



**Evald Bundgård Iversen,  
Bjarne Ibsen og  
Jørn Hansen (red.)**

# **Idrættens og civilsamfundets**

# **knaster**

**Kritiske  
samfundsvidenskabelige  
analyser**

**SYDDANSK UNIVERSITETSFORLAG**



Evald Bundgård Iversen,  
Bjarne Ibsen og Jørn Hansen (red.)

# Idrættens og civilsamfundets knaster

Kritiske samfundsvidenskabelige analyser

Syddansk Universitetsforlag 2024

© Forfatterne og Syddansk Universitetsforlag 2024

Sats: Tarm Bogtryk

Omslag: Dorthe Møller

Omslagsfoto: Colourbox

ISBN 978-87-408-3548-9

Udgivet med støtte fra: Center for forskning i Idræt, Sundhed og  
Civilsamfund; Forskningsenheden Active Living samt Institut for Idræt  
og Biomekanik på Syddansk Universitet.

Publikationen er fagfællebedømt.

Find kontaktoplysningerne til ansatte ved Center for forskning i Idræt,  
Sundhed og Civilsamfund på: [www.sdu.dk/cisc](http://www.sdu.dk/cisc).

Publikation er 'open source' og kan frit downloades fra [universitypress.dk](http://universitypress.dk).

Mekanisk, fotografisk, elektronisk eller anden mangfoldiggørelse af  
denne bog er kun tilladt med forlagets tilladelse eller ifølge overenskomst  
med Copy-Dan.

Syddansk Universitetsforlag

Campusvej 55

5230 Odense M

Tlf. 6615 7999

[www.universitypress.dk](http://www.universitypress.dk)



# Social ulighed i sundhed og idrætsdeltagelse



*Den sociale ulighed i sundhed finder man bl.a. blandt udviklingshæmmede. CISC har for nyligt undersøgt projektet HandiLeg, som lykkedes med gennem leg at skabe mere fysisk aktivitet og trivsel blandt udviklingshæmmede på bo-steder.*

*Fotograf: Lise Specht Pedersen.*



# Et blik bagom de sociale determinanter for ulighed i sundhed

*Michael Fehsenfeld, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet*

## Abstract

Der har de seneste årtier igen været et øget fokus på den sociale ulighed i sundhed. I den forbindelse er begrebet 'sociale determinanter for sundhed' blevet fremhævet – det vil sige de systematiske sammenfald mellem menneskers sociale position i samfundet og deres helbred. Særligt siden midten af 00'erne er publikationer omhandlende de sociale determinanter steget markant. Kapitlet her kigger på noget af den viden, der er produceret i forbindelse med det genskabte fokus på uligheden, og stiller spørgsmål ved, om vi har for megen fokus på at (re-) producere viden om de systematiske sammenfald mellem menneskers sociale position og deres helbred? og om vi burde kigge mere på hvordan og hvorfor de systematiske sammenfald får eksistens? Det vil indebære et eksplorativt fokus som undersøger konteksten for de sociale determinanter og søger at teoretisere de sociale, kulturelle, psykologiske og politiske betingelser, som fungerer som bindeled mellem den sociale position og sundhed.

## Indledning

Hvorfor har din indtægt og dit uddannelsesniveaustor betydning for risikoen for, at dit blodtryk eller din kolesterolværdi er for højt? Og hvorfor er du i større risiko for at lide af hjerte-kar-sygdomme, jo kortere din

uddannelse og indtægt er? Hvordan påvirkes det autonome nervesystem eller immunsystemet af din sociale position? Og hvorfor har længden på din uddannelse betydning for sandsynligheden for, at du deltager i fysisk aktivitet eller andre sundhedsrelaterede aktiviteter? Og, ikke mindst, hvorfor er risikoen for at dø tidligt større jo kortere uddannelse og jo lavere indkomst? Det er nogle af de spørgsmål, begrebet 'social ulighed i sundhed' rejser. Spørgsmål, som handler om, hvorfor social position har så stor betydning for, hvor længe du kan forvente at leve, og hvor mange og hvilke sygdomme du skal forvente at få i løbet af din levetid. Dette kapitel har fokus på, hvad vi ved og – ikke mindst – hvad vi ikke ved, om den sociale ulighed i sundhed. Vi har allerede substantiel viden om den socialt ulige fordeling af eksponering og sårbarhed overfor risikofaktorer, den socialt ulige fordeling af sygelighed og forventet levetid samt konsekvenserne af at blive syg og også den socialt ulige fordeling af, hvorvidt man drager fordel af vores universelle adgang til de fleste sundhedsbehandlinger i sundhedsvæsenet. Spørgsmålet er, om den viden, vi har, også giver os indsigt i, hvordan den socialt ulige fordeling af disse forhold opstår? Hvordan kan vi forstå den foreliggende viden om, at der er en forbindelse mellem sociale forhold som uddannelsesgrad, indkomst, netværk etc. og sundhedstilstand? Formålet med kapitlet er derfor at kigge bagom den eksisterende viden og forsøge at komme med et bud på, hvordan denne viden kan udgøre et springbræt for en større forståelse af disse mekanismer.

