

Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier

Kristian Larsen og Kim Esmark

Rastløshed og uforløsthed i sociale og sundhedsmæssige felter

”Jeg søger den opslåede stilling og vil fortælle at jeg dyrker idræt og elsker at gå på vandreture med min mand”. Dette er et kort resume af tendenser i jobansøgninger aktuelt i de nordiske lande. Ansøgerne gør rede for deres formelle kvalifikationer og samtidig fortæller de om deres måde at agere på i fritiden, fx i forhold til deres livsstil og sundhed. Kroppen og dens fremtræden har gennem mange år – sikkert altid – været objekt for en samfundsmæssig og individuel opmærksomhed. Men vi er, i det mindste i de såkaldte førsteverdenslande, midt i en proces hvor kroppen, som sundhedskrop har fået en helt særlig opmærksomhed. Hvad ligger bagved det fænomen at ansøgere til stillinger på arbejdsmarkedet er begyndt at fortælle om diverse aktiviteter de udfører i deres fritidsliv? Hvorfor fortæller ansøgere til stillinger på arbejdsmarkedet, at de deltager i ’birkebeiner’ løbet, ved ’DHL stafetten’ eller at de har cyklet ’tøserunden’ eller ’Vänern rundt’, at de er ikke-rygere og kun drikker alkohol ved festlige lejligheder?

Samtidig kan vi registrere at velfærdsstaten er under langsom forandring, ligesom sociale og sundhedsmæssige felter transformeres. En række tendenser er tydelige gennem de sidste 20-30 år. Der har været og er massivt samfundsmæssigt fokus på sundhedsfremme og livsstile, herunder livsstilskampagner fx formidlet af statslige institutioner som sundhedsstyrelsen i Danmark. Patienter og klienter, der tidligere blev konstrueret som objekter for diverse sociale, medicinske og sundhedsmæssige interventioner, indgreb og behandlinger, italesættes nu som subjekter. Patienter og klienter er blevet brugere og hen ad vejen også forbrugere og på nogle områder er de helt eksplicit blevet kunder, der køber ydelser på et marked med konkurrerende udbydere. Patienter, klienter, brugere og kunder har også

i stigende grad institutionaliseret sig gennem at organisere sig som positioner i social- og sundhedsfelter dvs. som patientforeninger, brugersammenslutninger osv. De kliniske felter og de involverede institutioner og professioner er på samme tid blevet stadig mere udhulede i forhold til tidligere erobret autonomi. Det økonomiske magtfulds begreber, klassifikationer og logikker slår stadig mere igennem i felterne. Socialrådgiveren ved at målet med hendes arbejde er at få klienten tilbage til arbejdsmarkedet – jo før og billigere des bedre. Lægen og sygeplejersken kender også reglerne for hvilke typer af diagnoser og interventioner der tæller når afdelingens produktivitet skal gøres op.

På institutionsniveau er særligt hospitalerne blevet virksomme på stadig mere intensiverede og rationaliserede processer med medicinsk undersøgelse, diagnosticering og behandling. Indlæggelsestider er kraftigt reduceret og store dele af de lavt positionerede aktiviteter som rehabilitering og sundhedsfremme, er lagt ud i primær sektor, hvor sygeplejerskers funktioner overtages af pårørende, familie, netværk og venner. De feldmæssige og institutionelle forandringer sætter helt nye rammer for hvordan professionerne kan og skal agere. Som del af forandringerne hersker der krav om at alle sociale og sundhedsmæssige aktiviteter skal være evidensbaserede og de ansatte sendes på kurser i at opsoge og implementere den nyeste viden på deres respektive områder. Konstruktionen af evidens baserer sig på en retrospektion og en bestemt form for statistisk information, fx over effekter af interventioner i det sociale eller sundhedsmæssige felt. Spørgsmålet er altså; ’hvad har vist sig at virke?’ under nogle bestemte mulighedsbetingelser. Den kliniske praksis er således ud over mange andre udfordringer hele tiden bagud i forhold til at gøre det rigtige. Samtidig med denne uro og rastløshed i feltet kan man med Nikolas Rose (2009) konstatere at sundhed og sygdom er ekspanderet uendeligt som

forskningsområde, som forebyggelse og som intervention – helt ind i kroppen på alle. Vi er i den optik alle blevet præpatienter. Ingen kan med sikkerhed sige at de er sunde og raske. Der kan ligge noget gemt i gener eller celler som er endnu u-opdaget! Ny teknologi inden for sundhedsområdet er også med til at omkalfatre studiet af sundhed fx på gen- og genomniveau, men også i forhold til selve det professionelle arbejde og patienters arbejde med sig selv. Teknologiernes udvikling ledsages af nye begreber og udfordringer med selvtests, hjemmemonitorering, computerprogrammer og 'e-health literacy' (patienters evne til at forstå og anvende sundhedsinformationer elektronisk).

Kort sagt: Stat og felter relateret til sundhed er under transformation, med relaterede bevægelser mellem sektorer, institutioner, professioner, teknologier og klienter, herunder nye krav om produktion og anvendelse af viden relateret til sundhedsområdet.

Hvordan konstruere sociologisk viden på sundhedsområdet?

