

Marginale: Udsatte, men ikke kun socialt - om konstruktionen "socialt udsatte" anvendt i politik, administration og videnskab

Kristian Larsen og Mette Ryssel Bystrup

"Marginale på Langeland - socialt udsattes opfattelser af eget liv og sundhed belyst i et sociologisk perspektiv" var titlen på sundhedsundersøgelsen blandt marginale i Langeland Kommune, som blev gennemført i 2009 (Dahl og Larsen 2009). I den forbindelse er konstruktionen 'marginal' udviklet som teoretisk redskab til at bryde med socialt udsatte mv., hvilket uddybes senere i artiklen. Rapporten var et delprojekt i projekt "Bænken og Hjørnet", der var et sundhedsfremmende og forebyggende projekt for de socialt mest udsatte på Langeland. Projektet blev støttet af Sundhedsstyrelsens satspulje og forløb fra 2008 til 2011. Sundhedsundersøgelsen bestod af et litteraturstudie og en kvalitativ interviewundersøgelse om sundhed og det gode liv blandt udvalgte borgere i kommunen, der på forskellig vis og i forskellig udstrækning kan betegnes som marginale. Der blev i alt gennemført 16 formelle interviews suppleret med et stort antal observationer (særligt på de forskellige tilholdssteder) og uformelle interviews. Interviewpersonerne blev dels kontaktet gennem kommunens ansatte og dels ved opsøgende arbejde på gadeplan. Undersøgelsens formål var empirisk og erkendelsesmæssigt at formidle de marginales egne livsopfattelser læst gennem et sociologisk perspektiv repræsenteret ved Pierre Bourdieu. Den teori har særlig relevans, idet den åbner for en forståelse af den historiske dimension (eksempelvis hvordan informanternes kropslighed og biografi er virksom i nutiden), og en forståelse af en strukturel dimension (som for eksempel hvordan dominansrelationer er virksomme både mellem sociale grupper (klasser) og indenfor dominerede grupper). Dominansrelationer er desuden ikke kun virksomme i kroppe (habitus), men også institutionaliserede (via uddannelses- og erhvervshierarkier) og materialiserede (for eksempel igennem boligforhold og interiør). Grundtænkningen i teorien er, at det ene ikke kan forstås uden, at det relateres til det andet. Kort sagt

kan social eksklusion eller marginalitet ikke beskrives og forklares som substanser alene gennem studier af de ekskluderede og deres livsførelse, værdier med videre. Vi har i denne undersøgelse ikke haft mulighed for at studere dominerende sociale grupper og har frem for empirisk grundlag (f.eks. interview af dominerende sociale grupper) måtte nøjes med en teoretisk korrektion heraf gennem Bourdieus teorier og studier inspireret heraf.

Undersøgelsen havde to analytiske ambitioner; dels at undersøge relationer og dominansforhold i lokalsamfundet og dels at få indsigt i, hvordan marginalt positionerede levede livet og opfattede fænomener som sundhed, livskvalitet, venskab med videre. På den måde bidrog undersøgelsen også med beskrivelser og fortolkninger af social ulighed i sundhed. På et abstrakt plan tydeliggør rapporten, at en Bourdieusk epistemologi kan bidrage med mer-indsigter i forhold til konventionelle studier af det, der betegnes som socialt udsatte. Undersøgelsen og rapporten havde til hensigt at danne baggrund for et forbedret grundlag hos kommunen og politiske beslutningstagere for tilrettelæggelse af den sundhedsfremmende indsats overfor marginalt positionerede på øen.

I forbindelse med udarbejdelsen af sundhedsundersøgelsen for Langeland Kommune blev det tydeligt, at konstruktionen 'socialt udsatte' de senere år ofte er blevet anvendt som politisk, administrativ og også som videnskabelig konstruktion i forhold til en gruppe mennesker i samfundet, som har forskellige typer af problemstillinger tæt inde på livet, og som lever i randen af det, der samfundsmæssigt kan defineres som et normalt liv. Konstruktionen havde dog ofte hverdagslig karakter, som ikke leverer videnskabelig mulighed for at bryde med forestillingen om, at udsathed angår et 'individuelt', 'moralsk' og 'valgt' problem. Konstruktionen var sjældent velbegrunderet og ej heller adækvat. En

analyse, diskussion og problematik af socialt udsatte som konstruktion synliggøres i artiklen, ligesom der vil blive redegjort for 'marginale' som alternativ konstruktion. Samtidig vil de marginales indbyrdes positioneringer blive belyst for at tydeliggøre nødvendigheden af at inddrage et relationelt perspektiv i objektkonstruktionen. De marginales sundhedsopfattelse er central og hjælper os til at forstå, at udsathedens ikke udelukkende kan betegnes som social. De udsatte savner også andre kapitalformer som eksempelvis sundhedskapital. Udfoldelsen af det sundhedsmæssige aspekt i forbindelse med argumentationen for alternative konstruktioner skyldes det særlige fokus, der var på sundhedskapital, i sundhedsundersøgelsen udarbejdet for Langeland Kommune.

Teoretiske og metodiske refleksioner

Et sociologisk perspektiv med inspiration fra Bourdieu var den teoretiske ramme for sundhedsundersøgelsen på Langeland. Her var de centrale begreber praktikteori, forskellige former for kapital samt socialt rum. Praktikteori betyder, at handlingerne vil blive beskrevet som en slags nødvendig og rimelig respons på de mulighedsbetingelser (eksempelvis i forhold til økonomi, bolig og forhold til arbejdsmarked), der udspiller sig i den konkrete kontekst, og hvad angår den enkeltes livshistorie. Praktikteorien virker med andre ord retningssigende og disponerende for personens ageren i nutiden (habitus). Således er der for alle mennesker, uanset livsførelsen, gode grunde og en praktisk logik i at handle, som de gør. Det inkluderer også de handlinger, som kan virke selvdestruktive. Med kapital menes anerkendte kreditter eller ressourcer forstået som det, der anses som vigtigt, hvilket afhænger af tid, sted og den sociale relation, det indgår i. Den mest basale type kapital udgøres af økonomisk kapital, der er en pengeressource eller besiddelser, herunder ejendomme, der umiddelbart kan konverteres til penge. Herudover er boligmæssig kapital, hvilket indbefatter boligens standard, størrelse, placering, boligtypen og boligens indretning, en vigtig kapitalform i denne sammenhæng sammen med kulturel kapital i form af uddannelse, titler men også attitude og sprogbrug. Som en selvstændig kapital der kobler sig på kulturel kapital inddrages sundhedskapital som en ressource, der er nødvendiggjort i samspil med forandringer i det sociale rum.

Kroppen skal have penge, være dannet, men i dag skal den også på en ny måde være sund (Larsen og Esmark 2010; Larsen, Cutchin og Harsløv 2013). Slutteligt kan en person opretholde eller forbedre sin position gennem social kapital, der indbefatter ressourcer i form af netværksrelationer samt de ressourcer og den position, som netværket besidder. Det har betydning for, hvad den sociale kapital giver adgang til. Kapitalbesiddelsen har betydning for ens positionering i samfundet, der i en Bourdieusk terminologi betegnes som det sociale rum.

Metodisk tilgang

Undersøgelsen involverede observationer af informanterne, når de var i eget hjem, på væresteder eller rundt på byens små opholdssteder. Sundhedsundersøgelsen indeholdt ikke et observationsstudie i en traditionel forståelse, men til gengæld var observationerne (og observationsnoterne) et vigtigt redskab i forbindelse med gennemlæsningen af de transskriberede interviews og til genskabelse af interviewsituationen i analysefasen. Samtidig har observationerne bidraget til at rekonstruere de marginales 'kontekst' herunder deres kapitaler økonomisk, kulturelt, boligmæssigt og socialt. Ligeledes var observationerne afgørende for at opnå indsigt i relationer og dominansforhold blandt Langelands indbyggere. Der blev både gennemført individuelle og fokusgruppeinterviews ud fra en interviewguide, der indeholdt følgende temaer: Faktuelle oplysninger (inklusive kapitaler); Nuværende situation/hverdagsliv; Sundhed og det gode liv; Indsatser i kommunen; Fremtiden. Fokusgruppeinterviews var relevante, fordi det sikrede en tryghed hos informanterne, når de var flere sammen om at formidle indsigter relevante for projektet. Tidspunktet for interviewet viste sig ligeledes at være af betydning, hvor timerne omkring middagstid ofte var det bedste, fordi informanterne var stået op, og der endnu ikke var indtaget for store mængder alkohol eller rusmidler til, at samtalerne kunne foregå hensigtsmæssigt. Det viste sig fordelagtigt ikke at lade sig styre for meget af interviewguiden, eftersom det var informanternes oplevelser og egne ord, som havde interesse. På den måde blev der lagt vægt på at give plads til emner og fortællinger, som lå uden for interviewguiden, men som de interviewede selv fandt relevante, og som lå inden for de temaer, der var interessante for sundhedsundersøgelsen.

I relationen mellem forsker og de udforskede var der indbyggede magtrelationer, som skyldes forskelle i kapitalsammensætning og -mængde (eksempelvis symbolsk og sproglig¹ kapital), køn, alder, økonomi og social status, der ifølge Bourdieu bidrager til former for symbolsk vold. Forskeren indtager, ifølge Bourdieu, ofte den højeste position i interviewsituationen², ved at definere, hvad der skal tales om, hvordan interviewene efterfølgende skal fortolkes med videre (Bourdieu 1999: 609). Samtidig var interviewpersonerne blevet udvalgt, fordi de kunne kategoriseres som værende marginale - hovedsageligt vurderet af ansatte i kommunen, der beskæftigede sig med gruppen - eller vurderet af os af som forskere. Det skabte også en magtubalance. Dog oplevede informanterne ofte selv, at de havde et vist overskud, og opfattede ikke dem selv som socialt udsatte eller marginale. I stedet mente de, at de, i hvert fald i perioder - og måske særligt i de perioder, hvor de har overskud til at deltage i en interviewundersøgelse - havde godt styr på deres liv. Vi forsøgte at minimere effekterne af den symbolske vold i vores direkte relation til informanterne. Til trods for den symbolske vold fremkom der i mange af interviewsammenhænge meget mættede, intense og ærlige fortællinger, hvor det lykkedes at bringe sider frem fra informanternes livshistorier og aktuelle liv, som normalt ikke blev formidlet. Som eksempel fik vi mulighed for at interviewe grupper, som ellers ikke ønskede at indgå i nogle former for undersøgelser³.