## Social ulighed i sundhed

Den sociale ulighed i sundhed er både velbeskrevet og veldokumenteret. Den er beskrevet som det forhold, „at sundhed er systematisk skævt fordelt i samfundet. Det betyder, at social position har betydning for borgernes levevilkår og sundhed, somatiske og psykiske sygdomme samt for middellevetiden“ (Sundhedsstyrelsen, 2020; McCartney, 2019). Systematikken består i, at man kan se de samme uligheder på tværs af rum og tid. Det vil sige, at den sociale position afspejler en differentieret sundhedstilstand på baggrund af sociale forhold som fx uddannelsesniveau, økonomi, position på arbejdsmarkedet etc., uanset om vi snakker om for-

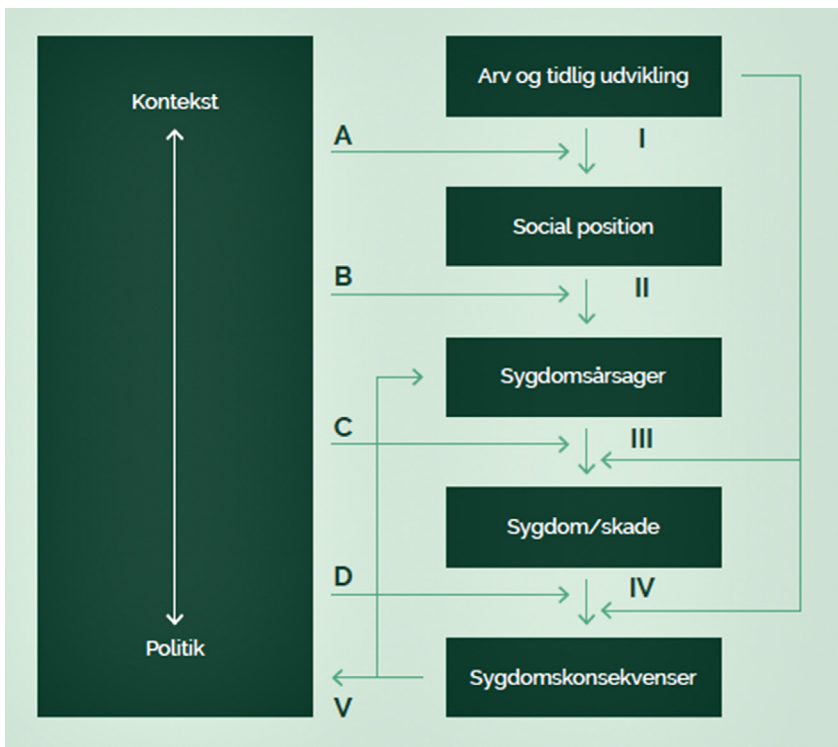


skelle imellem velstående og fattige boligområder i en by, velstående og fattige byer i et land eller på globalt plan mellem fattige og rige lande. Det er desuden de samme socioøkonomiske kriterier, som historisk set har determineret sociale grupperes sundhedstilstand. Den socialt bestemte ulighed i sundhed er således ikke noget nyt fænomen, og det er vores viden om disse forhold heller ikke. I England viste undersøgelser allerede 1850'erne, at „dødeligheden [var] ca. dobbelt så stor i arbejderklassen som i den øvrige befolkning“ (Holstein, 1985), og Edwin Chadwick (1800-1890) viste, at der var sammenhæng mellem forventet levealder og sociale vilkår (Bjerge et al., 2021). Omtrent samme tid i Schlesien undersøgte socialmedicineren Rudolf Virchow (1821-1902) en tyfusepidemi, som hærgede i 1847, og argumenterede for, at „tyfusepidemien ikke blot havde biologiske årsager, men også økonomiske, politiske og sociale årsager i form af 'forstyrrelser i folkemassernes liv' bl.a. økonomisk depression og arbejdsløshed“ (Bjerge et al., 2021). Der var således allerede her en opmærksomhed på, at et snævert naturvidenskabeligt fokus på biologi og fysiologi i de biomedicinske forklaringsmodeller i forhold til sundhed og sygdom var utilstrækkelige i forhold til at gøre rede for, hvorfor nogle grupper af mennesker bliver mere syge og dør tidligere end andre. Der er med andre ord intet nyt i, at social position har betydning for, hvordan du klarer dig igennem en epidemi eller en pandemi. Godt 170 år efter Virchow's undersøgelser viste COVID-19 pandemien igen nødvendigheden af at forstå en virus som andet end biologi. Flere undersøgelser har vist, at socialt og økonomisk sårbare grupper var mere eksponeret for virus, blev mere syge og oplevede større konsekvenser af at blive smittet (Burström og Tao, 2020).

De seneste årtiers danske såvel som internationale forskning i ulighed i sundhed har fokuseret på det, der kaldes 'de sociale determinanter' for ulighed. Her er det blevet vist, hvordan sociale faktorer, såsom uddannelsesniveau, indkomst, tilknytning til arbejdsmarked, socialt netværk etc. kan være meget præcise indikatorer for, hvilke grupper i befolkningen der har mindre tilbøjelighed til at deltage i fysisk aktivitet, spise sundt og overholde Sundhedsstyrelsens anbefalinger om alkohol og tobak. De sociale determinanter er blevet defineret som: „...the conditions in which

people are born, grow, live, work and age; and inequities in power, money and resources that give rise to inequities in the conditions of daily life“ (Marmot, 2017). Spørgsmålet er imidlertid, hvorfor og hvordan disse sociale determinanter indikerer en bestemt sundhedspraksis og en bestemt sundhedstilstand.