Hvordan kan man konstruere kritisk sociologisk viden om sundhed på præmisser som beskrevet ovenfor? Med udgangspunkt i en Bourdieu'sk og historisk epistemologisk inspireret tænkning peges i det følgende på nogle centrale forhold og problemer i den henseende – forhold og problemer som samtidig former konteksten for den række af norske og danske studier, der med forskellige sundhedsrelaterede problemer som genstand og med forskellige metodiske tilgange præsenteres i dette temanummer af Praktiske Grunde.

Erkendelse og samtid

Videnskabelig viden er til en vis grad bundet til en samtid dvs. tid og sted. Videnskabelig viden relateret til sundhedsområdet er et socialt og historisk produkt, der er optaget af at udvide vor viden om sundhed. En viden der i princippet er et demokratisk gode, dvs. det skal stå til rådighed for alle i samfundet. Den videnskabelige viden er samtidig kontekstuel i betydningen at der, set i historisk perspektiv, skal være et vist match mellem erkendelse (hvad der konstrueres som videnskabelig viden) og reception af erkendelse (hvad der til en hver tid og kontekst kan erkendes). Det vil sige at vi accepterer at enhver etableret viden har sin plads i en given tid og kontekst – og at den så at sige finder sin plads i

den kontekst. Sagt med andre ord lever videnskabelige erkendelser ikke deres eget liv på den måde at alt er tænkbart til enhver tid og sammenhæng. Videnskabshistorien har vist at der skal være et vist match mellem en social, politisk og økonomisk samtid og så den erkendelse som kan vinde plads som netop erkendelse. Det er altså ikke alt der kan accepteres og ses som (videnskabelig) erkendelse på en given tid. For eksempel var det anset for rigtigt i mange år – bekræftet af lærde og læger – at blodet blev produceret, 'pumpet rundt af lungerne' og 'brugt op i kroppen'. Men det viste sig, at 'hertet pumpede' og blodet 'cirkulerede' som William Harvey sagde allerede i 1628 (Larsen 2012). Han havde angiveligt undervist i disse forhold siden 1615 og der gik mindst 20 år, dvs. indtil omkring 1650'erne, før lærde og efterfølgende kliniske læger accepterede dette brud med den Galenske fysiologi (about.com).

Men Harveys indsigter var ikke mulige at tænke i samtiden. Videnskabsviden, klinisk viden, patientoplevelser og sikkert også igleproducenter, bekræftede den hævdevundne teori. Porter siger (2003: 216): "Hvad skulle der blive af alle de gamle regler om de rette steder for åreladning [fx ved påsætning af igler, KL/KE], hvis blodet blot strømmede rundt i legemet?". Al sygdomsforskning og erfaring tilsagde at flow og forstoppelse var centrale kropslige udfordringer og det matchede med teorier om produktion og forbrug af blod. Det var også først mange år efter Gregor Mendels død at det blev muligt at være Mendelianer. Gregor Mendel havde ret da han i midten af 1800-tallet og frem foretog arvelighedsstudier og udviklede arvelove, men i samtiden var de indsigter ikke-eksisterende i det videnskabelige univers. Den diskrepans mellem modstridende videnskabelige indsigter på en given tid er let at dokumentere med de store koryfæer der måtte bryde med etableret viden, Kopernikus, Newton, Marx, Freud osv. Men der har også over tid været lige så store slag og udfordringer mellem bredt set videnskabelige indsigter og så erfaringsviden, dvs. spontankonstruktioner af virkeligheden. Det kan for eksempel dreje sig om spændinger og modsigelser mellem videnskabelig indsigt og det der betegnes som klinisk viden fx hos de professionelle.

Sandhed og tid

Det er dernæst en grundpræmis at videnskabelighed er

en kritisk virksomhed der løbende producerer objektiv erkendelse om sundhed, idet den samtidig søger at udfordre de etablerede erkendelser – med henblik på at udvikle en mere sand viden. Objektiv og sand kunne være sat i parentes eller på anden måde markeret med reservationer, men der er pointer ved at holde fast ved begreberne. Der er, så at sige i processen, tale om bestræbelsen på at producere objektiv og sand viden om sundhed. Det er et mål at bidrage til sandere erkendelse og præmissen er også, at nogle udsagn om sundhed er sandere og mere objektive end andre. Det er som sådan et mere sandt udsagn om kroppen at blodet pumpes rundt af hjertet og at det cirkulerer, end at det er lungerne der pumper blodet ud til kroppen hvor det så bruges op. Men Harveys' arbejder var kun rigtigere end de tidligere indsigter, og hans teori er løbende modificeret og udviklet – og måske den også står for fald en dag. Videnskabshistorie fra biologi og medicin til sociologi og pædagogik har lært os at sandheder til enhver tid opleves som store og skrives med stort S, mens de produceres. 'Sådan er det nu' ifølge vores indsigte om kroppen, ernæring, fysiologi, generne osv., men som årene går, udfordres de af nye sandheder. Pro-spektivt søger man efter sandheden med stort S, men videnskabsteoretisk og videnskabshistorisk er man ydmyg og ved at der er tale om små 's'er. Det vil sige sådan 'er' det under de-og-de betingelser og indtil videre.