Hele processen i forbindelse med sundhedsundersøgelsen, herunder interviewprocessen, har både været deduktiv men samtidig også induktiv. Deduktiv, fordi teori og gennemgang af litteratur har været strukturerende i forhold til udformning og brug af interviewguiden med videre, og induktiv fordi informanternes

virkelighedskonstruktioner har styret og 'forstyrret' os i empirikonstruktionen. Interviewene blev optaget med diktafon og efterfølgende transskriberet i deres fulde længde på nær oplysninger og passager omhandlede interviewpersonernes livsbaner, der er gengivet i bilag. I rapporten er interviewpersonernes livsbaner rekonstrueret som biografiske fortællinger på baggrund af de oplysninger, som interviewpersonerne selv har opgivet. Med afsæt i interviewene er der inddraget oplysninger om de unges familiemæssige baggrund, deres skolegang, uddannelse og arbejdssituation samt deres økonomiske situation. Undersøgelsen blev udarbejdet for Langeland Kommune af cand. Phil, ph.d. og, på daværende tidspunkt, professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Kristian Larsen og kand.pæd.soc. fra DPU ved Århus Universitet, Mette Ryssel Dahl (Dahl og Larsen 2009).

At sætte sig i den andens sted

Hvordan er det muligt at studere positioner, som ligger meget langt fra den position som forskerne selv indtager? Her har det været centralt, at undersøgelsen tager afsæt i en grundlæggende beskrivende (deskriptiv) bestræbelse, hvilket har implikationer for anskuelsen af de marginales praktikker. De teoretisk-metodiske refleksioner er hovedsageligt understøttet af Bourdieus begreber om praktik, praktikteori, habitus (Bourdieu 1977) og kapitlet 'Understanding' i *The weight of the world* (Bourdieu 1999).

Bestræbelsen om at 'sætte sig i den andens sted' handlede om at få øje på de marginales handlinger, herunder ikke-handlinger (f.eks. at de ikke følger instrukser om at gå på afvænnings). Ligeledes synliggøres i den forbindelse det, der fra et majoritetsperspektiv kan opfattes som 'afvigende', unormale, mærkelige eller usunde handlinger og blev sat i relation til, hvad der er adækvat med den enkeltes livssituation som helhed. I undersøgelsen er det således en central teoretisk antagelse, at praktikker bliver beskrevet som en slags nødvendig og rimelig respons på de mulighedsbetingelser, der udgøres af den enkeltes livshistorie, og som virker 'retningsgivende' og disponerende for vedkommendes ageren i nutiden (habitus). I lighed hermed har de, der kan karakteriseres som førende et mere normalt liv, deres 'gode grunde' til at handle, som de gør. Således er der for alle mennesker, uanset livsførelsen, gode grun-

1 Sproget, og dermed de spørgsmål der stilles, har forskellig betydning for interviewpersonerne alt afhængig af deres klassetilhørsforhold og forskelle i sproglig vidde og graden af abstraktion.

2 Dette kan dog tage sig anderledes ud, hvis videnskabelige og sociale hierarkier spiller mod hinanden i en bestemt konfiguration (eksempelvis hvis vi skulle interviewe Dronningen)

3 Vi retter en stor tak til de udforskede for deres medvirken, men også ansatte i socialpsykiatrien, som via social kapital i form af opbygget tillid hos de marginale åbnede dørene for os.

de og en praktisk logik i at handle, som de gør, hvilket også inkluderer de handlinger, som kan virke selvdestruktive. Eksempler er, at vi blandt informanterne ser, at de er fysisk voldelige, lever, spiser, og indtager stoffer og alkohol på en måde, som kan være svær at forstå for andre, og som virker irrationel for positioner i det sociale rum. Den sociologiske idé er, at forskerne ikke kan være i informanternes sted, men at vi i stedet, gennem teoretiske greb som f.eks. habitusbegrebet koblet med en vis indlevelse, på et tankeplan sætter os i informantens sted. Sagt på en anden måde, så er tanken: *"sådan kan jeg forestille mig, at jeg selv, under lignende opvækstbetingelser og i et sådan miljø, ville have ageret fysisk og mentalt"*. Det er den grundlæggende idé med praktikteorien – en teori om genesen eller op-rindelsen af praktik.

'At agere inden for grænser'

Med begrebet habitus signaleres, at nogle grundlæggende principper er nedfældet i kroppen i den tidlige opvækst, og at disse (generative) principper virker prægende eller formende for individet gennem resten af livet. Principperne er ikke mekanisk virkende, eller 'determinerende' for fremtidig handlen, men levner plads for kreativitet og improvisation samtidig med, at habitus sikrer, at hver dag ikke skal opfindes på ny. Ingen mennesker forbliver uændrede gennem et langt liv men formes og påvirkes gennem nye og ændrede strukturer, der udgør nye typer af omgivelser, men samtidig er gårdsdagens menneske også i os. Fortiden lever videre i nutiden, og som sådan er enhver improvisation og 'ændring af livet' altid en improvisation indenfor grænser. Mulige forandringer sker således ikke blot gennem bevidsthed og intervention, hvor undervisning, vejledning og kurser indgår. Dette forklarer, hvorfor f.eks. sundhedskampanjer kun sjældent efterleves af eksempelvis socialt marginale personer. Ovenstående udtryk 'indenfor grænser' udgør overvejende helt konkrete forhold om de marginales ydre og indre. 'De marginales ydre' består blandt andet af deres bolig, boligindretning, herunder levn af flasker, piller, ødelagt køkken og interiør. Udtrykket 'de marginales indre' udgøres af den mentale strukturering, hvilket blandt andet indbefatter måden, de opfatter deres liv og livsmuligheder på. Privilegerede eller dis-privilegerede opvækstbetingelser determinerer ikke henholdsvis

et privilegeret eller et elendigt liv. Til gengæld sætter sådanne opvækstbetingelser nogle aftryk i en krop, som vil være virksomme gennem livet, og som enten fungerer som en støtte eller udfordring. Den svenske fodboldsspiller Zlatan Ibrahimovic har sagt – både som støtte og udfordring – med reference til hans egne hårde opvækstbetingelser i et belastet kvarter i Malmø; *"Man kan tage en fyr ud af Rosengård, men man kan ikke tage Rosengård ud af en fyr"* (Ibrahimovic 2011: 441). Forskellige positioner, med ulige tildelinger af kulturelle, økonomiske, boligmæssige og sociale kapitaler, bevirker, at vi alle kan improvisere og opfinde vores liv, men at der er meget forskellige grundlag og rammer for denne opfindelsesproces.

Socialt udsatte som objektkonstruktion

Det er vanskeligt at få overblik over antallet af marginale borgere i Danmark, blandt andet fordi det afhænger af, hvilke grupper der medregnes, og fordi det langt fra er alle indenfor målgruppen, der er registreret i de offentlige systemer. I 2002 vurderede Socialministeriet, at ca. 100.000 mennesker kunne betegnes som socialt udsatte i Danmark (Socialministeriet 2002). Eftersom tallet er mere end 10 år gammelt, forventes det, at det i dag er noget højere. Det begrundes med finanskrisen og at landet har været ledet af en liberalistisk inspireret regering. En stor andel af de marginale borgere er bosiddende i landets udkantskommuner, hvor Lange-land er én af dem. Her er antallet af arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner få i forhold til andre dele af landet, hvilket giver begrænsede muligheder for uddannelse og erhvervsaktivitet for indbyggerne.

Socialt udsatte grupper har en højere sygelighed og dødelighed end gruppen af ikke-udsatte. Det skyldes, ifølge Rådet for Socialt Udsatte, gruppens sundhedsadfærd og livsstil, men samtidig skyldes det, at de udsattes møde med sundhedssystemet ikke altid håndteres optimalt. Socialt udsatte borgere har en gennemsnitslevealder, der er 22 år lavere end den resterende del af befolkningen i Danmark. Hvor gennemsnitsalderen for befolkningen som helhed ligger på 79 år, er den blot 57 år for socialt udsatte (Davidsen 2013). I følge SIF's SUSY UDSAT-undersøgelse fra 2007, så er det kun 31% af de socialt udsatte, der mener, de har et virkelig godt eller godt selv vurderet helbred, hvilket er markant lavere end den øvrige del af befolkningen, hvor

81% valgte denne svarkategori i SUSY 2005 (Pedersen 2008: 26). Et lignende billede viser sig, hvis den nyeste SUSY UDSAT-undersøgelse fra 2012 sammenlignes med resultaterne fra SUSY 2010. Her har de udsatte svarpersoner ligeledes en markant dårligere sundhed og helbredsrelateret livskvalitet end svarpersonerne, der repræsenterer den samlede danske befolkning (Pedersen 2012: 8). Det samme billede tegnede sig i forhold til langvarig sygdom, hvor 59 % af de udsatte i 2012 havde en langvarig sygdom sammenlignet med 32 % for den danske befolkning som helhed i 2010 (Pedersen 2012: 81). De reelle tal er tilmed væsentligt højere, eftersom SUSY UDSAT-undersøgelserne ikke omfatter de dårligst stillede, fordi det har vist sig vanskeligt at få kontakt til dem og vanskeligt at få dem til at deltage i undersøgelsen mv. (Pedersen, 2008: 27 og 51). Tallene vidner således om, at gruppen af socialt udsatte er særligt udsatte, hvad angår sundhed, sygdom og dødelighed.

Sundhedsundersøgelsen på Langeland refererer primært til danske studier og konstruktioner af marginalitet og udsathed, men også i international sammenhæng er den sociale ulighed i forhold til sundhed vel-dokumenteret. Dét i forbindelse med undersøgelser og værker, der tematiserer social klasse og sundhed, social klasse og livskvalitet og –kvantitet samt social klasse og stress, rygning, psykisk sygdom, medicinering, brug af egen læge, hospitalsindlæggelser mv. Eksempler herpå er empiriske beskrivelser af WHO (World Health Organization 2004), i store værker og opsamlinger (primært om Europæiske forhold) af Wilkinson og Marmot (Wilkinson og Marmot 2003; Ed. Marmot og Wilkinson 1999), i beskrivelser af internationale forhold af Marmot (Marmot 2005) og politisk normative publikationer med afsæt i empiriske studier som for eksempel *'The impact of inequality: how to make sick societies healthier'* (Wilkinson 2005). Disse studier er overvejende a-teoretiske og udviklet af politologer og epidemiologer, og de henter styrke i store epidemiologiske studier, som viser, hvordan sociale klasseforhold (økonomi, tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesforhold, men også boligforhold og venskabsrelationer) fungerer som 'determinanter' for sundhed, stress osv. Som sådan er der overvejende tale om socialmedicinske perspektiver, der 'top-down' viser, hvordan lav social klasse determinerer eksponering for rygning,

stress, søvnløshed mv. Bourdieus begreber udgør en vigtig udfordring, fordi de viser, hvordan klasser er relaterede gennem strukturelle homologier mv. Dette er uddybet i *'The Weight of the World'* (Bourdieu et al. 1999) eller *'A Social Critique of the Judgement of Taste'* (Bourdieu 1984) men udfoldes ikke yderligere i denne tekst.