Hvis der var en direkte årsagssammenhæng, kunne man forestille sig, at hvis alle havde samme uddannelsesniveau, ville der ikke eksistere ulighed i sundhed. Det er der imidlertid ikke noget, der tyder på. På trods af adskillige studier, som viser de sociale forholds betydning for sundhed, er det ikke determinerende faktorer. For det første handler sociale forhold ikke alene om at afgøre sundhedstilstand. I en amerikansk kontekst er der lavet undersøgelser, som har vist, at socioøkonomisk status har forskellige effekter på sundhedstilstand for forskellige etniske befolkningsgrupper. For latinamerikanske immigranter havde lavt uddannelsesniveau og indkomst således ikke samme negative effekt på sundhed, som det var tilfældet med andre grupper (Franzini et al., 2001; Gallo et al., 2009; Schmidt og Ibsen, 2022). Det kan evt. forklares ved, at forskellige sociale grupper kan have sociale normer, kulturelle vaner eller social støtte, som modvirker effekten af socioøkonomisk position. For det andet er sociale forhold ikke statiske, men kan ændre sig gennem et livsforløb, uden at det har effekt på sundhedstilstanden. Eksempelvis føder kvinder med kort uddannelse børn, der vejer mindre, end kvinder med lang uddannelse gør. Sådan har det været siden midten af sidste århundrede. På trods af at det generelle uddannelsesniveau blandt kvinder er steget markant siden, er fødselsvægten blandt kvinder med kort uddannelse ikke øget (Vallgård, 2019). Det er altså, i dette tilfælde, ikke uddannelsen i sig selv, der skaber den sociale ulighed i sundhed, men der er nærmere tale om et sammenfald end en sammenhæng. At der er sammenfald betyder langt fra, at der også er en sammenhæng. Eksempelvis er der i USA fundet statistisk sammenfald – det der kaldes korrelation – mellem det at spise ost og risikoen for at dø ved at blive viklet ind i sit sengetøj. Men der er ingen, der vil påstå, at der er en årsagssammenhæng – det der kaldes kausal sammenhæng – mellem at spise ost og at lade livet på denne lidet flatterende måde. Korrelationer fortæller os altså ikke umiddelbart noget om det kausale forhold mellem to variabler.



Figur 1: Oversigt over væsentlige mekanismer (I-V) i forbindelse med social ulighed i sundhed. (Diderichsen et al. 2001)

En af de fremmeste danske forskere indenfor social ulighed i sundhed, professor Finn Diderichsen, har udviklet en model (figur 1), som illustrerer de komplekse forbindelser mellem den sociale og samfundsmæssige kontekst (venstre side) og forhold, som påvirker sygdom og sundhed i et livsforløbsperspektiv (højre side). Modellen illustrerer, hvordan de tidlige opvækstbetingelser er med til at forme uddannelse, social position og helbred senere i livet, og hvordan disse er påvirket af politiske prioriteringer inden for eksempelvis arbejds- og boligmarked, uddannelsessystem, indkomstfordeling, socialpolitik og sundhedspolitik (Sundhedsstyrelsen, 2020). Allerede under fosterstadiet påvirkes barnet af moderens sociale vilkår, adfærd og miljø, hvilket påvirker udvikling og funktion af barnets organer inklusive mange gener. Det påvirker helbred og sårbarhed senere i livet. Sådanne sammenhænge kommer konkret til udtryk i undersøgelse-

ser, som viser, at danske børn, der gennem barndommen har været udsat for gentagne store sociale belastninger, har helt op til 4,5 gange større risiko for at dø i den tidlige voksenalder end børn, der ikke har været udsat for samme sociale belastninger (Rod et al., 2020), eller at mennesker med kort uddannelse og socioøkonomisk dårligt stillede har markant højere risiko for at udvikle multisygdom (Møller et al., 2019), har større risiko for at forlade arbejdsmarkedet efter sygdom (Sundhedsstyrelsen, 2020) og får ringere udbytte af behandling for sygdomme i vores sundhedsvæsen (Rigsrevisionen, 2019). Der er altså tydeligvis: „...i selve den sociale struktur indbygget nogle mekanismer, der giver individerne forskellige udfoldelsesmuligheder, som har afgørende betydning for deres helbred“ (Iversen, 2007). Men hvordan disse mekanismer har effekt på sundhedspraksis og sundhedstilstand, ved vi meget lidt om.

## Tid til at kigge bag om de sociale determinanter

Det er endnu ikke fuldt afdækket, hvordan den sociale ulighed i sundhed opstår, eller hvilke mekanismer der bidrager til at opretholde uligheden. (Sundhedsstyrelsen, 2020)

Der har, som vist ovenfor, i mange år eksisteret viden om den socialt ulige fordelte sundhed og hvilke socioøkonomiske forhold, der, om ikke determinerer, så positionerer mennesker forskelligt i forhold til muligheder for at skabe sig et langt og sundt liv. Det vil sige forhold, som: „... sætter aftryk i en krop, som vil være virksomme gennem livet, som støtte eller udfordring.“ (Larsen, 2014). Vi ved, med andre ord, en hel del om, hvilke sociale grupper der er overeksponeret i forhold til risikofaktorer, bliver oftere syge, har større risiko for multi-sygdom, og for hvem konsekvenserne af at blive syge er mere alvorlige end for andre.