Erkendelse gennem afvigelse

På en ubemærket måde falder det videnskabsfolk let at registrere afvigelser fra det normale. Det vil sige at et eller andet grundlag i det biologiske eller sociale er blevet en slags norm ud fra hvilken afvigelse kan vurderes – beskrives, analyseres, fortolkes/forklares og eventuelt behandles/korrigeres. I den historiske epistemologi har særlig Canguilhem (1988, 1998) tematiseret, at sygdom eller det patologiske og afvigende leverer et potentiale for erkendelse om det normale. Han siger fx: "Everyday concepts made certain knowledge impossible: What hope was there of discovering the laws of life in that which threatened life, destroyed it, and lived upon it as a parasite? Because microbes were stamped with negative value by men in general and even by biologists, their positive value as objects of theoretical research was not yet recognized." (Canguilhem 1988: 115). Det har været kendt gennem flere hundrede år, også gen-

nem konkrete kliniske indgreb og forsøg på dyre og menneskekroppe at og hvordan man lærte om normale funktioner ved at fjerne vitale dele eller organer. For Canguilhem er det meningsfyldt at opløse den ganske implicite distinktion som ligger i en principiel forskel og skelnen mellem normal og patologisk. I den menneskelige organisme er der fx en evne til at regulere sig selv – ikke nødvendigvis sådan at der genetableres en tidligere ligevægtstilstand, men organismen etablerer nye ligevægtstilstande, nye normer. Organismen er i den betydning normativ. Som påpeget i den første artikel i dette temanummer, Anders Kruses "Normoverskridelse og livet i organernes stilhed: Georges Canguilhem mellem filosofi, sociologi og medicin", er det patologiske og normale samtidigt, det normale er ikke noget grundlæggende og forudgående. Kruse viser på grundlag af konkret empiri, hvordan diabetespatienters selvpraktikker og pædagogiske praktikker på diabetesområdet relateres til og bliver kilde til erkendelse om det normale (i betydningen aktuelle bestræbelser i forhold til livsstil i Danmark). Pointen er at det syge, patologiske og afvigende skal og kan lære os noget om det som opfattes som normalt og ikke mindst det sunde og rigtige liv (eller livsstil). Det er imidlertid ikke helt enkelt, for kompleksiteten er stor og mange dimensioner bevæger sig samtidig: Diabetes-diagnosen har en tidslighed (konstrueret i 1935); dens afgrænsning skifter over tid (uddifferentiering i forhold til andre diagnoser); dens variable og værdier ændres (ændrede kriterier giver flere syge); økonomiske, politiske og kulturelle praksisser definerer relevanskriterierne (lægemiddelindustri fx Lipitor & Zocor, jf. Rose 2009, har interesser i ændring af grænseværdier for diagnosticering); diagnosen vitaliseres af stat, institutioner og professioner (diskurser og praksisser relateret til sundhed, risiko, forebyggelse, kurser mv.); og ikke mindst lever diagnosen i kroppe og som identitet, til og med som moralsk anliggende. Enkelte diabetikere forklarer i Kruses undersøgelse deres situation i moralske termer, ved eksempelvis at sige, at "jeg er ikke syg, jeg er bare doven". Men ligesom den menneskelige organisme forsøger at opretholde og overskride sin norm, gør det sociale menneske det også. Diabetikeren kender principperne der formidles på kurserne og de udøver selvomsorgspraksisser dvs. passer på deres krop som på sigt kan blive syg. Men som Kruse viser eksperimenterer de også med de ud-

stukne regler og tager de ting de kan bruge. Principet om at lære om det normale via det patologiske, har også været centralt fx når Freud studerede det psykisk anormale. Det ville, til forskel herfra, være let at vise hvordan aktuel sundhedsvidenskab trækker på særlige begreber og klassifikationer i forhold til fx sund/syg, normal/unormal, progression/regression mv. I dag ved vi måske, at menneskekroppen er i en form for balance internt og eksternt, og vi ved, hvad der er sundt og sygt mv. Måske er disse begreber og klassifikationer virksomme, for at vi kan forstå og begå os som mennesker og som videnskabsmænd på sundhedsområdet og de samme begreber og klassifikationer er ligeledes virksomme som epistemologiske forhindringer for nye indsigter! (Larsen 2007: 13)

Erkendelse som konstruktion

Det er endelig nødvendigt at rette opmærksomhed mod det man kan betegne som konstruktionen af objektet, det vil sige hvordan man som forsker konkret, og gennem mange typer af aktiviteter, former, opbygger eller skaber det genstandsområde man vil udforske. Det drejer sig om konstruktioner fra formulering af hvad der skal stilles af forskningsspørgsmål, udformning af arbejdsantagelser til spørgsmål om hvordan det hele sættes op teoretisk, metodisk og teknisk mv. Den vigtigste pointe ved at bruge begrebet 'konstruktion' ligger i opgøret med den positivistiske position, der antager, at der ligger en verden derude som kan og skal studeres blot som den 'er', men som også konstruerer, blot uden bevidsthed og refleksion herom. Med Bourdieus ord:

Den positivistiske drøm om en tilstand af fuldkommen epistemologisk uskyld tilslører i realiteten, at forskellen ikke ligger mellem den videnskab, der foretager en konstruktion og den der ikke gør det, men mellem den der gør det uden at vide af det, og den der, bevidst om det, anstrenger sig for så fuldstændigt som muligt at kende og bemestre sine uundgåelige konstruktionshandlinger og de virkninger, som de, ligeså uundgåeligt, producerer. (Bourdieu 1999: 608)

I den positivistiske terminologi indsamler man data og der er stor opmærksomhed på metodisk refleksion, hvor det centrale spørgsmål er hvordan man minimerer