"Socialt udsatte" – en politisk legitim betegnelse

Begrebet socialt udsatte anvendes ofte og i mange sammenhænge. Et eksempel herpå er, at der i februar 2013 var 614.000 resultater på ordet i googles søgemaskine. Inden for politisk-administrative sammenhænge har betegnelsen de senere år også vundet indpas, ligesom tilfældet er indenfor forskningsverdenen. Således anvendes konstruktionen i kommuner samt på et overordnet statsligt og ministerielt niveau. Et eksempel er Sundhedsstyrelsen, hvor politiske sundhedsinitiativer overfor målgruppen mv. blandt andet fremmes gennem udmøntningen af satspuljer. *"Styrket sundhedsindsats for socialt udsatte og sårbare grupper"* var netop titlen på én af satspuljerne i 2010. Herudover har Regeringen nedsat et råd, der anvender betegnelsen i deres navn, nemlig *"Rådet for Socialt udsatte"*. Ud over disse administrative og politiske instanser anvendes begrebet også i videnskabelige konstruktioner, som det fremgår af studier af socialforskningsinstituttet⁴ (sfi.dk). Der er således en vis konsensus om 'socialt udsatte' som en accepteret betegnelse, men hvor konstruktionen, det vil sige den epistemologiske grundpræmis (begreb, klassifikation og logik), kun i begrænset omfang diskuteres⁵. Den socialmedicinske eller socialpsykologiske konstruktion, der til og med hviler på et normativt grundlag, får analytisk set ikke udfoldet, hvad det er for sociale og historiske processer, der ligger bag social udsathed. Ej heller forholder konstruktionen sig til spørgsmål om hvem eller hvad, der er udfordringen, og ej heller hvordan det skal studeres. Med andre ord så udgør konstruktionen 'socialt udsatte' en hverdagslig

4 Eksempler her på er Benjaminsen, Lars (2007) STORBYPULJEN – Indsatser for socialt udsatte og Jespersen, Cathrine (2006) Socialt udsatte børn i dagtilbud, der begge er rapporter udgivet af SFI

5 Servicestyrelsens udsatteenhed har dog gjort sig overvejelser om begrebet, socialt udsatte, der er nedfældet i et arbejdspapir (Thomsen m.fl. 2007).

konstruktion, som ikke leverer videnskabelig mulighed for at bryde med forestillingen om, at udsathed angår et individuelt, moralsk og valgt problem. I en videnskabelig rekonstruktion må udsathed i stedet studeres samfundsmæssigt. Konstruktionen legitimerer samtidig, at noget på den ene side ses, høres og erfares som et problem f.eks. at nogle personer er *socialt udsatte*), mens andet overses eller underbetones (f.eks. at de også er økonomisk, kulturelt og boligmæssigt udsatte).

Socialt udsatte – en heterogen gruppe

I 2007 gennemførte Statens Institut for Folkesundhed en spørgeskemaundersøgelse blandt socialt udsatte i Danmark for Rådet for Socialt Udsatte. I den forbindelse indbefatter 'socialt udsatte' hjemløse, sindslidende, alkohol- og stofmisbrugere og fattige (Pedersen 2008). Dette er ét af mange eksempler på, at betegnelsen 'socialt udsatte' bliver fællesbetegnelse for mennesker med forskellige former for problemstillinger. I andre politiske og forskningssammenhænge defineres socialt udsathed på baggrund af indtægtssituation og indbefatter kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse, faglærte og ufaglærte samt førtidspensionister, hvilket folderen *Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen 2007* er et eksempel på (Sundhedsstyrelsen 2007). Inddelingen i sidstnævnte kategorier tydeliggør ikke den heterogenitet, som præger gruppen af marginale. Heterogeniteten består i, at socialt udsatte omfatter borgere, der har én eller en kombination af flere forskellige belastningsfaktorer. Samtidig er de forskellige belastningsfaktorer ikke entydige størrelser. Eksempelvis kan psykiske lidelser omfatte psykoser, depressioner, skizofreni med videre, som er meget forskelligartede lidelser, der kommer til udtryk på mange forskellige måder, medfører forskellige problemstillinger i hverdagen og kræver forskellige behandlingsformer. Heterogeniteten blandt socialt udsatte består herudover af omfanget af belastningsfaktorer. En misbruger kan eksempelvis have haft et massivt og årelangt stofmisbrug, ligesom tilfældet i stedet kan være, at vedkommende for nylig er startet med at eksperimentere med hash og nu er blevet afhængig af at ryge det hver dag. Graden af udsatheden afhænger ligeledes af, i hvor stor udstrækning personen er i stand til at overkomme belastningsfaktorer, hvilket relaterer sig tæt til vedkommendes kapitalmængde og -sammensætning.

Definitioner på socialt udsatte

I et arbejdsrapport fra Servicestyrelsens udsatteenhed defineres udsatte mennesker som befindende sig på spektret mellem inkluderede og udstødte borgere. Inklusion og eksklusion beskrives således som et kontinuum fra 'socialt inkluderede', 'socialt sårbare', 'socialt udsatte' til 'socialt ekskluderede' (Thomsen m.fl. 2007: 2). I den optik er de socialt inkluderede en ikke-homogen gruppe, der spænder over et stort spektrum, der dog samlet set befinder sig inden for det kulturelt legitime område. De har gennem længere tid været solidt tilkøbt til et eller flere af de centrale delsystemer i samfundet (økonomi, arbejde, ret, politik, socialitet, traditionelle familiestrukturer mm.) (Thomsen m.fl. 2007: 4). De socialt sårbare er i yderkanten af de socialt inkluderedes felt og er i risikozonen for at blive ekskluderet. De er endnu ikke aktivt indrullet i den selvforstærkende marginaliseringsproces, men deres livssituation indeholder en række skrøbeligheder, som i kombination med yderligere negative omstændigheder risikerer at tippe balancen. Når vi, ifølge denne optik, taler om socialt udsatte, så befinder de sig på randen af legitime levemåder i samfundet. De er således i overhængende fare for at havne i eksklusion. De har stadig interaktioner med et eller flere delsystemer, om end det sandsynligvis kun er i begrænset omfang. Der er tale om gradforskelle, men de socialt ekskluderede er på en mere længerevarende og omfattende måde afkoblet fra de centrale delsystemer end de socialt udsatte (Thomsen m.fl. 2007: 2). Betegnelsen 'socialt udsatte' anvendes dog oftest både om de, der er på grænsen til at være en del af samfundsfællesskabet, og om de, der på forskellig vis er udenfor dette fællesskab.

Alternierende objektkonstruktioner

I politiske, administrative og forskningsmæssige sammenhænge er der mange forskellige samlende betegnelser for målgruppen. Eksempler herpå er socialt ekskluderede, socialt marginaliserede, socialt udstødte, afvigere, brugere, personer/borgere med sociale problemstillinger, personer/borgere med dårlige levevilkår og udsatte borgere. Alternativt til gængse begreber foreslår Speciallæge i psykiatri og tidligere formand for Rådet for Socialt Udsatte, Preben Brandt, konstruktionen 'hjemløs'. Hjemløs skal, ifølge Brandt, ikke forstås i betydningen boligløs men i stedet som værende uden

for samfundsfællesskabet. Dette udtrykker han således: *"Betegnelsen 'hjemløs' var måske mere velegnet og dækkende. Ikke hjemløs i betydningen boligløs, men hjemløs i betydningen af ikke at høre hjemme i fællesskabet"* (Brandt 2009: 14).

Sociologen Jørgen Elm Larsen mener, at fokus bør flyttes væk fra at handle om den pågældende person til en konstatering af, at vedkommende rent faktisk er blevet udelukket af samfundet. I den forbindelse er både individuelle og strukturelle faktorer af betydning. Han foretrækker derfor, at benævne det som personer, der er ramt af social eksklusion (Elm Larsen 2009:13), hvor levevilkår er det afgørende. Han udtrykker, at der er tale om en ophobning af dårlige levevilkår og mangel på deltagelse inden for en række centrale områder i samfundet (indkomst, boligforhold, sociale relationer, faglig eller politisk deltagelse, fritidsaktiviteter og helbred). Han tilføjer, at der endvidere ofte er tale om en proces, hvor der over tid kommer flere og flere dårlige forhold til (Elm Larsen 2009: 21). I sundhedsundersøgelsen for Langeland Kommune anvendte vi Bourdieuske begreber som habitus, kapital, disposition og position. Samtidig blev kategorien 'marginal' udviklet som teoretisk begreb for at kunne beskrive og forklare den position, som vore informanter befandt sig i.

Marginale som objektkonstruktion - former for udsathed

Konstruktionen 'socialt' henviser til omgang med andre mennesker. I sammenhæng med 'udsat' eller 'udsathed' situeres, at vedkommende har vanskeligheder ved at begå sig blandt andre, og at vedkommende er udenfor fællesskabet og i yderste konsekvens lever i ensomhed. I følge SUSY UDSAT er det dog kun cirka hver ottende af de adspurgte, der mangler nogle at trække på, hvis de har brug for hjælp (Pedersen 2008:113). Sundhedsundersøgelsen på Langeland viste ligeledes, at størstedelen af målgruppen levede et liv med mange sociale relationer. De indgik i høj grad i fællesskaber med andre i lignende livssituationer eller med samme interesser (eksempelvis sygdoms- eller misbrugsfællesskab). Det samme billede tegner sig i SUSY UDSAT-undersøgelsen: *"De udsattes relationer omfatter primært bekendtskaber i de miljøer de færdes i, sjældnere kontakt til deres børn og i nogle tilfælde kontakt til den øvrige familie. Der mangler viden om ensomhed*

blandt socialt udsatte i Danmark" (Simonsen, m.fl. 2007: 8). Således er det ofte alkoholen eller stofferne, som er omdrejningspunktet i forbindelse med samværet, hvor væresteder, tilholdssteder eller private hjem udgør de fysiske rammer. Et eksempel på behovet for socialt samvær fra Sundhedsundersøgelsen på Langeland blev udtrykt således af én af interviewpersonerne:

"Altså, man skal sgu' ha' nogen og snakke med og sidde og hygge med og se en film med og... altså man kan jo ikke bare sidde mutters alene jo, for så bliver du jo skør oppe i hovedet til sidst jo. Altså, det gør du jo. Ja, det ved jeg ikke jo altså, altså men jeg synes ikke, jeg er blevet skør i hovedet, men okay, nu har jeg heller aldrig siddet længe alene jo, men okay"

Undersøgelsen på Langeland viste, at de marginale har venskabsrelationer eller netværk. Til gengæld udgør de marginales sociale relationer ikke social kapital i en samfundsmæssig sammenhæng forstået som, at de ikke giver adgang til privilegier udenfor det snævre sociale fællesskab, som de indgår i. De har venner og netværk i en hverdagslig forståelse, men de har ikke tilgang til samfundsmæssige privilegier, som associeres med særlige fortrin i forhold til arbejds-, uddannelses-, boligmarkedet osv. De besidder således social kapital, men denne er, i en Bourdieusk forståelse, af meget lav værdi som kredit i det sociale rum. Betegnelsen 'socialt' giver således kun mening, hvis det henviser til, at man er udenfor (eller på grænsen til at blive det) det store og accepterede samfundsfællesskab, hvor identitet og position retter sig mod et arbejdsmarked, uddannelsesmarked, boligmarked mv. Betegnelsen 'socialt udsat' er således inadækvat, eftersom betegnelsen ikke indfanger de vilkår og de egenskaber, som definerer genstandsområdet.