Når Sundhedsstyrelsen, som i citatet ovenfor, konstaterer, at det ikke er afdækket, hvordan den sociale ulighed i sundhed opstår, og hvordan den reproduceres, er det derfor ikke nødvendigvis epidemiologisk viden, der mangler. Der eksisterer allerede omfattende epidemiologisk viden og dokumentation, der peger på de overordnede mekanismer, som struktu-



rerer den ulige fordeling af sygdomsforekomst og konsekvenserne heraf, og hvordan disse akkumulerer over et livsforløb. Samtidig er de sociologiske og humanistiske mekanismer imidlertid underbelyst (Diderichsen og Grønnebæk, 2016). Der mangler, med andre ord, viden om, hvordan og hvorfor disse sociale determinanter for sundhed fordeler sig skævt, og en større forståelse af de sociale mekanismer, som driver akkumuleringen af risikofaktorer. Det vil sige, hvilke sociale, kulturelle og politiske forhold gør, at bestemte grupper er mere eksponeret for risikofaktorer end andre (pil II i Diderichsens model), hvordan skaber det øget sårbarhed og sygelighed for disse grupper (pil III i Diderichsens model), hvorfor er konsekvenserne af sygdom værre for disse grupper (pil IV i Diderichsens model), og hvorfor får de ikke samme udbytte af behandlinger i sundhedsvæsenet (pil V i Diderichsens model).

De sociale determinanter er altså velegnede til at beskrive og dokumentere de overordnede sociale strukturer, der illustrerer fordelingen af sundhed og sygdom på baggrund af sociale og socioøkonomiske forhold (Smith et al., 2015). Ikke som en årsagsmekanisme men som et sammenfald mellem fx uddannelsesniveau og sundhedstilstand, således at jo højere uddannelsesniveau jo bedre sundhedstilstand. Men de har ringe sociologisk forklaringskraft. Det vil sige, at de ikke tilbyder forklaringer på, hvordan eller hvorfor disse systematiske (ikke at forveksle med deterministiske) forskelle opstår mellem sociale grupper. Dette hænger, ifølge Smith, Bambra og Hill (2015), både sammen med metodernes kvantitative natur, men også med tendensen til at fokusere på ulighed i sundhed eller forskelle i deltagelse i fysisk aktivitet gennem en optik, som handler om adfærd og livsstil. En tendens, som også er observeret i en dansk kontekst (Vallgård, 2019). Et eksempel kunne være, at der har været stor fokus på KRAM-faktorerne i Danmark. Her er det i sundhedsprofilerne og andre undersøgelser blevet vist, at kortuddannede og socioøkonomisk ringere stillede har mindre sunde kostvaner, dyrker mindre motion og ryger mere (hvorimod tendenser for indtag af alkohol er mere tvetydige). Men man spørger ikke ind til eksempelvis arbejdsforhold eller boligforhold, som både kan have en direkte indvirkning på sundhed, men som også kan have en indvirkning på, hvilke vaner man har tillagt sig eller er socialiseret ind i, og dermed indirekte påvirke sundheden (ibid.). Sådanne sundhedsprofi-

ler kan dermed afdække sammenfald mellem eksempelvis social position og sundhedsadfærd, men uden at undersøge de bagvedliggende sammenhænge. De spørger, med andre ord, ikke, hvorfor Jeppe drikker.

Med et fokus på adfærd og livsstil rettes opmærksomheden således mod den enkeltes valg og den enkeltes sundhedsadfærd, hvilket også afspejler sig i begrebet livsstilssygdomme, som henviser til sygdomme, vi rammes af som følge af vores livsstil. Det er altså den enkeltes adfærd, som er årsag til sygdommen. Når man opfatter adfærden som årsag til sygdomme, vil man ofte ende ud i en forklaringsmodel, der enten handler om det enkelte individs valg af adfærd eller 'kulturelle valg', og for begge modeller vil oplysning om 'det sunde valg' betragtes som løsningen på problemet med ulighed i sundhed. Der er imidlertid intet, der tyder på, at de mange års oplysningskampagner om KRAM-faktorerne har haft virksom effekt på uligheden i sundhed, hverken hvad angår kost, rygning, alkohol eller fysisk aktivitet. På trods af at der næppe er et individ i Danmark, som ikke ved, at rygning er skadeligt for sundheden, er der stadigvæk ca. 20 procent som ryger. Selvfølgelig er der mange andre faktorer, som præger vores individuelle valg end lige netop, hvordan dette valg påvirker vores sundhed. Ydermere er adfærd hverken en nødvendig eller en tilstrækkelig årsag til, at sygdomme opstår (Vallgård, 2006). Den er ikke en nødvendig årsag, fordi du sagtens kan udvikle lungekræft og KOL uden at ryge, men omvendt er den ikke tilstrækkelig, fordi du sagtens kan være inaktiv og spise usundt uden at udvikle fx diabetes. Det betyder på ingen måde, at vi kan se bort fra viden om sammenhænge mellem risikoadfærd og sygdom som kræft og KOL. Men det betyder, at sundhedsadfærd – eller sundhedspraksis – er en faktor blandt andre betydelige faktorer, såsom hvor du vokser op, hvor du bor, hvilket arbejde du har, hvilken indkomst du har, kommercielle muligheder for at leve sundt, muligheder for sundhedsforsikring, etc. Alt sammen forhold, som individet har begrænset eller ringe indflydelse på.