'bias' det vil sige skævhed eller forvrængning der opstår på grund af metode fx statistisk systematiske fejl eller hos forskeren, der kan være 'biased' af hans/hendes for-forståelser. Det centrale i grundantagelsen i den historiske epistemologi og de forskellige udformninger det har fået hos bl.a. Bourdieu og Foucault, er at konstruktionsarbejdet netop er et konstruktionsarbejde og at bestræbelsen på at konstruere ny viden – fx om sundhed – går gennem brud med hverdagskonstruktioner og professionelle konstruktioner, samt med etablerede videnskabelige konstruktioner. Staf Callewaert skrev for 20 år siden, ikke om sociologi, men om pædagogisk videnskab, at den går i blinde og ikke får etableret sig som en grundvidenskabelig forskning, fordi udøvere ofte har baggrund i den praktiske virksomhed, har engagement på de svages side og fordi den pædagogiske videnskabs problemer overtages direkte fra politik eller praktisk pædagogiske udfordringer (Callewaert 1994: 227-228). Det er en udfordring, ifølge Callewaert, at forskningen tænkes og forventes at skulle kunne anvendes (her og nu) og at forskere snarere tænker frem og tilbage, frem for på tværs af tematikker. Ikke alt dette gælder på samme måde for sociologien (fx om sundhed), men visse af de beskrevne udfordringer er også nærværende her. Der er fx en tendens til at politiske tematikker forvandler sig til sociologiske tematikker, ligesom en bestemt form for anvendelsestænkning udgør en udfordring for kritisk sociologi. Sociologisk viden skal ofte kunne anvendes til at løse sociale problemer, og helst indenfor en kort tidshorisont.

Med inspiration fra den historiske epistemologi ligger det nye ikke i den gængse og autoriserede indsigt i et givent område. Den nye erkendelse ligger heller ikke i at tænke på langs ad den etablerede indsigt fx ved at basere sig udelukkende på hvordan lægfolk eller fagfolk konstruerer et givent område. Den nye erkendelse konstrueres snarere på trods af eller i modsætning til hævdevunden og selvklar viden også indenfor aktuelle videnskab. Det er en udfordring som er relevant for social og humanvidenskaberne, der som ekstra udfordring har at gøre med "speaking objects" i modsætning til naturvidenskaberne der i det mindste ved, at de selv må konstruere deres objekt og teorier om det. Et eksempel kan være at Newton ikke kunne lære så meget om tyngdekraften ved at lytte til en sten. Den er og var kun objekt og kunne ikke fremtræde som medfortæller

om hvad der udløser at den falder nedad hvis det er muligt. Human og socialvidenskaberne har at gøre med objekter der også optræder som subjekter dvs. i studiet af social ulighed i sundhed eller social marginalisering vil forskeren kunne forledes til at lade informanternes konstruktioner overgå direkte til forskerkonstruktionen. Bourdieu og Wacquant siger, at en adækvat teori om samfundet må konstruere teorier som involverer en teori om gabet mellem teori og praktik. Den må indregne den distance der er mellem praktisk erfaring og den model (teori) som søger at beskrive og forklare det sociale (Wacquant 1989).

Felter under forandring

Når objektet skal konstrueres må forskeren oparbejde et teoretisk overblik over det empiriske område og i den bestræbelse må der indregnes et brud med hvordan området erfares i praksis af deltagerne fx brugere og professionelle. Men i rehabiliteringsfeltet i norsk og international sammenhæng har feltet i høj grad haft brugere, ikke blot som aktivister for området, men også samtidig som forskere om området. Marte Feiring og Per Koren Solvang viser i deres ”Rehabilitering – mellom medisin og samfunnsfag. En feltanalytisk skisse”, hvordan ikke blot forskere (medicin, samfundsvidenskab, psykologi) og politiske aktører og brugere har udgjort vigtige positioner i feltet for rehabilitering: også ’forskeraktivister’ har i dette felt været særligt virksomme. Slogordet ”inventing om oss uten oss” signalerede en kombination af forskerposition og brugerposition i forhold til funktionshæmning. Der var tale om en stærk position i feltet, hvorfra der både produceredes og brugtes kundskab. Med reference til Holst (2009) peges der i artiklen på det ambivalente forhold, at aktivismen kan true videnskabeligheden gennem svækkelse af både forskningens kvalitet og legitimitet.

Feiring og Solvang gør gennem feltanalyse af rehabiliteringsfeltet, tænkt som et subfelt, rede for hvordan feltet har ændret sig fra en tilstand, hvor medicinske definitioner udpræget er dominerede til en tilstand, hvor også samfundsvidenskabelige og psykologiske dimensioner spiller en rolle. De tidligere klassifikationer af sygdom (ICD – International Classification of Diseases) og den senere model der lagde vægt på kausal relation mellem kropslige patologier forårsaget af manglende funktionsniveau og deltagelse (ICIDH –

International Classification of Impairment, Disability and Handicap) er af WHO i 2001 begge afløst af klassifikationssystemet ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. Teorier og metoder relaterer nu i højere grad til samfundsmæssige og kontekstuelle forhold frem for udelukkende bio-medicinsk deficit og individualistiske perspektiver. På grundlag af en bred vifte af dokumenter (videnskabelige, policy, WHO, Verdensbanken) vedrørende funktionshæmning og rehabilitering rekonstruerer Feiring og Solvang stridigheder i feltet, og det beskrives hvordan den medicinske ortodoksi er blevet udfordret i sin definitionsmagt. Rehabiliteringsfeltet er relativt lavt positioneret, hvis det tænkes inden for et medicinsk felt og hvis man fx kobler området til det diagnosehierarki, der beskrives i Dag Album og Eivind Engebretsens artikel ”Sykdomsprestisje”. Men som det beskrives af Feiring og Solvang, kan det øgede krav om evidensbaseret medicin og øget brug af randomiserede kontrollerede studier faktisk også tolkes som eksempler på fortsat medicinsk hegemoni.