Armod – i bolig og interiør

Mange af interviewene fra sundhedsundersøgelsen på Langeland foregik i interviewpersonernes egne hjem, hvor ringe boligkapital var i øjenfaldende. Det var tilfældet med interviewet med tre unge fyre omkring de 30 år, som foregik i den ene af fyrenes lejlighed. Lejligheden var lille, og stue og soveværelse udgjorde ét og samme rum. I lejligheden var der en stærk cigaretlugt

kombineret med en lugt af alkohol og hund. Det sorte gulvtæppe med de hvide prikker, som hele lejligheden var beklædt med, var fyldt med hundehår. Hunden lå midt på gulvet i lejlighedens opholdsrum på ca. 15 kvm med skråvægge. Ud over sove-/opholdsrummet bestod lejligheden af en indgang, som desuden også udgjorde køkken. Her var to kogeplader, men der var fyldt op med ikke-køkken-ting, så der var tydeligvis ikke blevet lavet mad her i meget lang tid. En trappe og en gang med et lille toilet udgjorde den resterende del af lejligheden. I opholdsrummet stod der en uredt seng og to stofsofaer med et sofabord. Sofabordet var fyldt godt op med flasker (øl, spiritus, appelsinjuice osv.), cigaretter og et overfyldt askebæger, og havde en central placering i rummet. I hjørnet af rummet var der et forholdsvist nyt Sony fjernsyn (fladskærm) købt på afbetaling, som kørte non-stop, men dog på lydløs, under interviewet. Herudover var der et stort sort Yamaha stereoanlæg af ældre dato, og ved siden af døren hang der et par medaljer fra gokart.

Den boligmæssige kapitalværdi var samlet set lav karakteriseret ud fra dens status som lejebolig, størrelse, stand samt det ødelagte og værdiløse interiør. Marginaliteten herunder armodet og elendigheden havde i dette tilfælde – hvilket generelt gjorde sig gældende hos interviewpersonerne, vi besøgte i deres eget hjem – i høj grad nedfældet sig i de fysiske materielle omgivelser. Og som en dimension heraf udgjorde den fysiske armod også en dialog og information til den marginale – du er ikke bedre værd end dine omgivelser⁶.

Savn – af udfoldelsesmuligheder og penge

Marginale er blandt de grupper i samfundet, som har færrest penge til rådighed, og hvor de økonomiske forhold udgør en stor begrænsning i forhold til deres udfoldelsesmuligheder. I sundhedsundersøgelsen var det dog ikke utopiske idealer om at få langt flere økonomiske ydelser af kommunen, der blev efterspurgt af interviewpersonerne. Til gengæld var det snarere ønsket om eksempelvis at få større fysisk, kulturel og social mobilitet. Ønskerne af økonomisk art angik det levede liv blandt de marginale og dermed de mulighedsbetingelser, som relaterer sig til positionen. Mange af interview-

personerne nævnte offentlig transport i den forbindelse, som udgjorde en helt vital funktion, eftersom kun få ejede en bil, motorcykel eller knallert. Det havde betydning for deres mulighed for at besøge familie og venner, deltage i misbrugsbehandling, psykologbistand mv. eller blot at foretage indkøb i de større nærliggende byer. Én af interviewpersonerne udtrykker ønsket om billigere bustransport således: *"Det skulle være sådan, så man kunne køre bus til pensionistpriser, dvs. at jeg kunne komme til Svendborg for 20 kr. i stedet for 40 kr. Det ville være en stor ting"*.

Ligeledes involverer pengeknapheden også begrænsninger vedrørende en række andre forhold omkring driften af livet. Her kan eksempler som indkøb og vedligeholdelse af bolig, interiør, rejser og ferier samt deltagelse i klubaktiviteter, kulturarrangementer med videre nævnes. Også specifikke forhold omkring vedligeholdelse af en sund krop er centrale i forståelsen af, hvorledes de økonomiske ressourcer kan udgøre begrænsninger. Det gør sig særligt gældende for de behandlingsformer, der i stadig højere grad er lagt ud som mere eller mindre markedsdrevne behandlinger frem for offentligt finansierede med tilhørende høj brugerydelse, hvor tandlæger er et eksempel herpå. De fleste indgreb og behandlinger på den menneskelige krop i Danmark er helt eller i høj grad finansieret af offentlige ydelser, dvs. velfærdsgoder, og den sociale ulighed afspejler sig således kun mere tydeligt, hvad angår de kropsdele, der ikke er indbefattet heraf, hvor mundhulen er én af dem. Det er således ikke overraskende, at det er i mundhulen, man ser den største sociale ulighed i sundhed (Larsen 2009).

Forkerte værdier og kultur

Kulturel kapital i form af uddannelse og erfaringer med arbejdsmarkedet er ofte minimale eller helt fraværende hos de marginale, om end enkelte af de marginale havde en uddannelsesbaggrund og erfaringer fra det formelle erhvervsmarked. De marginale råder således generelt set over relativt få mængder af kulturel kapital. De er heller ikke kulturkonsumenter i betydningen at gå på museer, biblioteker eller på kunstudstillinger. En samvirkning af konkrete mulighedsbetingelser og ikke mindst økonomisk kapital gør, at deres kulturaktiviteter retter sig mod det mulige og opnåelige og det, der foregår i nærområdet. De marginale skal vævet sammen

6 Dialektik mellem arkitektur/materialitet og krop med inspiration af Bourdieu, Foucault, Gibson og Merleau-Ponty se kapitler i Larsen 2005.

med dette samtidig føle sig tilpas det pågældende sted, hvor aktiviteten foregår. Således er finkulturen - for at vise oppositionen - med loge-fællesskaber, gourmet-restauranter, dyre og eksotiske sportsgrene (heliskiing, kite-surfing mv.) og rejser med dannelsessigte ikke aktuelt, og næsten end-ikke-tænelige for de marginale. De nævner slet ikke den slags utopier. På Langeland var de marginales kulturelle aktiviteter og arrangementer overvejende af lokal karakter, hvor Langelandsfestivalen for mange var årets højdepunkt. Rejserne gik ofte kun til Fyn, mens længere ture var yderst sjældne. Enkelte af interviewpersonerne nævnte charterrejser som et stort ønske, og noget de sparede sammen til i flere år. De foretrukne kulturinstitutioner var oftest værtshuse, bænke foran supermarkeder eller i parker eller Sekskanten, som var en kiosk på havnen med få siddepladser. De marginales kulturelle kapital var samlet set præget af svært omsættelige værdier og bidrager ikke til en gunstig placering i det sociale rum. Hvor andre aktører kan opretholde deres position, dvs. deres samfundsmæssige væren, ved at kompensere for savn af eksempelvis økonomisk kapital via den kulturelle kapital, har de marginale intet at veksle og kompensere med. Der er ikke kulturelt afsætningsmarked for deres klædedragt, sprogbrug, kropslige attitude med videre og er på den måde ikke virksom som kulturel kapital. Under vore observationer i byen eftermiddage og aften blev det tydeligt, at ansatte og folk på gaden ytrede frygt, og af og til angst, for nogle af de marginale, som i perioder prægede bybilledet med voldsom og larmende adfærd. De marginale formidler helt overvejende typer af kropslige praktikker, der af den øvrige befolkning ansås som upassende, uværdig og dårlig kultur.

Marginalitet - en potentiel livssituation

Marginalitet antyder, at mennesker kan være i en situation og leve under nogle vilkår, hvor livet kan karakteriseres som i 'yderkanten af det normale liv'. Dette er en position, som alle, hypotetisk set, kan indtage for en kortere eller længere periode i deres liv. Et enkelt individs livsforløb er ikke statisk, men forandrer sig i den proces og transformation, som livet ofte udgør. For nogle gør denne karakteristik sig gældende gennem generationer af livsforløb, mens andre, mere privilegerede grupper, aldrig eller kun sjældent kommer i forbindelse med den udsatte position. Til gengæld udgør den mar-

ginale position en potentiel 'mulighed' for alle. Det var der flere eksempler på blandt interviewpersonerne fra sundhedsundersøgelsen: "A", der levede et liv i overklassen i en stor villa i et attraktivt område i København sammen med en mand, der havde succes med oprettelse af møntvaskerierne i 60'erne og derfor tjente mange penge. Manden var dog voldelig, og "A" endte med at leve et liv på flugt med sin søn, blev alkoholiker, og fik en økonomi, der hang i laser. Et andet eksempel er "J", der var en kvinde i tresserne, som var uddannet jurist og havde haft et højtstående miljøerhverv i en del år. Hun sagde sit job op for at satse på sine kreative evner men fik sideløbende en depression. Det blev starten på et liv med psykisk sygdom (blandt andet skizofreni), der havde styret hendes liv de seneste 20 år. Ligesom indtagelsen af den socialt udsatte position kan skifte gennem et livsforløb, så ændres opfattelsen af, hvem der kan betegnes som socialt udsatte også over tid i et samfund, ligesom afgrænsningen vil variere forskellige samfund/lokaliteter i mellem. Dette er bestemt af samfundsmajoriteten, der tager afsæt i deres egne opfattelser af, hvad der kan betegnes som et godt og 'rigtigt' liv. Brandt udtrykker det således: *"...udstødte. Som mennesker, der er som alle andre mennesker, men placeret i en tid og på et sted, hvor akkurat deres måde at fungere på ikke passer ind i det, majoriteten ser som værdifuldt. Deres livsform harmonerer ikke med den opfattelse, man har af et ordentligt liv"* (Brandt 2009: 15).