Ydermere kan det være problematisk at betragte sundhedsadfærd som noget, den enkelte frit kan vælge eller fravælge. Indenfor socialvidenskaben betragtes adfærd og livsstil mere som præget af det, man kunne kalde 'socio-kulturelle' valg end bevidste individuelle valg. Det vil sige valg, som er påvirket af vores sociale og kulturelle baggrund,

og som derfor, til forveksling, ligner de valg, som andre, i de grupper vi identificerer os med, tager. Det kan fx være, når vi tager på ferie, køber møbler eller tøj, går i biografen etc. Men det kan også handle om valg, som direkte påvirker vores sundhedstilstand og involverer risikoadfærd. Det kan fx være valg (eller fravalg) af fysisk aktivitet, rygning, madvaner, alkoholvaner. Som sociale væsner er vi meget bevidste om at tilhøre forskellige grupper i samfundet, hvilket kan være medvirkende til, om vi vælger at spille bowling eller dyrke maratonløb, om vi vælger at købe økologiske grøntsager eller frysepizza etc. Der kan være tale om tilhørsforhold baseret på nationalitet, religion, etnicitet, landsdel, lokalsamfund m.m. Men også mere socialt definerede tilhørsforhold som indkomst, klasse og socialgrupper eller forskelle mellem aldersgrupper m.m. Til hver af disse hører bestemte sociale normer, som kan være mere snævert eller løst defineret. Der kan være strenge religiøse påbud eller forbud, eller der kan være mere subtile sociale koder for, hvordan man begår sig i bestemte sociale sammenhænge. Alder, beskæftigelse og uddannelse har således stor betydning for, hvor bevægelsesaktiv den enkelte er, og hvilke aktiviteter man praktiserer. Det kan fx handle om, at bestemte sociale grupper eller klasser er tilbøjelige til at dyrke en bestemt form for idræt fremfor en anden, eller slet ikke at dyrke idræt (Ibsen et al., 2021). Sådanne sociale normer og koder er med til at forme vores adfærd og vores livsstil. Spørgsmålet er, om sådanne kulturelle og sociale tilhørsforhold er noget, vi kan vælge til eller fra, eller om kultur, som sociologen Jørgen Elm Larsen har formuleret det: „...ikke [er] noget, som man tager af og på, som det passer én, men noget der er dybt indlejret i vores krop, tale og praktiske gøren og laden som følge af de erfaringer og påvirkninger, som vi har gennemlevet. Og det er at føje spot til skade at antage, at ufaglærte forældre bevidst 'vælger' en kultur, der skader deres børns fremtidsmuligheder“ (Elm Larsen, 2009). Der kommer mere og mere forskning, der peger på, at sociale og kulturelle strukturer indskrives i vores kroppe (Rod et al., 2020; Vallgård, 2019; Bartley og Blane, 2010), således at fx fattigdom ikke alene er et socioøkonomisk forhold men over tid kan udvikle sig til det, der kaldes 'fattigdommens biologi' (Singer og Baer, 2019). Endnu mere kompleks bliver relationen mellem biologi og sociokultur, når man inddrager

forskningen i epi-genetik<sup>1</sup>, som viser, at sociale og socioøkonomiske forhold som stress, fattigdom og andre miljøpåvirkninger ikke bare 'skrives ind i kroppen' som kulturelle mønstre men også i de epi-genetiske markører, som regulerer, hvilke gener der aktiveres eller undertrykkes (Bravemann og Gottlieb, 2014). Det betyder, at den måde, vi lever vores liv på, kan påvirke den epi-genetiske information i vores celler, og forskerne mener, at særligt faktorer som rygning, kost, motion, forurening, fedme, alkohol, stress har indflydelse på de epi-genetiske markører. Med andre ord kan 'dårlige vaner' arves – ikke bare i form af det, vi kalder social arv, men også via epi-genetikken.

Det interessante her er, at når vi vælger som individer, sker det i høj grad på baggrund af nogle på forhånd fastlagte sociale og biologiske strukturer, som vi ikke selv har kontrol over. Det er strukturer, som er formet uden for vores indflydelsessfærer. Når vi taler om adfærd og livsstil i forbindelse med sundhed og fysisk aktivitet, er det altså værd at være opmærksom på, at disse formes af bagvedliggende forhold, som individerne ikke nødvendigvis selv har kontrol over. Det kan også være en af grundene til, at det kan kræve store resurser at ændre adfærd. Resurser (mentale, økonomiske, sociale netværk etc.), som nogle sociale grupper har mere umiddelbar adgang til end andre sociale grupper (Larsen, 2021). Det kan eksempelvis komme til udtryk i, at man kan beskrive sundhedsrelateret praksis såsom fysisk aktivitet, kost og rygning ud fra en tydelig social gradient, som ofte anvendes til at forklare de store forskelle i sundhedsrelaterede aktiviteter. Den sociale gradient mister imidlertid en stor del af sin forklaringskraft, når man fokuserer på motivation for at deltage i fysisk aktivitet og andre sundhedsaktiviteter. Det blev blandt andet dokumenteret i det store INTER99-studie, som viste, at de sociale differentieringer ikke står nær så skarpt, når man spørger folk, om de ønsker at være mere fysisk aktiv, at stoppe med at ryge eller at leve sundere (Iversen, 2007).

