål, så findes svaret på hvorfor vi bliver syge og dør på netop det ene frem for det andet tidspunkt, i yderst komplekse sammenhænge mellem psykiske, fysiske og sociale forhold - foruden tilfældigheder.

Ja – der er påviselige sammenhænge mellem sundhedsadfærd og sundhedstilstand. Man bliver med stor sandsynlighed syg, eller i al fald mindre sund, af at ryge, spise meget fedt frem for grønt, osv. Og statistisk set er der en øget sandsynlighed for at man dør tidligere end man ellers ville have gjort. På baggrund af disse og lignende fremstillinger har vi udviklet en moralsk forpligtigelse til at minimere risici både for os selv og andre. Det fremstår som en rationel nødvendighed, også der hvor sammenhængene ikke er entydige. Den moralske forpligtigelse til at minimere risici syntes at have sin klangbund i en irrationel opfattelse af at selvkontrol og kontrol med ’de andre’ i sidste ende giver beskyttelse mod ulykke, sygdom og død. Det gør det ikke, men det giver mange af os en følelse af at være i kontrol, og en mulighed for at opnå anerkendelse som pæne mennesker, der fører en sundhedsmoralsk forsvarlig livsstil. Livsstilsdiskursen har derudover sine fordele derved, at den fungerer for en stor del af middelklassen. Vi lever sandsynligvis længere og nok også bedre, når vi udvikler den af sundhedsstyrelsen anbefalede livsstil. Ulempen ved livsstilsdiskursen er, at den på flere måder ekskluderer de socialt svagtstillede. På det helt konkrete niveau viser det sig for eksempel ved at de store folkesundhedsundersøgelser, Sundheds- og Sygelighedsundersøgelser kaldet SUSY, ikke omfatter et repræsentativt udsnit af de socialt svagtstillede. Man ved erfaringsmæssigt, at det er svært at få underprivilegerede mennesker til at besvare spørgeskemaer og deltage i interviews og undersøgelser, men man har ikke udviklet en metode til for alvor at imødegå dette. Dertil kommer de mennesker som vi kalder ’de udsatte’ - hjemløse, særligt belastede stofbrugere, særligt belastede prostituerede og særligt belastede psykisk syge – de er ikke forsøgt inddraget i undersøgelserne – i al

fald beror det på en tilfældighed, hvis en enkelt eller to er medinddraget (SIF 2007: 11). Det er altså ikke de udsatte, der trækker statistikken i de store befolkningsundersøgelser ned. Stort set kan man sige, at de bogstavelig talt ikke tæller med.

## Middelklassen og resten

Når livsstilsdiskursen er til gavn for en stor del af middelklassen, så hænger det vel sammen med, at den er skabt af og for middelklassen. I middelklassen er en af de ting som værdsættes evnen til at moderere sig. At udvise mådehold og evne til at udskyde og kontrollere lyst er en måde at vise status på, vise at man har styr på det. Samtidig har middelklassen ifølge sagens natur magten til at definere, hvad der er normalt. Middelklassen er det normale i Danmark, og før eller siden vil de fleste rette sig efter myndighedernes anbefalinger, for vi vil gerne være pæne mennesker og forsøge at leve op til de herskende normer. Det vil 'resten' sådan set også. Det er ikke ualmindeligt at se folk, som arbejder hårdt i et fitnesscenter for at få en 'sund krop', men som efter træningen spiser mad, der går stik imod hvad der anses for at være sundt. I det miljø kan det være lav-status at spise grøntsager, eller det kan endda anses for at være et symbolsk forræderi mod sine egne (familie, venner og bekendte) at man spiser 'de fines' mad. Det kan også være vigtigere, især for visse unge mænd, at vise mod end mådehold, og det kan de gøre ved at køre for stærkt i bil, drikke umådeholdent ved festlige lejligheder eller bare ryge en masse cigaretter. I det miljø giver det mening at motionere og styrketræne, men ikke nødvendigvis at 'spise sundt'. Det er imidlertid ikke kun et spørgsmål om, hvad der giver mening som statusmarkør. Det er i høj grad også et spørgsmål om, hvad der giver mening som problem. De mennesker som 'ikke nås med information', har ofte andre og langt mere påtrængende problemer, som gør det absurd at bekymre sig om mulige fremtidige konsekvenser af rygning eller af at spise for få grøntsager.