Majoritetens opfattelse af det gode og 'rigtige' liv er i et demokratisk styret samfund udtrykt i de gældende politikker. Mere specifikt er det i en velfærdsstat som Danmark udtrykt gennem velfærdspolitikker og de heraf afledte initiativer og tiltag. På den måde er det ikke den enkelte persons opfattelse af sit eget liv, der er styrende for, hvorvidt personen betegnes som socialt udsat, men i stedet majoritetens opfattelse heraf. Sociologen Morten Ejrnæs' siger herom: *"Hvad der er gode og dårlige levekår afgøres af et flertal i samfundet, bl.a. gennem indholdet i de eksisterende velfærds politikker. Det er således ikke det enkeltes individs subjektive oplevelse af tilfredshed med egne levekår, der er bestemmende"* (Ejrnæs 2004)

Det relationelle og symbolske vold

At være marginal eller udsat antyder, at der er tale om noget relationelt. Det vil sige, at personen i en eller an-

den grad er blevet sat udenfor i forhold til andre i en samfundsmæssig sammenhæng. Dette i betydningen, at de marginale i lige dele 'vælger' og 'tildeles' denne position, og at dominerende positioner i samfundet har bidraget til eller ligefrem forårsaget det. Samtidig defineres og vurderes den marginale position af de dominerende og således ud fra deres perspektiv og forståelser. Brandt udtrykker det ud fra et relativt pragmatisk udgangspunkt på følgende måde: *"Er man socialt udsat, er man blevet udsat af andre. Er man socialt svag, er man det i forhold til og beskrevet af dem, der regner sig for stærkere"* (Brandt 2009: 15)

Denne dominansrelation, hvor nogles 'kultur' eller 'værdier', herunder levemåder, naturaliseres som *kulturen*, *værdierne* eller *levemåden*, kan betegnes som en form for symbolsk vold. Aktuelt i Danmark efter årtusindeskiftet ville det karakteriseres som en hetero- og parnormativitet at være selvforsørgende, i arbejde, at have en uddannelse, hus, have og 2,1 børn. Volden, som ikke er en fysisk vold men en symbolsk vold, er virksom både i de dominerende sociale gruppers blik på dem selv og i grupper, som afviger fra de dominerendes levemåder. Symbolsk vold har sin største effekt gennem det forhold, at de dominerede individer eller grupper ser på dem selv som mindre værdige. Kraften af den symbolske vold udgøres ved, at de dominerede undertrykker sig selv 'indefra' ved at læse og vurdere dem selv ud fra en arbitrær men dominerende konstruktion. Den marginale i undersøgelsen tolker således sig selv som en, der ikke er lykkedes, snarere end at de direkte får det at vide. Symbolsk vold er udviklet for at forstå den sociale magt, der fungerer i et samfund ved, at mennesker ikke blot kender men også accepterer deres plads i samfundet. Således tager vi ikke blot vores position på os, men vi gør også en dyd af den ved at rationalisere den med, at den er valgt, rimelig, velbegrundet osv.

Hierakier i byrum, værdier og kroppe

Inden for konstruktionen marginale fremgik det, at blandt de lavt positionerede var der et virksomt hierarki. Det virkede som om, de lavt positionerede grupper var mere optaget af at distingvere dem fra de andre grupper frem for de dominerende grupper. Nogle grupper ville ikke identificeres med andre, og som eksempel ønskede de psykisk syge ikke at blive sammenlignet

med misbrugere, og alkoholikere ønskede ikke at blive sammenlignet med narkomaner osv. Hierarkiet og afstandtagen til andre marginale fremgik tydeligt rent fysisk som dele af vore observationer. Det vil sige, at hierarkiet var relateret til steder og pladser samt under interviewene i Rudkøbing som et lille mikrokosmos på Langeland i Danmark. I nedenstående citat fortæller et alkoholikerpar om deres afstandtagen til stofmisbrugere:

I: *Hvad med her i Rudkøbing, er der også sådan nogle opdelinger der?*

L: *Jamen, det er der da*

E: *Der er dem, der drikker, og der er dem, der ta'r et eller andet og så øh, er der dem, der er på piller og sprøjter.*

I: *Hvem er det? Hvor sidder de henne?*

L: *Alle vegne*

E: *Alle steder*

I: *Men de er ikke med i jeres...*

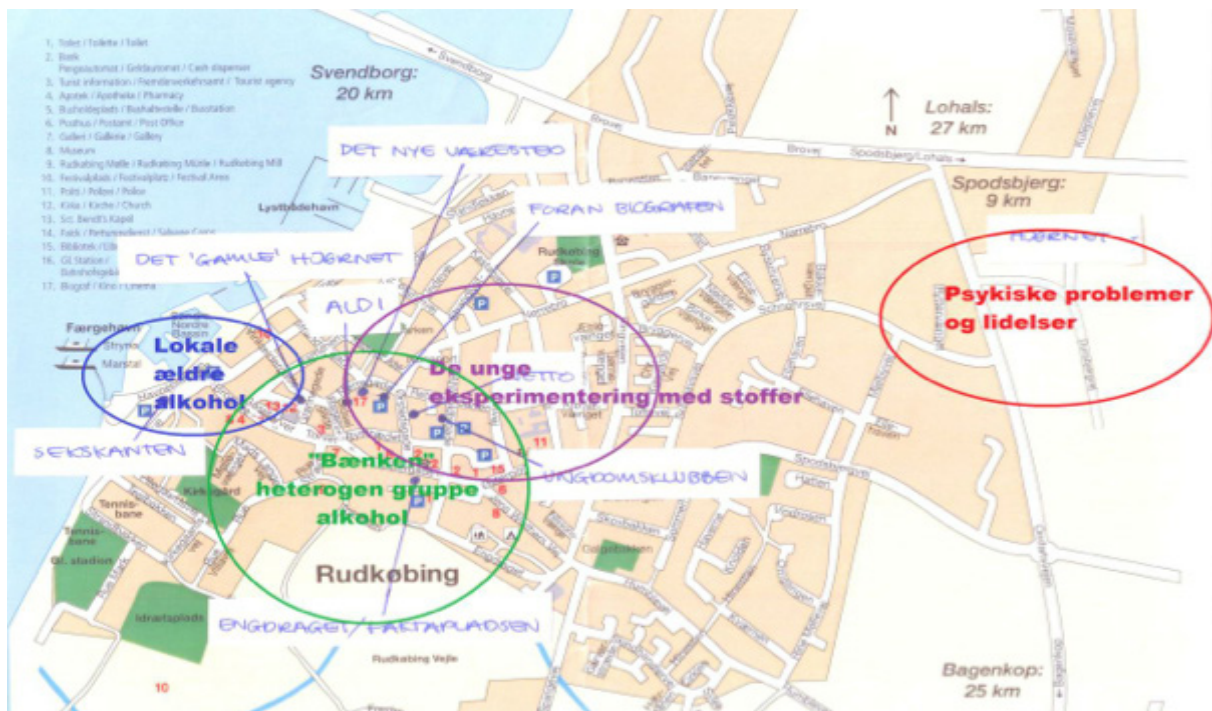
E: *jo, alligevel... det er de*

L: *Men ikke sammen med mig. Jeg vil ikke have noget med dem at gøre*

E: *Altså, man snakker så bare til dem...*

L: *Jeg ryger ikke engang piber mand, hvad fa'en skal jeg så have noget at gøre med sådan nogle vrang mand.*

Sociologisk betragtet er der i Rudkøbing (som i alle andre byer) forskellige sociale grupperinger, der udgør felter med egne logikker og magtkampe. Et overblik over de domineredes mikrokosmos som viser de marginale grupperinger og opholdssteder i Rudkøbing på Langeland kan ses på kortet nedenfor (se næste side):



I det, der kan betegnes som subfelter, er der dynamiske grænser og for at få øje på dem, er det vigtigt ikke at betragte in- og eksklusionen i de sociale grupperinger som et enten eller. Subfelterne skifter karakter og omstruktureres på grund af de indbyrdes kampe, som bevirker, at subfeltet hele tiden skifter karakter. Det blev tydeligt i undersøgelsen, at de forskellige grupperinger forholder sig til og afgrænser sig fra hinanden. Der er en hierarkisk inddeling både inden for de enkelte grupperinger men også de marginale grupper imellem. Inddelingen og distinktionerne knytter sig i denne sammenhæng til kategorier som 'alder', 'indfødt Langelænder eller tilflytter', 'misbrugsform', 'socialt netværk' samt ens øvrige kapitalbesiddelse, hvorunder arbejde er centralt. Højest i hierarkiet blandt de marginale var, i følge deres egne betragtninger, de personer, der holder til på Sekskanten⁷ og i værtshusmiljøet.

Sekskanten tiltrak indfødte langelændere eller velintegrerede 'nytilflyttere' til øen, og de har et socialt netværk, som kan fungere som kapital. Kendetegnende ved Sekskantens 'stamkunder' er, at de er mænd i alderen mellem 40 og op til 60-70 år, og at de trækker på og ofte henviser til en arbejdssetos. Det var således en

grundpræmis ved informanterne fra Sekskanten, at de havde været på arbejdsmarkedet og havde ”tjent deres egne penge”. Mange havde arbejdet som sømænd, brobyggere eller fiskere og havde fået belastninger eller skader på kroppen grundet hårdt fysisk slid gennem mange år. Næsten alle, som frekventerede Sekskanten, var iført tøj, der relaterede sig til deres tidligere meritter på arbejdsmarkedet, dvs. de var ikklædt kedeldragter, arbejdstøj eller blåt Kansas-tøj eller kasketter fra livet på havet. Sekskantens placering gjorde, at de kunne søge ly for regn og blæst, og at de, når vejret gjorde det muligt, kunne nyde udsigten over havet samtidig med, at der blev fortalt gode historier, hvor tidligere tider mindedes. Sekskantens gæster drikker overvejende øl og betaler en høj pris for deres alkohol, hvilket de beskriver som distinktiøst fra ’de unge’, der køber billige øl i NETTO.

Værtshusmiljøets 'stamkunder' vil ikke sammenlignes med dem fra bænken, som typisk mødes, når vejret er til det, fordi de ikke har taget over hovedet i forbindelse med deres samvær. De, der holder til på "Bænken", har aldersmæssigt en stor spredning men er samlet set yngre end de typiske personer på Sekskanten og ældre end dem, der tilhører gruppen af 'de unge' på øen. Overordnet betragtet har dem fra bænken en forholdsvis lav samlet kapitalmængde.

De marginale unge, der holder til foran ungdoms-

7 Sekskanten er en lille kiosk ved havnen, med udendørs bænke rundt om træhuset og plads til at enkelte gæster kan sidde inden døre.

skolen, biografen og på parkeringspladser er en udskældt gruppe, der på grund af deres alder, deres manglende arbejdsmoral og deres larmende adfærd, er forholdsvist lavt placeret i hierarkiet. Dog har gruppen ikke kropsliggjort og 'accepteret' den lave status men gør i stedet oprør ved at provokere befolkningen i Rudkøbing. Dette gennem deres voldelige, ødelæggende og larmende adfærd. Misbrugs- og kropsmæssigt ser gruppen af marginale unge ned både på dem, som kommer i værtshusmiljøet, og på dem, som holder til på bænken, fordi de selv mener at besidde en større grad af kontrol over deres indtagelse af rusmidler. Til gengæld er spændvidden i rusmidlerne noget større end i de øvrige grupper i og med, at der i vid udstrækning eksperimenteres med indtagelse af hash og hårdere stoffer. Lavest rangerende i hierarkiet er tilsyneladende stiknarkomaner.