Hvis vi ønsker at forstå, hvorfor det stadigvæk er sådan, at kortuddannede er mindst bevægelsesaktive og idræts- og motionsaktive, hvor-

---

1 Epigenetik er græsk for „ovenpå genetik“ og fungerer lidt ligesom cellens hukommelse. Man kan forstå det som markeringer på vores gener, der fortæller hvilke gener der er vigtige for den specifikke celle. „Et epigenetisk mærke kan både tænde og slukke for et gen. Vores gener bliver ved med at være de samme hele vores liv. Men de epigenetiske mærker ændrer sig lidt efter lidt.“ (se: <https://sund.ku.dk/forskning/webfeature-longread/epigenetik-visuel/>)



for udsatte grupper ikke deltager i samme grad i foreningslivet, og hvis vi ønsker at forstå, hvordan det kan være, at voksne danskere oftere dyrker idræt, når deres omgangskreds gør det samme (Rask et al., 2022), er der altså behov for at komme bagom de sociale determinanter for sundhed og begynde at undersøge 'the causes of the cause' til den sociale ulighed i sundhed og fysisk aktivitet (Bravemann og Gottlieb, 2014).

## Fremadrettede perspektiver

Borgere med kort uddannelse og borgere i udsatte positioners lavere deltagelse i sundhedsrelaterede aktiviteter og fysisk aktivitet er som nævnt veldokumenteret. Ligeledes er der talrige undersøgelser, som forklarer forskelle i idrætsdeltagelse mellem de forskellige socioøkonomiske grupperinger på baggrund af de sociale determinanter. Men hvis man kigger nærmere på barriererne for den generelle befolknings deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter, er stort set alle barrierer forhold, som optræder hyppigere og mere koncentreret blandt mennesker med kort uddannelse eller i en udsat position. Med andre ord er de forhold, der har negativ indflydelse på sundhedsfremmende aktiviteter for befolkningen generelt, de samme forhold, der indikerer risiko for eller grad af social udsathed. På den baggrund er det ikke overraskende, at mennesker med kort uddannelse eller i en udsat position er mindre fysisk aktive. Heraf følger lige så forventeligt, at jo højere grad af social udsathed – mængde og koncentration af sociale udfordringer – jo større sandsynlighed er der for, at den enkelte ikke deltager i sundhedsfremmende aktiviteter (Ahlmark et al., 2018). Der er altså tale om et komplekst sammenfald af socioøkonomiske, sociopsykologiske og kulturelle faktorer, der tilsammen har en negativ indvirkning på deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter, hvilket betyder, at socialt udsatte givetvis har væsentlig større sandsynlighed for at leve et liv, hvor de ikke deltager i sådanne aktiviteter.

Hvis vi skal komme videre fra de deskriptive analyser af sådanne sammenfald mellem fx socioøkonomisk position og ulighed i sundhed og den ulige deltagelse i fysisk aktivitet og idræt, er der behov for at forstå mekanismerne, der skaber disse sammenfald. De seneste mange år har vi haft fokus på statistiske sammenfald og sammenhænge og har reproduceret

viden om, at der er en systematisk variation, men vi mangler stadig at forstå denne systematiske variation ud fra et sociologisk og humanistisk perspektiv. For at skabe større forståelse for de komplekse mekanismer, som ligger bag de sociale determinanternes betydning for uligheden i sundhed og sundhedsadfærd, vil det derfor være gavnligt at fortolke og teoretisere sammenfaldene på baggrund af den kontekst, de forekommer som en del af. Inden for antropologien handler diskussioner om kausalitet først og fremmest om at afdække og demonstrere de forskellige niveauer af kontekst, som danner rammen om den sociale og kulturelle produktion af netværk og mønstre (Andersen og Risør, 2014).

Det er ikke nødvendigvis ligetil, da der er tale om komplekse mekanismer. Der er substantiel viden, som peger på, at effekterne på sundhed af enhver given social faktor (inklusive socioøkonomiske) er betinget af en bred vifte af andre faktorer (Bravemann og Gotlieb, 2014). Det er altså, som årsag, hverken nødvendigt eller tilstrækkeligt at være kortuddannet eller tilhøre en socialt udsat position for at være mindre fysisk aktiv eller at have ringere sundhedstilstand. Samtidig kan den samme socioøkonomiske gradient dog identificeres på tværs af forskellige etniske grupper i USA, hvilket betyder, at selvom etniske minoriteter generelt har ringere helbred, viser de fleste studier, at denne forskel forsvinder eller reduceres markant, når man korrigerer for socioøkonomiske faktorer (ibid.). Det betyder imidlertid ikke, at socio-økonomiske forskelle er de eneste, som har betydning for forskellene i helbred eller deltagelse i helbredsrelaterede aktiviteter.