Brugere indenfor hørerehabilitering i Danmark har en mindre stærk position end funktionshæmmede brugere på rehabiliteringsområdet i Norge. Anette Hindhede og Kristian Larsen opsummerer i ”The rise and fall of audiology in Denmark, 1950-2010 – a field perspective” rationaliteter og interesser i rummet mellem økonomisk orienterede positioner (høreindustrien, teknolog udvikling og økonomisk vækst), professionsorienterede positioner (læger og teknikere der strides om kontrol over diagnosticering og behandling), brugerpositioner (patienter der forventer effektiv behandling, gratis og uden ventetider) og slutteligt det bureaukratiske felt (politisk strid om profilering omkring ventelister, lave omkostninger). I historiseringen af subfeltet, der retter sig mod hørerehabilitering, viser det sig, at metamagtfeltet i højeste grad har været virksomt i forhold til at regulere spillet og spillereglerne i feltet. Privatiseringsbestræbelser har udhulet områdets autonomi og haft som effekt, at hospitalsrelateret (grund)forskning er blevet reduceret. Orienteringen mod videnskabelig gevinst erstattes langsomt af private virksomheders orientering mod kommerciel gevinst.

Ideologier og realiteter om lighed, krop og identitet
Der cirkulerer aktuelt i de nordiske lande en række

begreber om inklusion indenfor politik, arbejdsmarkedspolitik, socialpolitik, uddannelsespolitik og sundhedspolitik. På de forskellige områder beskrives det, hvordan idealet eller ideologien er, eller har været, lighed som central del af velfærdsstatens principper (fx udtrykt som fri og lige adgang til uddannelse, sundhed mv.). I den optik gælder det om at inkludere de udsatte, de svage, det afvigende, det diagnosticerede (fx i folkeskolen) og at minimere eksklusion og eksklusionsprocesser. Hvad betyder det, at denne hverdagslige og politiske konstruktion også er virksom, når det angår sociologiske studier af socialt udsatte? Kristian Larsen og Mette Ryssel Bystrup gør i "Marginale: udsatte, men ikke kun socialt – om konstruktionen 'socialt udsatte' anvendt i politik, administration og videnskab" rede for faren ved at sociologisk videnskab overtager sådanne politiske konstruktioner (af et genstandsområde) uden at udfordre dem og uden reelt foretage en eksplicit og bevidst objektkonstruktion. Begrebet marginale er udviklet som et forsøg på at kunne beskrive en særlig livssituation dvs. en position som visse grupper i samfundet er placeret i. Den marginale position er andet og mere end positionen 'socialt udsat'. Gennem brug af begreber som økonomisk, kulturel, social og boligmæssig kapital bliver det muligt at se og erfare at marginal ikke blot er 'socialt' udsat: Armod er også funderet i bolig og interiør, i venskabsrelationer, i savn af udfoldelsesmuligheder og penge og i det at bære forkerte værdier og kultur! Der er tale om et studie af dominansrelationer i Danmark (hvor de dominerende grupper desværre kun inddrages teoretisk) og af dominerede grupper i et mindre geografisk afgrænset område. I forhold til sundhed er den dominerede position tæt bundet til den sociale og økonomiske nødvendighed (Bourdieu 1984) og gennem bl.a. at omforme 'locus of control' til et sociologisk begreb bliver det muligt at beskrive og forklare de idealer og den praktik, der knytter sig til positionen. Den marginale position opererer fra en position som står i markant modsætning til den position, som definerer idealer om sundhed. De marginale opererer med og indenfor en stærkt reduceret tidshorisont, som stort set ikke involverer en fremtid der er længere væk end et par timer eller dage. Nutiden er maksimalt tilstede med de nødvendigheder og det pres som det giver anledning til. Nutiden – med transformationer af velfærdsstaten og det øgede krav om investering i sundhedskapital –

sætter en ny og minimeret ramme for normalitet.

I en sociologisk optik er idealer om sundhed jo aldrig universelle, men altid historiske, dvs evigt foranderlige produkter af stridende praksisser og diskurser. Hvad der aktuelt defineres som sundt og normalt skifter over tid og varierer fra sted til sted i både det fysiske og det sociale rum. Forskellige sociale grupper med forskellige habitusser stræber ikke efter samme krop. Der eksisterer modsatrettede opfattelser af kroppen (indre/ydre, rå/kunstig, mål/redskab, vedligeholdelse/nedslidning), som relaterer sig til både klasse, køn og livsfase (barn, ung, voksen, gammel). Ikke alle grupper har imidlertid lige mulighed for at gennemsnætte netop deres krops- og sundhedsideal som rigtige. Normen sættes primært af livsstilen i de privilegerede grupper, og de dominerede er i vidt omfang henvist til at læse kroppen gennem de dominerendes blik. Jo mere de privilegerede klassers konstruktion af en sund og normal krop bliver fremherskende, jo mere bliver fx den store, rygende, lade, usunde krop set som afvigende, forkert. Men også den 'vulgært overinvesterende' krop (store muskler, kunstigt solbrunet, kirurgisk korrigeret), som kan give afkast i nogle miljøer, bliver mødt med kulturel afsmag oppefra og giver ikke bonus på højt positionerede job- og ægteskabsmarkeder (Larsen & Hansen 2013). Der er i realiteten tale om en form for symbolsk vold i Bourdieus forstand, for når dominerende grupper via sundhedspolitiske tiltag, statslige nævnss påbud, forbud og anbefalinger og via erobring af hele den offentlige tale om krop og sundhed formår at gennemsnætte deres egen sunde livsstil som den eneste legitime (og dermed at skabe markeder/felter, hvor deres kropskapital er gangbar valuta), uden at de ulige betingelser for at komme til at begære og praktisere en sådan livsstil (an-)erkendes, må 'de usunde' erfare deres mangel på selvkontrol og deraf følgende stigmatisering og eksklusion som selvforskyldt og deres socialt dominerede position som forklaret og retfærdiggjort. (Larsen og Esmark 2010: 147)