Den sidste gruppe af marginale i Rudkøbing var dem med *"knald i låget"*⁸ fra bo- og opholdsstedet Hjørnet, der fysisk adskiller sig fra de øvrige grupper ved at være lokaliseret cirka 5 km udenfor Rudkøbing. Herudover er der også en social afstandstagen mellem den marginale gruppe på Hjørnet og de øvrige marginale grupper. Hjørnets beboere og brugere adskiller sig ved at være under 'systemets vinge' i form af omsorg og hjælp, og således kan de siges at være institutionaliserede på en anden måde end de øvrige grupper. Derudover giver deres psykiske sygdom dem en lav status, som er internaliseret, så de selv bidrager til fastholdelse af den marginale position. Ydermere er der en del eksempler på, at den psykiske sygdom er tæt forbundet med et stort overforbrug - eller tidligere overforbrug - af rusmidler (alkohol eller stoffer), som rent statusmæssigt trækker i negativ retning. Til gengæld har Hjørnets beboere og brugere også fordomme om og tager afstand fra alkohol- og stofmisbrugerne i byen.

Udover de nævnte grupperinger på Langeland var der også marginale, der ikke indgik i et fællesskab med andre, og som beskrev dem selv som ensomme. K, som var en mand i fyrrerne, sad derhjemme og drak øl dagen lang. Den eneste kontakt, han stort set havde til andre mennesker, var hjemmeplejen, der kom og lavede mad til ham, og hans mor, som administrerede

hans penge for ham. K befandt sig i en ond cirkel, hvor han følte sig ensom derhjemme. Det førte til et øget alkoholindtag efterfulgt af indlæggelse på psykiatrisk afdeling, udskrivning til aflastning på det psykiatriske botilbud Hjørnet, hvor han ikke kunne holde sig fra alkoholen og derfor var tvunget til at flytte hjem igen: *Men jeg kan også li' at være herhjemme, men det er kun et kort øjeblik*, så kan jeg ikke li' det, så føler jeg mig ensom og drikker mig synder og sammen og ryger på psykiatrisk. Og så er jeg blevet udskrevet derfra og ud til Hjørnet – sådan plejer det at gå"

Distinktionerne mellem de marginale var meget påfaldende hvad angår de fysiske placeringer og afstande mellem disse grupper, herunder hvordan de opfattede at være på 'egen' eller 'andres grund' med tilhørende kropslig ro-selvtillid eller uro-frygt. Distinktionen var desuden tydelig i de spontane måder, hvorpå de marginale talte om dem selv og de andre grupper. Det kunne have været spændende at få uddybet disse forhold gennem eksplicit at inddrage de dominerende grupper og ved at analysere deres placeringer og afstande herunder deres måder at opfatte dem selv og andre grupper på.

Marginales opfattelser af sundhed

De marginales sundhedsopfattelse er forskelligartet men samlet set meget afvigende i forhold til den brede og positive sundhedsdefinition, der ligges op til fra WHO's side (WHO 2003). I stedet er de marginales sundhedsopfattelse i mange tilfælde negativ og snæver i betydningen, at sundhed ses som fravær af sygdom. Således inkluderes det generelle og psykiske velbefindende ikke, og sundhed er et område, der udgør en dårlig samvittighed. Nogle af interviewpersonerne giver udtryk for, at de ikke bekymrer sig om sundhed. De kan betegnes som værende resistente overfor den samfundsmæssige sundhedstrend. Blandt de såkaldte KRAM-faktorer (kost, rygning, alkohol og motion) var det først og fremmest kost, interviewpersonerne nævnte, herunder fed mad, som flere havde dårlig samvittighed over at spise. Også motion blev af flere af interviewpersonerne nævnt, som noget de dyrkede for at holde sig sunde, eller som en dårlig samvittighed over ikke at dyrke nok motion. Rygning blev af flere af interviewpersonerne forbundet med sundhed. Til trods for at langt størstedelen af interviewpersonerne røg, var det langt fra alle rygerne, der nævnte rygning som en fak-

8 *"Knald i låget"* var et udtryk, som én af de psykisk syge beboere fra Hjørnet brugte om sig selv og andre psykisk syge.

tor af betydning for deres generelle sundhedstilstand og ej heller noget, de ønskede at ophøre med. Alkohol var den KRAM-faktor, der i mindst udstrækning blev nævnt i forbindelse med sundhed. Det til trods for at flere af interviewpersonerne tydeligvis havde et stort forbrug heraf. Søvn er et forhold, der betragtes som værende af betydning for en persons sundhed. Flere af interviewpersonerne antydede, at de havde søvnbesvær. Generelt set viste sundhedsundersøgelsen, at sundhed kun har begrænset fokus og prioritering i de marginale liv. De marginale er relativt resistente overfor den sundhedstrend, som hersker i samfundet. Med andre ord så har de samlet set en forholdsvis lav sundhedskapital, hvilket uddybes senere.

På interviewtidspunktet mente størstedelen af de marginale, at de havde et godt liv dog med undtagelse af enkelte, der kan karakteriseres som de mest marginale interviewpersoner. Den generelle livstilfredshed skal ses i forhold til, at de interviewede har nogle menneskelige erfaringer med store sociale eller sygdomsmæssige begivenheder, som sætter en ramme for oplevelsen af det gode liv. Et andet forhold er, som tidligere nævnt, at det kræver et vist overskud overhovedet at indvilge i at deltage i en interviewundersøgelse. Derfor var alle interviewpersoner inde i en periode, hvor de havde et vist overskud og således også oplevede og fremstillede en større livstilfredshed, end de sandsynligvis ville gøre på mange andre tidspunkter. Overordnet set relaterer de marginale det gode liv til de nære ting og forhold, der omgiver dem, udgjort af personer og begivenheder i nærmiljøet. Sammenlignet med den øvrige del af befolkningens opfattelse af det gode liv (f.eks. Gundelach 2002), er der ikke direkte referencer til et arbejds-, uddannelses- eller bredere kulturmarked. Indholdsmæssigt er det ofte venner/familie, kæledyr, omsorg for andre, naturen, musik og usundheder set ud fra en konventionel betragtning (kaloriefyldte madvarer, rygning og alkohol), der bidrager til det gode liv.

De marginale begrænsede tidshorisont i forhold til sundhed

Levetidshorisonten udgør en anden dimension, hvor de marginale livssituation står i modsætningsforhold til de fremherskende sundhedstrends. Vi dør alle sammen, men tendensen er, at ingen længere kan eller vil affinde sig med skæbnen i betydningen det uafvendelige.

Som sådan er selve livet, herunder vores biologiske liv, blevet et nyt objekt for menneskers forestilling om at kunne intervenere, korrigere og forbedre livet her og nu og på længere sigt (Rose 2009). Denne forestilling om livet og sundheden som et langt projekt for individets improvisation er en slags bagtæppe eller baggrund, som ligger dybt indlejret i de fleste menneskers - ikke virkelighed - men deres opfattelse af virkeligheden. Der er således ikke nogen mennesker, der fuldt ud kan improvisere og opfinde deres liv som en kreativ proces uden de bindinger, der ofte betegnes som normer med videre. Til gengæld er forestillingen herom stærk, hvilket eksempelvis bekræftes via medier som TV, radio og reklamer. De marginalt positionerede og deres liv er i stor kontrast til ovenstående ideal om improvisation af eget liv. Interviewene i forbindelse med sundhedsundersøgelsen viser i stedet, at de marginale opererer med og agerer indenfor en stærkt indrammet nutidshorisont, som stort set ikke muliggør overvejelser om en fremtidshorisont, der rækker mere end et par timer eller dage frem. Sociologisk set er deres samlede 'locus of control'⁹ minimal i betydningen, at deres råderum for at agere i forhold til en mulig fremtid er 'låst' af en anmassende og presserende nutid styret af nødvendigheder. Nødvendighederne udgøres ofte både af effekterne af diverse misbrug af stimulanser men også af hele den økonomiske, bolig-mæssige, kulturelle og sociale virkelighed, der indrammer deres liv. Et eksempel på den ringe 'locus of control' hos de lavt positionerede fra nærværende interviewundersøgelse er en ung interviewperson med et meget omfattende alkoholmisbrug. Under interviewet gav han udtryk for, at han ikke selv troede, at han ville blive 30. Det viste sig at holde stik,

9 Begrebet er oprindeligt udviklet som et (social) psykologisk begreb af Julian B. Rotter i 1954. Locus kommer af latin og lægger op til fysisk placering (place) eller sted (location) i betydningen, at kraften eller magten i forhold til f.eks. sundhed er fysisk lokaliseret. I denne sammenhæng er begrebet anvendt i en mere sociologisk forståelse, hvor det betones, hvorledes handlingsrummet for nogle grupper i samfundet er minimalt, fordi de kun kan trække på få eller flygtige ressourcer, forstået som kapitaler af forskellig art. I forhold til sundhed så indfanger det den interne kontrol, hvor individet mener, at det selv er i kontrol over egne handlinger eller, i modsætning hertil, er styret af ydre kontrol, hvor vedkommende opfatter, at dets handlinger snarere ligger i andre menneskers hænder, eller at det er skæbnen, der styrer deres liv og sundhed.

for kort tid efter interviewundersøgelsen døde han på grund af leversvigt.

Differentieret social integration

Forskellige objektkonstruktioner blev diskuteret i starten af artiklen, fordi der signaleres noget forskelligt med hvert begreb, der enten bidrager til 'stigma', 'rummelighed' eller 'mangfoldighed'. I den forbindelse er begrebet 'differentieret social integration' relevant. Begrebet omhandler den gensidige læreproces, hvor "de normale"¹⁰ (majoriteten) og "de marginale" (minoriteterne) søger at tilpasse sig hinanden. De marginales livsformer har i udgangspunktet ret i sig selv, men samtidig er de en del af et større samfund, hvis dominerende traditioner, normer og værdier også skal respekteres. Differentieret social integration er i det perspektiv en balancegang mellem at beholde og videreudvikle sin egen livsform som gruppe eller individ samt det at være en del af et større samfund. Der er således tale om en gensidig integrationsproces (Kristensen 1997).