Viden om hvad der får mennesker fra

lavere sociale lag til at træffe andre 'valg' er kendt blandt dem som arbejder med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Men det er en indsigt, som tilsyneladende ikke bruges til meget. Den meste information, de fleste indsatser i det hele taget, henvender sig til middelklassen, på middelklassens præmisser. De som ikke kan eller vil leve op til middelklassens normer anses for at være irrationelle, dumme, uden for pædagogisk rækkevidde og selvforskyldte med hensyn til egen usundhed og ulykke.

Fedme er et illustrativt eksempel, og både forekomsten af og stigningen i forekomsten af fedme er langt større blandt socialt dårligt stillede end i resten af samfundet. Hvis man ikke allerede tilhører samfundets laveste sociale lag, så kan man komme til det, for hvis man er fed er der øget risiko for at man mobbes i skolen, diskrimineres på arbejdsmarkedet, får svært ved at finde sig en kæreste, ens selvværd presses i bund, og man tror selv på at man er dum, grim, doven og selvforskyldt i, hvad man måtte have af helbredsproblemer.

Også sundhedspersonale har fordomme over for overvægtige, og undersøgelser har vist, at det etablerede behandlingssystem bagatelliserer og fordømmer fedmen som alene forårsaget af slapt vellevned (Heitmann et al. 1999: 12). Det indebærer sandsynligvis, at forskning i for eksempel genetiske, biokemiske eller markedsføringsmæssige sammenhænge nedprioriteres i forhold til de forskningsspørgsmål, som livsstilsdiskursen frembringer.

Fordømmelse af mennesker som ikke lever op til idealet om at man skal have en slank og stærk krop, medproduceres mange steder i samfundet, for eksempel i ugeblade, TV-programmer og af de overvægtige selv. Antropologen Marie-Louise Jensen har studeret dokusoapen "Livet er fedt", hvor TV-seere kunne følge en gruppe overvægtige på et slankehøjskoleophold. Af analysen fremgår det, at de medvirkende har internaliseret stigmatiseringen af overvægt, og at de i det hele taget, sammen med tilrettelæggerne, reproducerer gængse forestillinger. F.eks. er det sådan, at i de perioder hvor en af de medvirkende

tager på, fremstilles hun, både visuelt og i sine egne verbale 'bekendelser', som resurssvag og passiv. Samme person fremstilles som handlende og stærk i de perioder, hvor hun taber sig. (Jensen 2005: 64).

Hvis man er 'overvægtig', ryger, har dyrket usikker sex og ikke har spist sine grøntsager, så er man selv ude om det, og med stor sandsynlighed tilhører man samfundets nederste sociale lag, hvilket man vel i parentes bemærket så også selv er ude om.

I anledning af en ny rapport fra Statens Institut for Folkesundhed<sup>1)</sup> blev forskningsleder ved Socialforskningsinstituttet, Niels Ploug, interviewet i DR (P1 morgen 2/4-07 kl. 07.15). Han blev bedt om at komme med en forklaring på, "hvorfør de lavt-uddannede lever så usundt?". Ploug svarede, at "...det vel er vanen" og et spørgsmål om disciplin. "Disciplin er det der kræves både for at tage en uddannelse og for at spise sundt". "... (det er) utroligt svært at holde sig til de sunde fødevarer – det kræver altså visse kulturelle og videnskæssige resurser ... at holde fast på det som er det mest rigtige at gøre i de fleste situationer...", "...(det er) en adfærd som skal ind tidligt i opvæksten...". Socialforskningschefen sluttede af med at pege i en helt anden retning, idet han sagde, at "virksomheder jo bruger mange penge på at overbevise os om at usund mad gør os lykkelige".