I tilknytning til denne problematik undersøger Vibeke Tornhøj Christensen i "Studies of differentiated weight levels and weight perceptions explored through the theoretical work of Pierre Bourdieu", hvordan både faktisk vægt, opfattelse/aflæsning af vægt og graden af fokus på sund livsstil hænger tæt sammen med mængden af især kulturel kapital. Christensens studie påvi-

ser også nogle tydelige kønsforskelle og bekræfter, at kvinder i højere grad end mænd har en 'krop for andre', dvs. en krop som vurderes, objektiveres og underlægges bestemte æstetiske normer. Kvinders vægt bedømmes helt enkelt anderledes end mænds og de to køn forventes ikke at leve op til samme standarder for en sund krop.

Ideologier og realiteter om regelfølgen og lighed mellem sygdomme

I det medicinske felt udgør undersøgelse, diagnosticering og behandling helt centrale dimensioner af de aktiviteter som en læge eller en medicinsk institution orienterer sig efter. Når patienter er udredt medicinsk og sygdomsmæssigt så kan behandlingen være lige til når der skal interveneres direkte af den sundhedsprofessionelle på patientkroppen, fx ved kirurgiske indgreb. Men ofte må patienten selv være opsynsmand, kontrollør og udøvende egen læge, der sikrer at der indtages lægemidler, at der spises de rette ernæringsmidler, at usunde vaner undgås, at der motioneres osv. Her bliver det aktuelt med compliance, udgangspunktet for Lina-Klara Hoel Feldes bidrag "Compliance som elastisk begreb". I den biomedicinske optik udgør compliance et centralt begreb der angiver, hvorvidt patienterne efterfølger lægens eller sundhedspersonalets ordinationer og råd. Idealet er at patienten gør som lægen anviser. Gennem teoretisk-empiriske studier, der trækker på Foucault og konstruktionistisk etnometodologiske tilgange, viser Felde imidlertid, at menneskers konkrete kontekster er mere styrende som orienteringspunkter end en abstrakt medicinsk instruktion. Det må være oplagt at sygdommens alvorlighedsgrad, dens fysiske og symptom-mæssige nærvær og også dens art spiller ind når et menneske agerer i det daglige liv, herunder i forhold til sygdom, sygdomsforebyggelse, indtag af lægemidler mv. Felde argumenterer for, at det absolutte medicinske compliancebegreb må udfordres og udvides med et elastisk compliancebegreb. Dette sker gennem at fokusere på hvordan kontekster skifter og med kontekster også tilgange til sig selv og forhold til lægemidler. Mennesker som i dette tilfælde er diagnosticeret med for højt kolesterol beskrives som værende i et limbo, eller et liminalt rum hvor de enten er syge eller raske eller de er syge og raske på samme tid. De har ofte ikke mærkbare kropslige signaler eller symptomer og de må

løbende navigere mellem typer af roller og regler der på den ene side afvejer hverdagslivets kompleksitet (fx at være mor eller ferierende) og det at være underlagt de medicinske regimer (fx at tænke sig som potentielt syg). Til forskel fra det medicinske og som sådan låste, konstante og absolutte compliancebegreb ønsker Felde at vise en kamp om sandheden om compliance.