Denne gensidige tilpasning kan dog i mange tilfælde være konfliktfyldt, hvilket blandt andet blev tydeligt i sundhedsundersøgelsen på Langeland. Eksempler fra den konstruerede empiri er meget voldsomme scener af vold og druk i gadebilledet til skræk og advarsel for byens beboere blandt andet beskrevet af en ansat i socialpsykiatrien, som har daglig kontakt med mange af de marginale. I den forbindelse blev et område i byen beskrevet som '*et betændt miljø*' med kriminalitet, voldelighed og alkohol- og stofmisbrug, som angiveligt og på grund af frygt afholder folk fra at færdes der om aftenen og i weekenderne. Sådanne former for levemåder er ud fra en umiddelbar analytisk betragtning frustrerende, kaotisk og idylliseres bestemt ikke. Omvendt kan denne levemåde også opfattes som udgørende en nødvendig og vigtig udfordring for det kontrollerede og veltilpassede menneske¹¹. 'Det normale' opstilles

som statslige idealer, der blandt andet formidles gennem sundhedsstyrelsens anbefalinger om det 'sunde liv' og udgør en stærk implicit og eksplicit forestilling i befolkningens bevidsthed. Dog er normalbefolkningen uomgængeligt relateret til afvigerne, og denne relation kan tilmed opfattes som berigende i og med, at befolkningen gensidigt kan lære af dem, som har andre levemåder. Dette synspunkt udtrykkes af Gorm Bloch, der i tidsskriftet "Information" udtrykker sit forholdsvist radikale syn på, hvordan byens skæve eksistenser også kan opfattes (Bloch 2009). I hans beskrivelse fremgår det, at vi ikke skal romantisere de skæve og utilpassede og deres væremåde. Til gengæld hører hele viften af hjemløse, gadekunstnere, omstrejfare og misbrugere, ifølge ham, til i gadebilledet, og normalbefolkningen bør hylde dem, ligesom vi kan lære af dem. Han citerer den franske filosof George Bataille og siger, at de skæve eksistenser repræsenterer 'det heterogene', som er en antitese til 'det homogene'. 'Det homogene' repræsenterer det rationelle og nyttebestemte, som er en dominant kraft, der holder det moderne samfund og kulturen sammen, mens det heterogene også er en side af virkeligheden som ofte forsøges gemt af vejen. Dette uddybes af Sørensen på følgende vis:

det heterogene er de sider af menneskelivet, hvis formålsløse ødselhed for alvor bryder med den produktive og reproduktive logiks homogenitet. Heterogen er f.eks. erotik, kunst, leg og kulturelt tidsfordriv i det hele taget men også krig, kamp, vold og formålsløs ødelæggelse. Heterogent er også gråd, latter, sved, slim, afføring, menstruationsblod og andre sider af menneskelig væren, der normalt forvises fra offentligheden (Sørensen 1999)

Som sådan udfordrer det heterogene nogle fortrængte sider i alle menneskers liv, og det er den side, som Bloch påpeger, at alle kan lære noget af. Set i dette perspektiv skal de utilpassede ikke romantiseres men i stedet rummes og omfavnes.

Normalitet, individualisering og investering i sundhedskapital

Set i et historisk perspektiv er der sket store forandringer af staten og dens rolle og udøvere, ligesom individualiseringsprocesserne er øgede og normaliteten indsnæv-

10 Det "normale" kan opfattes som en position i forståelsen en dimension eller et niveau i nogle menneskers liv og levemåde. Sagt med andre ord så findes den kontrollerede og veltilpassede levemåde ikke i ren form, om end forestillingen herom består. Denne forestilling skyldes i høj grad fremstillingen, der ofte forefindes i medier, reklamer, TV serier mv.

11 I lighed hermed udtrykker Preben Brandt i et interview, at det "beriger os alle sammen, at vi også bliver mødt af noget unyttigt, noget skævt, anderledes og meget provokerende" (Ringkøbing 2009).

ret (Rose 2009). Det er tydeligt, at vi alle både er bærer af homogene (ordnede og kontrollerede) og heterogene sider (kaos og uorden). Her repræsenterer det marginale, på en forstærket måde, en heterogen dimension, som kan siges at udgøre en vigtig og nødvendig udfordring for det 'normale menneske', der i større udstrækning repræsenterer det homogene. På det niveau er den marginale levemåde berettiget, fordi den gennem sin skævhed udfordrer det konforme. I et historisk perspektiv er der de sidste 35 – 50 år stadig kommet mere fokus på at monitorere, trimme og optimere sin egen krop i forhold til mål, vægt, trimning og for nogle sociale grupper også gennem kirurgiske indgreb. Vi skal være vores egen sundhedsøkonom, der, understøttet af en sundhedsindustri og et netværk af sundhedseksperter, korrigerer vores krop, identitet, herunder brug og misbrug af stimulanser af den ene og anden art. Vi kan tale om en sundhedskapital, der affødes som respons på et ændret socialt rum og ændrede felter med nye krav til (sunde) kroppe, ikke blot på ægteskabsmarkedet men også på arbejdsmarkedet, boligmarkedet, uddannelsesmarkedet eller forsikringsmarkedet. Hvis ikke kroppen på en bestemt distinktiv måde signalerer sundhed som en form for kulturel kapital (Larsen og Esmark 2010; Larsen, Cutchin og Harsløv 2013), så ekskluderes den eksempelvis fra arbejdsmarkedet (pga. fedme, serumkolesterol, BMI-kontrol mv.). At et stort antal mennesker på en ny måde investerer i og arbejder med kroppen for eksempel gennem behovsudsættelse og hård fysisk træning, kontrol med kostindtag, yoga eller kropskirurgi, analyseres således som et investeringsarbejde, der strukturelt kan forklares som agenternes måde at opretholde eller forbedre deres sociale position på. I en sådan sammenhæng er den marginaliserede krop ikke blot marginaliseret i forhold til et samfund, hvor arbejds- og uddannelsesmarked er stadig mere centralt stillet. Den marginaliserede krop er også, i stadig større udstrækning set i et historisk perspektiv, afkoblet fra den stadig vigtigere distinktive sundhedskapital. Den marginale levemåde og fremtræden er relativt resistent overfor den fremherskende sundhedstrend. De marginale har i et historisk perspektiv, som ordet angiver, altid være i udkanten af samfundet, men tidligere dog en mere legitim del af gadebilledet end tilfældet er i dag.

Diskussion og opsamling

Begrebet socialt udsatte signalerer mangel på venskaber og netværk. Sundhedsundersøgelsen på Langeland og øvrig forskning viser, at de marginale sjældent mangler sociale relationer. Til gengæld kan de sociale relationer kun i ringe grad fungere som social kapital i det sociale rum. Denne gruppe er snarere eksponeret i forhold til fraværet af andre kapitaler, hvad angår økonomisk, boligmæssig og kulturel art. Eksponeringen konstituerer særlige udfordringer også i forhold til sundhed.

Begrebet socialt udsatte er ikke et videnskabeligt begreb, idet det ikke bryder med hverdagserfaringen og ikke leverer adgang til anderledes og brudmæssige tilgange til fænomenet. Begrebet marginale er udviklet med henblik på at tage et skridt mod sådanne erkendelser. Socialt udsatte er desuden kritisabelt, også som politisk-administrativt begreb, idet det afsnører komplekse forhold som grundlag for at beskrive, forstå/forklare og også ændre det konkrete fænomen, at nogle mennesker er særligt udsatte. Samlet set så knytter de marginales oplevelser sig tæt til deres lave position i det sociale rum med tilhørende begrænset samlet kapitalbesiddelse, herunder begrænset oplysthed og manglende ressourcer og overskud. Alle interviewpersonerne opfatter sundhed som et individuelt anliggende, som de fleste selv føler et ansvar for at varetage og er moralsk forpligtet på at varetage. Dette kommer til udtryk i form af dårlig samvittighed over, hvad de mener, de bør ophøre med eller burde optimere. Der er således ingen af interviewpersonerne, der henviser til strukturelle samfundsforhold som influerende på deres sundhed, herunder hvorledes deres økonomiske, kulturelle, sociale eller bolig-mæssige situation spiller ind eller sætter grænser for, hvad de kan iværksætte sundhedsmæssigt. De marginale besidder en meget lav mængde sundhedskapital, er dårlige 'egne sundhedsøkonomer' og investerer og trimmer ikke på den rette måde i 'egen-kroppen' som en sundhedskrop hverken fysisk gennem træning, kostindtag eller mere radikalt gennem kropskirurgi eller lignende. Denne nye kapitalform giver yderligere anledning til, at de marginale afsnøres fra arbejdsmarkedet, uddannelsesmarkedet, boligmarkedet for ikke at tale om forsikringsmarkedet.

En større sociologisk analyse af marginale positioner i samfundet ville have involveret et samtidigt blik på socialt privilegerede grupper og deres levemåder og

sundhed. Opgøret med substansperspektivet til fordel for et relationelt perspektiv, som sundhedsundersøgelsen for Langeland Kommune bestræber sig på, ville således have været mere fuldstændigt, hvis det var suppleret med studier af, hvordan privilegier (kulturelle, økonomiske, boligmæssige og sociale kapitaler) fordeles mellem grupper i samfundet som helhed, herunder hvordan disse privilegier – og mangel på privilegier – overdrages fra den ene generation til den næste. Sociologisk set er det kritisabelt kun at studere de marginaliserede (eller de privilegerede) uden at studere den proces, der kan betegnes som marginaliseringen af de marginaliserede eller privilegeringen af de privilegerede, som i virkeligheden er to sider af samme sag. Sagt med andre ord kan man ikke kun se på de marginaliserede og deres marginale position i henhold til ressourcer og privilegier samt se på deres misbrug af rusmidler uden at sætte dette i forhold til andre og mere privilegerede gruppers ressourcer samt misbrug af rusmidler.