På den ene side er der altså, i Plougs optik, tale om et problem som bunder i det enkelte individs manglende disciplin (og opdragelse), og på den anden side er der tale om et problem, som bunder i en samfundsindretning som tillader at usunde fødevarer promoveres. Med hensyn til den manglende disciplin (og opdragelse), så må det være på sin plads at minde om, at underklassen, andre 'racer' end den hvide, og indtil for nylig også kvinder – traditionelt anses for at være netop irrationelle, ukontrollerede, i deres sansers vold, ja, dybest set uciviliserede – de mangler disciplin.

Hvem besidder magten til at definere, hvad der er normal anstændig adfærd? De normale (og pæne) er ikke normale (og pæne), hvis der ikke er nogen unormale

(og grimme) at måle sig i forhold til. I den forstand kan man sige, at middelklassen har en egeninteresse i at udgrænse 'de andre', 'dem som ikke nås med information'. Middelklassen er ifølge sagens natur det normale, men det er værd at lægge mærke til, at ikke alt hvad der ligger udenfor normen og gennemsnittet stigmatiseres. Det er ikke overklassen som udstilles og hånes for at være uden for pædagogisk rækkevidde, når de drikker lidt for meget og i det hele taget tager Sundhedsstyrelsen anbefalinger med et gran salt. De betaler selv for sundhedsydelse, hvis det er det der skal til, men nok så vigtigt er det, at de besidder tilstrækkeligt med prestige på andre felter til at eliminere stigmaet. En alfa-han er ikke fed, han har pondus.

I bund og grund er stil, livsstil, et spørgsmål om klasse. Og vi som tilhører den omfangsrige middelklasse, vi lykkes for en stor del med at opnå anerkendelse som pæne mennesker, i enhver betydning. Fokusering på livsstil og opfattelsen af at sundhedsadfærd er noget man vælger uafhængigt af økonomi og social status i øvrigt, fungerer som en udgrænsning. Den medskaber de sociale forskelle og skillelinier.

Sociologen Pierre Bourdieu, der har beskæftiget sig med livsstil og distinktion på et mere overordnet niveau, siger om æstetisk intolerance at "... (den) kan være forfærdelig voldelig. Aversion mod andres livsstil er måske en af de stærkeste barrierer mellem klasserne." (Bourdieu 1984: 56). Den gode smag er ikke så uskyldig, som den tager sig ud.

Det er ikke nyt, at de dårligst stillede grupper i andres øjne har 'dårlig smag', og en foragtelig og uforståelig livsstil. Sådan har det, som man siger, altid været. Det er en ganske logisk følge af, at vi der har mulighed for det, markerer sociale forskelle, distinktioner, ved kontinuerligt at udvikle livsstile og smag, som de der ligger under os i samfundshierarkiet, ikke kan eller vil følge. Set på den baggrund er det hyklerisk, når middelklassen udtrykker forbløffelse og slet skjult forargelse over, at de socialt dårligst stillede mennesker ikke har den adfærd og livsstil som er moderne,

og som myndighederne anbefaler.

Vi lever i et såkaldt risikosamfund, hvor farer tilsyneladende lur på os overalt, selvom vi næppe nogensinde har levet mere trygt og sikkert. Vi lever samtidig i en tid, hvor sundhed, som begreb og bestræbelse, har vundet langt større udbredelse end tidligere. Vi spiser, motionerer osv. - for sundhedens skyld. De to ting i kombination, risiko- og sundhedstænkningen, ophøjer den af sundhedsmyndighederne anviste sundhedsadfærd til en moralsk pligt. Vi som tilhører middelklassen, har på den baggrund formået at ophøje vores livsstil til moralsk målestok, der flittigt (om end ubevidst) bruges til at slå anderledes tænkende, og især mindre privilegerede, over nakken med.