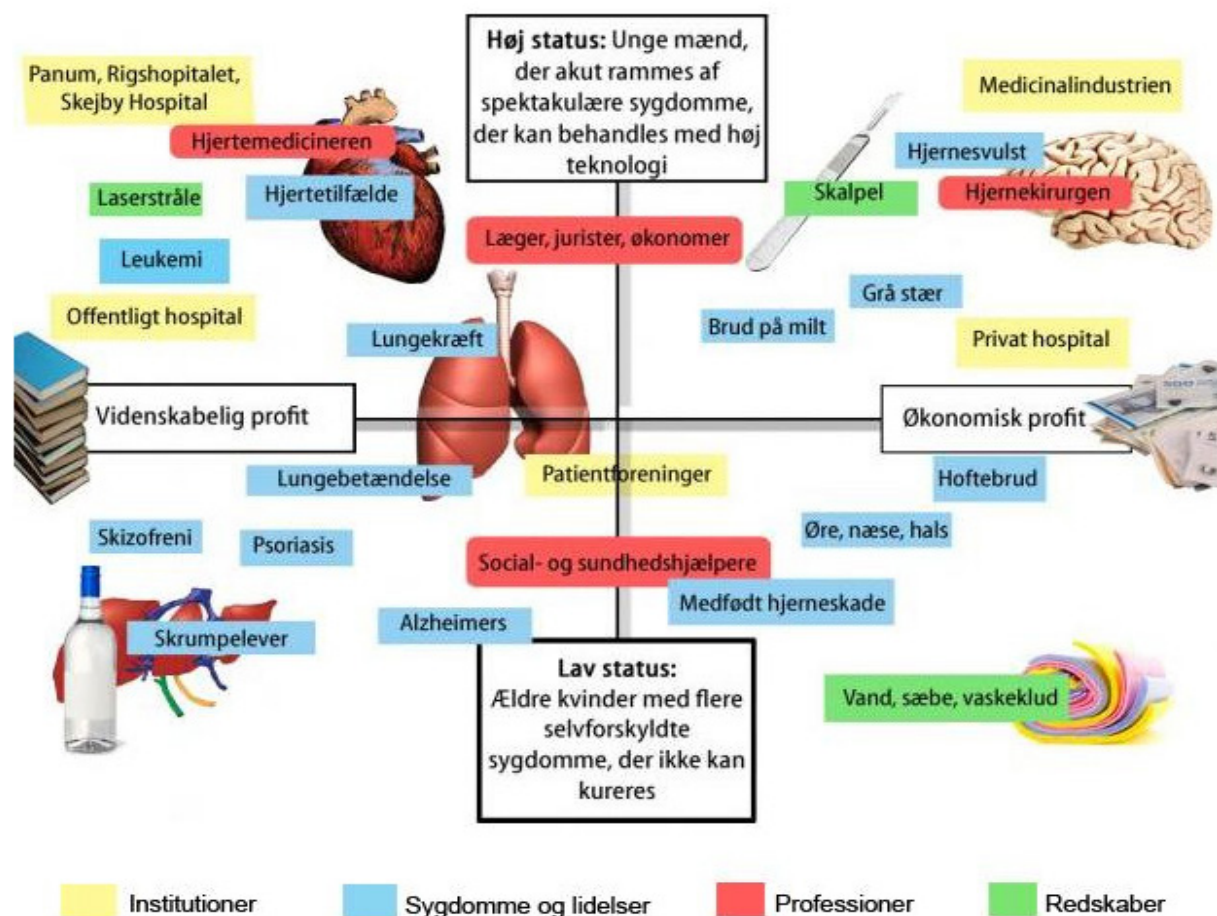
Lignende spændinger mellem ideologier og realiteter er i fokus i Dag Album og Eivind Engebretsens undersøgelse af "Sykdomsprestisje". Principielt er alle sygdomsgrupper, diagnoser og medicinske specialer lige positionerede i det medicinske felt. Det er også en herskende ideologi om lægegerningen, at lægen er lige så samvittighedsfuld overfor den fattige som den rige og at lægen ikke vil skele til personens eller diagnosens anseelse. Men internt blandt læger var det en kendt om end lidt tabubelagt sandhed at visse sygdomsgrupper, behandlinger og medicinske specialer havde høj prestige, mens andre var henvist til lave positioner i det medicinske hierarki. Studier i klassifikation af sygdomstilstande ICD (International Classification of Diseases) viser, at benævnelser skifter og der sker ændringer i grupperinger over tid. Men prestige-hierarkier er som det siges illegitime fordi det strider mod vigtige etiske principper om lighed og lige behandling. Album har gennem mange år (1991), og i samarbejde med Westin (2008) arbejdet med at besvare spørgsmål om hvordan det kan være at nogle sygdomme og medicinske specialer kunne beskrives som havende ulige prestige. Perspektivet søges aktuelt udvidet med et mere konstruktivistisk blik og med nye metodiske tilgange, der flytter fokus mod hvordan hierarkier så at sige forhandles frem under sociale omstændigheder, herunder hvordan sygdomsprestigen opretholdes og ændres i den medicinske kultur. Disse studier af prestige-hierarkier i det medicinske felt konstruerer forpligtende viden som af-naturaliserer og udfordrer forestillinger om lighed indenfor sundhed og sygdom. Det er således blodig alvor når akut versus kronisk, helbredelig versus dødelig, reversibel versus irreversibel, højteknologisk versus lavteknologisk, spektakulær versus ordinær prioriteres internt i feltet. Hvad betyder det? Det betyder at i det daglige arbejde, hvor prioriteringer hele tiden er nærværende, "vælges" det akutte frem for det kroniske, det helbredelige frem for det dødelige, det reversible frem for det irreversible osv. Der er tale om små subtile klas-

sifikationer og hierarkier imellem forskellige specialer, sygdomme, teknologier, men også indenfor de enkelte specialer, sygdomme, teknologier. Hørerehabilitering har fx lav status i det medicinske felt, men indenfor hørerehabiliteringens egen ramme har det kirurgiske, spektakulære og højteknologiske jf Hindhede og Larsens førnævnte studie høj position.