Kausalitet og kontekst er således tæt sammenvævede og peger på behovet for at forstå sociale mekanismer som uløseligt forbundne til den kontekst, de forekommer i. En sådan forståelse af de sociale determinanternes rolle i at producere ulighed i sundhed kræver imidlertid udviklingen af en konceptuel ramme, eller en forståelsesramme, som baserer sig på 'dyb viden' om kontekstens betydning. Det kunne være forskellige teorier, som søger at skabe større forståelse for årsagerne bag årsagerne. I en oversigtsartikel har Bambra (2011) beskrevet nogle af de mest fremtrædende teorier, som søger at forklare uligheden i sundhed. Uden at være udtømmende kan disse teoretiske begreber tjene som indledende inspira-

tion til at udvikle nye perspektiver på uligheden i sundhed og deltagelse i helbredsrelaterede aktiviteter.

### *Artefakt*

Den første teori er måske mere en 'anti-teori' end en egentlig teori. Den stiller nemlig spørgsmålstejn ved selve eksistensen af social ulighed i sundhed. Essensen af argumentet handler om, at de data og kategorier, der benyttes, styrer resultatet. Der kan eksempelvis være forskel på, om man måler ulighed i forhold til dødelighed eller middellevetid, og hvilke sociale faktorer man sammenligner med (uddannelsesniveau, indkomst, formue etc.). Når det alligevel kan være relevant at nævne den her, er det fordi, der kan være behov for at minde om behovet for sammenlignelige måder at undersøge social ulighed i sundhed på tværs af lande, hvis vi skal etablere en fælles forståelsesramme og skabe solid basis for at forstå mekanismerne på tværs af forskellige discipliner.

### *Sundhedssektion*

Teorien om 'health selection' påpeger, at der kan være et omvendt årsagsforhold, således at sundhed determinerer social position. Det vil sige, at sygdom fører til begrænsede muligheder for at uddanne sig og/eller ringere muligheder for højere indkomst. Studier har dog vist, at dette omvendte årsagsforhold ikke i sig selv kan redegøre for en særlig stor del af den statistiske sammenhæng mellem uddannelse og sundhed eller indkomst og sundhed (Bravemann & Gottlieb, 2014). Ikke desto mindre kan teorien dog give anledning til at belyse forhold, som gør sig gældende for mennesker med medfødte funktionsnedsættelser, eller nogle af de mentale lidelser, som typisk sætter sig igennem i de unge år, når de eksempelvis skal begå sig i uddannelsessystemet eller på arbejdsmarkedet. Hvis social position påvirker helbred, vil det sandsynligvis også gøre sig gældende for mennesker, hvor helbred først har påvirket deres sociale position, og der er således basis for en yderligere negativ påvirkning af helbredet. Det vil sige, at 'health selection' eventuelt kan belyse en kontekst, hvor der er akkumuleret risiko for socialt betinget ulighed i sundhed – selvom den er opstået i en kontekst, hvor sundhedstilstanden har været den udløsende faktor.

### *Kulturel praksis*

Teorien om kulturel praksis som forståelsesramme om relationen mellem social position og sundhed lægger vægt på forskelle i adfærdsmønstre på tværs af forskellige socioøkonomiske grupper. Denne tilgang tolker altså uligheden ind i en kontekst af kulturelt accepteret sundhedspraksis, som er fordelt forskelligt på baggrund af socioøkonomisk position. I nogle socioøkonomiske grupper er risikoadfærd som fx rygning mere socialt accepteret end i andre, hvilket eksempelvis kan gøre den sociale motivation for at stoppe mindre. Med denne optik kan man på den ene side belyse, hvordan forskellige sociale grupper kan have forskellige præferencer, som har med sundhed og fx fysisk aktivitet at gøre, og hvordan disse præferencer påvirker valg af sundhedspraksis (Fehsenfeld, 2015). Man kan også tolke kulturelt betingede praksisser ind i en kontekst af, hvordan disse kan forstås som investeringer i kroppen og markører for social position. Det vil sige en sociologisk optik, hvor sundhed bliver en kapitalform, som adskiller de, som har resurser (økonomiske, sociale, kulturelle), til at investere 'rigtigt' i den sunde krop (Larsen, 2021) fra de, som fattes sådanne resurser. En anden mulig forståelsesramme inden for dette perspektiv kunne handle om, hvordan forskellige grupper opfatter fænomener som sundhed og sygdom, som kan fortælle noget om, hvordan de forskellige grupper navigerer i sundhedsvæsenet i forhold til forebyggende sundhedspraksis at søge lægehjælp, brug af speciallæger etc.

### *Økonomiske og materielle resurser*

Den materielle forståelsesramme fokuserer på indkomst og formue, og hvordan disse muliggør adgang til bestemte varer og services, eller at den enkelte i mindre grad udsættes for fysiske eller psykosociale belastninger og risikofaktorer. Da Danmark er et af de lande med en relativt stor økonomisk lighed, kan det virke som en irrelevant kontekst for forståelse af ulighed i social ulighed i sundhed. Men denne tilgang kan eksempelvis udgøre en mulig forståelsesramme for ulighed i tandsundhed, som kan have væsentlige sociale konsekvenser. Ligeledes er der en større og større andel af danskerne, som tegner private sundhedsforsikringer eller er forsikret gennem deres arbejdsplads, hvilket kan være med til at gøre denne fortolkningsramme til et mere relevant perspektiv i fremtiden.