Det er næppe sundhedsfremmende for de socialt svagt stillede. Tværtimod er der grund til at antage, at livsstilsdiskursen understøtter og forstærker den sociale ulighed, blandt andet i kraft af de forhold som er trukket frem her.

Det er naturligvis ikke udtryk for ond vilje hos de mennesker, som arbejder med sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Snarere er der vel tale om, at det er svært at se splinten i eget øje. Men man kan frygte, at udviklingen fortsætter f.eks. i form af 'livsstilssamtaler', hvor graden af vurderet selvforskyldthed lægges til grund for hjælpsudmålingen, ligesom vi kender det fra det sociale område. Sker det, vil det af selvindlysende grunde medføre, at socialt svagt stillede får begrænset adgangen til sundhedsydelse. (Begrænsning af adgangen er i øvrigt foregået i mange år, om end på en anden måde, idet udsatte mennesker, som f.eks. hjemløse, risikerer at blive afvist i skadestuer o.l. fordi de er 'til gene for andre').

Livsstilsdiskursen rummer en tendens til at reducere sundhed til en spørgsmål om adfærd. Men er adfærd hele forklaringen? Er det den halve forklaring? Eller endnu mindre? En stor del af middelklassen lever vel heller ikke op til anbefalingerne, siden så mange f.eks. er overvægtige, og alligevel kan regne med at leve længere end socialt svagt stillede (og her taler vi ikke om de udsatte). Er det usundt 'i sig selv' at tilhøre samfundets nederste lag?

Der er mange spørgsmål, som ikke bliver stillet, når én tolkning og løsningsmodel er så dominerende. Og livsstilsdiskursen har nok for længst taget overhånd, hvis det vi vil, er at mindske den sociale ulighed i sundhed.

#### NOTE:

Sundhed og sygelighed i Danmark. 2005 & udviklingen siden 1987.

#### LITTERATUR:

- Bourdieu, Pierre (1984): *Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press.
- Brønnum-Hansen, Henrik et al. (2005): *Sociale forskelle i københavnernes forventede levetid med godt helbred*. Ugeskrift for Læger 2005;167(02): 166. København. Den Almindelige Danske Lægeforening.
- DR P1 morgen 2. time 2 april 2007 kl. 07.15. <http://www.dr.dk/P1/P1Morgen/Udsendelser/2007/04/02/115604.htm>
- Evans-Pritchard, E.E. (1976 1937): *Magic, Oracles and Witchcraft and Oracles among the Azande*. Oxford. Oxford University Press.
- Heitmann, Berit et al. (1999): *Overvægt og fedme*. København. Sundhedsstyrelsen.
- Jensen, Marie-Louise Heine (2005): *Mellem statslig logik og personlig erfaring - Dokusoopen 'Livet er fedt' som et eksempel på sundhedsfremme og forebyggelse i populærkulturen*. Tidsskrift for forskning i Sygdom og Samfund. Nr. 3. Sundhedsfremme og forebyggelse. Århus. Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum.
- Lupton, Deborah (1995): *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London, SAGE.
- SIF, Statens Institut for Folkesundhed (2007): *Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed?* København. Rådet for Socialt Udsatte.
- Sundhedsstyrelsen (2005): *Dødsårsagsregisteret 2001*. Nye tal fra Sundhedsstyrelsen. Årgang 9. Nr. 5, marts 2005. København. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse (2003): *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt - forslag til løsninger og perspektiver*. København. Sundhedsstyrelsen.
- Vallgård, Signild (2004): *Social ulighed i Sundhed - hvad er problemet?* Ugeskrift for læger 9. februar nr. 7. København. Den Almindelige Danske Lægeforening.

*Pia Myrthue er Master i Sundhedsantropologi med bifag i Afrikastudier.*