Forskning om socialt udsatte og sundhed

Forskningsoversigten i sundhedsundersøgelsen udarbejdet for Langeland Kommune viser, at den danske forskning om socialt udsatte og sundhed i forholdsvis stor udstrækning er 'spontansociologisk' baseret i betydningen relativt a-teoretisk og hverdagskonstrueret. Denne forskning bidrager med interessant empirisk viden, som ofte udgøres af et politisk-forvaltningsmæssigt perspektiv. Der udbydes beskrivelser af, hvordan gruppen lever eller ofte 'burde leve'. Perspektivet er defineret gennem deficit-begreber, hvor socialt udsatte opfattes som nogle, der mangler eller er i underskud af noget eller som afvigende i forhold til 'majoritetsbefolkningen'. Der fremkommer forslag om, hvordan gruppen kan integreres i arenaer og på forskellige områder så som sundheds- og boligmæssigt samt på et arbejdsmarked med videre. Et substansperspektiv er fremherskende og definerer og håndterer marginale eller socialt udsatte som enkeltpersoner med særlige kendetegn. Derimod er det relationelle og positionelle perspektiv stort set fraværende i undersøgelserne. Samtidig viser forskningen, at normative implikationer og rekommandationer overvejende tager sit afsæt i statslige konstruktioner særligt formidlet gennem kommunernes opfattelse af sundhed (overvejende KRAM-faktorerne). Således er disse konstruktioner styrende for,

på hvilke områder der skal udarbejdes indsatser og initiativer frem for at undersøge og lade sig inspirere af målgruppens livs- og sundhedsopfattelse – eller mere radikalt deres levevilkår set i forhold til andre grupper. Det er sjældent undersøgt, om de marginale har lyst til at forbedre deres sundhed, om de er i stand til det, og hvorvidt de har overskuddet til at gøre brug af tilbudene. Overordnet set indgår der ej heller direkte makrosociologiske perspektiver, som synliggør og fokuserer på, hvordan marginale relaterer sig til dominante positioner (f.eks. i henhold til mængder og sammensætning af kapitaler) eller spørgsmål om, hvordan privilegier reproduceres indenfor og mellem sociale grupper. Sundhedsundersøgelsen fra Langeland er ej heller fyldestgørende og savner et egentligt studie af fordelinger og reproduktioner af privileger og dis-privilegier lokalt, nationalt og internationalt. Den sociologiske tilgang med begreber om det relationelle felt, kapital, habitus og krop giver imidlertid anledning til at udfordre forskningen på området, og hvordan den kan tilrettelægges og gennemføres, når man vil beskrive, forklare og ikke mindst ændre eller minimere marginalitet. I denne artikel er det formuleret som tekst, hvilket i sig selv viste sig at være en epistemologisk udfordring, men det har yderligere implikationer i forbindelse med politik bestående af materialiseret praktik. Marginalitet er et nærværende, presserende og sundhedstruende vilkår for dominerede samfundsgrupper, men det er også et anliggende for dominerende grupper i samfundet.

Kristian Larsen

Cand. Phil, Ph.d. Professor MSO. (Institut for Læring og Filosofi HUM), København.

E-mail: kl@learning.aau.dk

Mette Ryssel Bystrup

(tidl. Mette Ryssel Dahl),

Cand.Pæd.Soc., Akademisk medarbejder ved Center for Misbrugsbehandling i Aarhus Kommune

E-mail: mettedahl@yahoo.com

Abstract

In recent years, the concept of 'socially vulnerable people' has often been used as a political, administrative and also scientific construction in relation to a group of people in society who have different types of prob-

lems close at hand, and who live on the edge of what can be defined as a 'normal life' in society. Based on empirical-theoretical reflections inspired by the sociology of Bourdieu, 'socially disadvantaged people' as a construction is analyzed, criticized and discussed in the article. The main argument in accordance to this is that socially disadvantaged people also lack economic, cultural and residential capitals, and are therefore often not 'only' socially disadvantaged. In addition, the marginalized people's health capital is low. Their health perception is closely linked to their low position in the social space with its limited total capital holding, including limited enlightenment and a lack of resources and energy. Other object constructions are also presented in the article, and it is shown that different constructions have different starting points and effects. The marginalized people in society have an internal hierarchy and positions, which clarifies the need for including a relational perspective in the object construction. The empirical data consists of interviews and observations among marginalized people from Langeland in Denmark.

Keywords

Socially disadvantaged, marginalized, social positions, conceptual design, normality, health survey

Litteratur

- Benjaminsen, Lars 2007. *STORBYPULJEN – Indsatser for socialt udsatte*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Bourdieu, Pierre 1977. *Outline of a theory of practice / Pierre Bourdieu*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre 1984. *Distinction – A Social Critique of the Judgement of Taste*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Bourdieu, Pierre & Löic J.D. Wacquant 1996. *Refleksiv sociologi – mål og midler*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, Pierre 1977/1997. *Af praktiske grunde – Omkring teorien om menneskeligheden*. København: Hans Reitzels forlag.
- Bourdieu, Pierre et al. 1999. *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society*. Cambridge: Polity Press.
- Information (Bloch, Gorm) 2009. En hyldest til byens skæve eksistenser. 28. september. <http://www.information.dk/205408> [10. april 2013].
- Brandt, Preben 2009. *Byen og social ulighed*. København K: Tiderne skifter.
- Ekholm, Ola, m.fl. red. 2006. *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987*. København: Statens Institut for Folkesundhed http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hele_rapporten_2005_001.pdf [10. april 2013].
- Dahl og Larsen 2009. *Marginale på Langeland- socialt udsattes opfattelser af eget liv og sundhed belyst i et sociologisk perspektiv*. Langeland Kommune https://pure.au.dk/portal/files/478/larsen_og_dahl_Sundhedsundersogelse_Langeland_kommune_nov_2009.pdf [10. april 2013].
- Davidsen, Michael m.fl. 2013. *Dødelighed blandt socialt udsatte i Danmark 2007-2012. Overdødelighed, middelelivetid og dødsårsager*. København: Rådet for Socialt Udsatte. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet.
- Elm Larsen, Jørgen 2004. *Fattigdom og social eksklusion. Tendenser i Danmark over et kvart århundrede*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Foucault, Michel 2000. *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gundelach, Peter red. 2002. *Danskernes værdier 1981-1999*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hansen, Erik Jørgen m.fl. (red.) 2007. *Lighed og velfærdsstaten. 13 Værdier bag den danske velfærdsstat*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Ibrahimovic, Zlatan 2011. *Jeg er Zlatan Ibrahimovic*. Stockholm: Albert Bonniers Forlag.
- Jensen, B m.fl. 2007. *Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Jespersen, Cathrine 2006. *Socialt udsatte børn i dagtilbud*. København: Socialforskningsinstituttet.
- Kjøller, Mette m.fl. (red.) 2007. *Folkesundhedsrapporten 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet http://www.si-folkesundhed.dk/upload/kap_33_sociale_forskelle.pdf [10. april 2013].
- Kristensen, Catharina Juul 1997. Gensidig integration – ansatser til en teoretisk tilgang til differentieret social integration. I *Sammenbrud eller sammenhold? Nogle udviklingstendenser for velfærdssam-*

- fundet*, red. T.J. Hegland m.fl. København: Akademisk Forlag. p. 29-37.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann 2009. *Interview*. København: Hans Reitzels forlag.
- Larsen, Kristian (red.) 2005. *Arkitektur, krop og læring*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Kristian 2008. Danske kroppe og deres sundhed – en sociologisk analyse af social ulighed, kroppe, staten og professionerne. I *Sundhed, kroppe og ulighed*, red. Stinne Glasdam. København: Dansk Sygeplejeråds Forlag.
- Larsen, Kristian og Ulf Brinkkjær 2008. Om statsautoreret normalisering af kroppe – BMI, professioner og sundhedskanon, *Dansk pædagogik tidsskrift* no. 3.
- Larsen, K og Ulf Brinkkjær 2009. Om videnskabsteoriens rolle som værktøj i produktionen af viden. I *Individ, institution og samfund*, red. Aabro, C; Gytz Olesen. Værløse: Billesø & Baltzer. Pp. 317 – 341.
- Larsen, K og Kim Esmark (red.) 2008. Territorial stigmatisering, social eksklusion og praktisk sans. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* 2, 2008. www.hexis.dk.
- Marmot, Michael 2005. *Social determinants of health inequalities*. London: International Centre for Health and Society, University College.
- Marmot, M., and R.G. Wilkinson (eds.) 1999. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Pedersen, Pia Vivian, m.fl. 2009. *Dårligt liv – dårligt helbred. Socialt udsattes opfattelse af eget liv og sundhed*. København: Rådet for Socialt Udsatte. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_nr.2_feb._2009.pdf [10. april 2013].
- Pedersen, Pia Vivian, m.fl. 2008. *SUSY UDSAT - Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/susy_udsat_rapport_090408.pdf [10. april 2013].
- Pedersen, Pia Vivian, m.fl. 2012. *SUSY UDSAT 2012. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark 2012 og udviklingen siden 2007*. København: Rådet for Socialt Udsatte. Statens Institut for Folkesundhed og Syddansk Universitet. <http://www.udsatte.dk/dyn/resources/Publication/file/0/50/1354829154/susy-udsat-2012.pdf> [10. april 2013].
- Politiken, Ringkøbing, Jeanette 2009. Interview af formand for Rådet for socialt udsatte, Preben Brandt. 6. September 2009.
- Rose, Nikolas 2009. *Livet politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Simonsen, Mette Kildevæld 2007. Hvad ved vi om socialt udsattes sundhed? Gennemgang af litteratur samt analyse af eksisterende datamaterialer vedrørende socialt udsattes sundhedsvaner, helbred og sygelighed. *Rådet for Socialt Udsattes småskriftserie* no. 6, 2007. Statens Institut for Folkesundhed. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/hvad_ved_vi_om_socialt_udsattes_sundhed.pdf [10. april 2013].
- Socialministeriet 2002. *De udsatte grupper. Fra kanten af samfundet til kernen i socialpolitikken socialpolitik på brugernes præmisser*. København: Socialministeriet.
- Sundhedsstyrelsen 2006. *Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen* http://www.sst.dk/publ/Publ2006/CFF/Borgerrettet_forebyggelse/Borgerrettet_forebyggelse_kommuner.pdf [10. april 2013].
- Sundhedsstyrelsen 2007. *Sundhed og udsatte borgere – inspiration til kommunen*. Albertslund: Sundhedsstyrelsens publikationer <http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/LIS/sundhedogudsatte.pdf> [10. april 2013].
- Sørensen, Asger 1999. Praktisk filosofi i lyset af Georges Bataille - om lighed, etik og menneskelighed. I *Den ene, den anden, det tredje*, (red.) C.B. Lausten og A. Berg-Sørensen, 189-214. København: Politisk Revy <http://www.philosophy.dk/txt/1999-03.htm> [10. april 2013].
- Thomsen, Ole, m.fl., Udsatteenheden 2007. *Faglig, metodisk og organisatorisk arbejdsgrundlag for Udsatteenheden - Et perspektiv på kvalitetssikring* Arbejdspapir, Servicestyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen 2009. *Lighed i sundhed – sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet*. København S: Sundhedsstyrelsen, Center for forebyggelse [http://www.sst.dk/publ/publ2009/cff/lighed_sundhed/lighed_i_sund-](http://www.sst.dk/publ/publ2009/cff/lighed_sundhed/lighed_i_sundhed)

- hed.pdf [10. april 2013].
- Wilkinson, Richard G. and Marmot, M. G. 2003. *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization, Geneva.
- Wilkinson, R.G. 2005. *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London: Routledge
- World Health Organization 2003. *WHO definition of Health* <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [10. april 2013].
- World Health Organization 2004. *The World Health Report 2004 - changing history*. Geneva: World Health Organization. http://www.who.int/whr/2004/en/report04_en.pdf [10. april 2013].