Den type sociologisk sundhedsforskning er ikke, i første omgang, rettet mod at lave om på disse forhold, men at fremlægge viden som kan bidrage til beslutninger der vil bekræfte konsensus eller lave den om. Studierne af Album (1991) og hans kolleger har blandt andet ligget til grund for studier, der kobler Album med en Bourdieusk (1994, 1996) teoretisk ramme. Det vil sige hvor modeller udvikles med henblik på at koble hierarki (vertikalt; Album) med felt (vertikalt og horisontalt; Bourdieu). Se fx hvad der med inspiration fra Larsen (2008) betegnes som 'principskitse over sygdommenes hierarki' (Ill.: Colourbox og Anders Boas på videnskab.

dk, <http://videnskab.dk/krop-sundhed/sa-sej-er-din-sygdom>):

Sociologisk set er det en stor udfordring at forklare spændinger og virkemåder i og imellem forskellige sociale rum og det medicinske felt. Der går diffuse veje mellem metamatfelt, felter og institutioner: staten styrer sundhedsøkonomien og iværksætter prioriteringsudvalg som vurderer sygdommes 'alvorsgrad' og 'behandlingens nytte og dens nytte i forhold til udgifterne ved den'; felter forandres så investeringer i sundhedskapital (fra træning og ernæringsfokus til kirurgi og tilhørende monitorering af kroppen) er blevet en vigtig distinktiv kapital (Larsen & Esmark 2010; Larsen et al 2013), så plastickirurgi får øget interesse blandt yngre læger (Fedders 2012) og så det i norske medier kan diskuteres om Erna Solberg, statsministerkandidat, kan styre landet når hun ikke kan styre sin egen kropsvægt; institutionelt er prestigehierarkierne virksomme og genskabes samtidig både i kroppe, i relationer mel-



lem teknologier og som orientering hos læge, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og patient (Larsen 2008) – selv den gamle, selvforskyldt kronisk syge kvindekrop har inkorporeret, at hospitalsindlæggelse er dyrt og beklager at være til besvær.

Opsummerende om studiet af sundhed

Det hverdagslige liv fungerer bedst ved, at vi er ned-sænkede i den sociale virkelighed og som sådan på en umærkelig og oftest ikke-reflekteret måde begår os nogenlunde fornuftigt. Vore kroppe læser de sociale sammenhænge og kulturen opleves som 'self-evident'. Der er en subtil dialog i og imellem kroppene. Sådan fungerer praktik også langt ind i professionelle sammenhænge og ikke kun på patientens side. Sociologisk videnskab er ideelt set konstraintuitiv: Den etablerer sig ved at udfordre hverdagskonstruktioner, professionskonstruktioner og etablerede sociologiske konstruktioner af virkeligheden. I dette temanummer af Praktiske Grunde bliver fremherskende konstruktioner udfordret indenfor sociologi, medicin, sundhedspolitik og sundhedsprofessioner. Holder antagelsen om at felter har autonomi og udvikler sig stabilt? Nej, der strides bestandig om positioner; udøver patientsammenslutninger pression? Nej, ikke udelukkende; lærer man om sundhed ved at studere sunde? Nej, sikkert bedre gennem det patologiske; kan politik ubemærket og neutralt bestemme videnskabskonstruktioner? Nej, det reducerer kompleksitet; forholder læger sig til sygdomme, der er lige stillet? Nej, der er sygdomshierakier; er en krop en krop? Nej, kvindekroppen er for andre; agerer patienter rationelt ud fra medicinske foreskrifter? Nej, kun hvis det er praktisk og passer sig.

Hvad skal vi med disse indsigter? De skal indgå i puljen af videnskabelig viden, som bygger videre på andres indsigter. De kan og skal også indgå som forpligtende viden og demokratisk gode for en bredere reception, der er optaget af så vigtige forhold som sygdom, sundhed, profession og politik.

Referencer

Album, Dag 1991. The prestige of diseases and medical specialties. *Tidsskrift for norsk lægeforening*, Jun 30;111(17): 2127-33.

Album D, Westin S. 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical

students. *Social Science and Medicine*. Jan; 66(1): 182-8. Epub 2007 Sep 12.

Bourdieu, P. 1984. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.

Bourdieu, P. 1996. *Homo academicus*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion [1984].

Bourdieu, P. et al 1999. *The Weight of the World*. Cambridge: Polity Press [1993].

Callewaert, S. 1994. Om det som (måske) savnes i dansk pædagogisk forskning. *Dansk pædagogisk tidsskrift*, Årg. 42, nr. 4 s. 226-232

Canguilhem, G. 1988. *Ideology and Rationality in the History of the Life Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Canguilhem, G. 1998. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books [1943/1966].

Holst, C. (2009) "I beste mening. Opposisjonsvitenskapens fallgruver". I: *Hjernen er alene. Institusjonalisering, kvalitet og relevans i norsk velferdsforskning 2009*, 159-175. Oslo: Universitetsforlaget.

Larsen, K. & Esmark, K. 2010. Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu. In *Hvorfor Bourdieu?*, red. K. Larsen, K. Esmark, M. Høyen, M., 133-150. København: Forlaget Hexis.

Larsen, K. & Hansen, G. 2013. *Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg. Indsigter og forklaring på norske forhold*. Ministeriel rapport, Norge (in press).

Larsen, K., Cutchin, M., & Harsløf, I. 2013. Health capital: New health risks and personal investments in the body in the context of the changing Nordic welfare states. In *Changing social risks and social policy adaptations in the Nordic welfare states*, red. I. Harsløf & R. Ulmestig. Palgrave Macmillan (in press).

Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.

Wacquant, L. J. D. 1989. Towards a reflexive sociology: A workshop with Pierre Bourdieu. *Sociological Theory* 7, 1: 26-63.

Rose, N. 2009. *Livets politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag.