### *Psykosocial*

Det psykosociale perspektiv bidrager med en mere subjektiv forståelse af, hvordan social ulighed opleves af mennesker og kan have indvirkning på deres sundhed (såvel mentalt som biologisk). Social ulighed kan føre til følelser af underlegenhed og stigmatisering, som kan have betydning for udvikling af eksempelvis stress. I denne forståelsesramme kan der både være fokus på en decideret institutionaliseret forskelsbehandling på baggrund af medborgerskab (fx loven om tolkegebyr, som har vist sig at øge risikoen for forkert eller manglende diagnostik og behandling for mennesker, som har boet her i tre år, men som har behov for tolkebistand ved lægebesøg (Slot og Wessel 2019)), religion eller social position og på en mere relativ udsat position. Selvom man ikke er decideret fattig, kan det have psykosociale konsekvenser at være arbejdsløs eller mindrebemidlet i et land, hvor den generelle levestandard er høj, og beskæftigelse relateres til social position. Sårbarhed eller social udsathed kan i den forbindelse forstås som „reduceret autonomi hos individet, hvilket vil sige begrænsninger ift. at træffe beslutninger om sit liv og bevare uafhængighed og selvbestemmelse“ (Martin, 2021).

### *Livsforløb*

Livsforløbsperspektivet kombinerer aspekter fra de øvrige perspektiver og sætter den sociale ulighed i sundhed ind i en ramme, der handler om de akkumulerede erfaringer, et menneske gør sig i løbet af et liv. Både hvad angår tidlig opvækst, materielle muligheder, kulturelle og sociale dispositioner og den subjektive 'fortælling' om mulighederne for at præge egen situation. Den sociale ulighed i sundhed kan derved forklares som et resultat af sociale, psykologiske og biologiske dispositioner over tid. Dette perspektiv kan bidrage med en forståelse af de komplekse mekanismer, der viser sig ved, at den samme sociale position ikke har ensartet betydning for sundhedstilstand.

Bambra (2011) undersøger mulige forklaringer på det, der er blevet kaldt 'the Scandinavian public health puzzle'; spørgsmålet om, hvorfor den universelle adgang til sundhed, som har vist sig gavnlige for den generelle folkesundhed, ikke også er den model, der producerer mindst ulighed i sundhed. Konklusionen er, at „no single theory is able to empirically

explain within-country inequalities, never mind between country ones.“ (Bambra, 2011: 743). Det er derfor heller ikke intentionen her at pege på én teori, som kan forklare de sociale uligheder i sundhed, men derimod at argumentere for en eksplorativ tilgang, som udforsker og udfordrer de forskellige tilgange, med det formål at kombinere forskellige perspektiver på uligheden.

## Afrunding

Formålet med kapitlet har været at gå bag om den eksisterende viden om social ulighed i sundhed og de 'sociale determinanter', som tillægges stor forklaringskraft i produktionen af den sociale ulighed i sundhed. Analysen har vist, at der både historisk og aktuelt, på nationalt og globalt plan eksisterer substantiel viden om sammenfaldene mellem socioøkonomisk position i samfundet og sundhed, både hvad angår social skævhed i eksponering for risikofaktorer, den ulige fordeling af sygelighed som følge heraf, de socialt betingede konsekvenser af sygdom og forskellene i mulighederne for at få fuldt udbytte af behandling. Omvendt eksisterer der kun lidt viden om, hvorfor og hvordan sociale mekanismer har så stor indflydelse på sundhed, og der er behov for at tage den eksisterende viden et skridt videre i forsøget på at belyse og teoretisere de sociale og samfundsmæssige mekanismer, som forbinder social position med sundhed. Et skridt som naturligt ville involvere forskere fra mange forskellige, både biomedicinske, samfundsvidenskabelige og humanistiske, discipliner i en dialog og fælles bestræbelser på sammen at afdække de forhold, som betyder, at du har større risiko for at blive syg og dø for tidligt, jo kortere din uddannelse er.

## Forfatterbeskrivelse

Michael Fehsenfeld er antropolog og ansat som adjunkt ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Har mange års erfaring med etnografisk forskning og undervisning i social ulighed i sundhed med særligt fokus på sårbare gruppers sundhedspraksis. I øjeblikket forsker han i tværsektoriel organisering af sociale- og sundhedsindsatser for de mest udsatte

psykiatriske patienter i psykiatrien samt udvikling af nye didaktiske tilgange til undervisning i ulighed i sundhed.

## Litteratur

- Ahlmark, N., Sørensen, I., Davidsen, M. og Ekholm, O. (2018) SUSY Udsat 2017. Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007. Statens Institut for Folkesundhed, SDU.
- Andersen, R.S. og Risør M.B. (2014) The importance of contextualization. Anthropological reflections on descriptive analysis, its limitations and implications, *Anthropology & Medicine*, 21:3, 345-356, DOI: 10.1080/13648470.2013.876355
- Bambra, C. (2011). Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health 'puzzle'. *Journal of Epidemiologic Community Health* 65:740-745. doi:10.1136/jech.2011.136333
- Bartley, M. og Blane, D. (2010) Life-course influences on health at older ages. I H. Graham (ed.). *Understanding health inequalities*. s. 48-65. Maidenhead, Open University Press
- Bjerger, B., Jensen, U.J. og Olsen, J. (2021). Ulighed i sundhed. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 35: 7-21
- Bravemann, P. og Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014 Jan-Feb;129 Suppl 2(Suppl 2):19-31. doi: 10.1177/00333549141291S206
- Burström, B. og Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue 4, August 2020, Pages 617-618, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa095>
- Diderichsen, F., Evans, T., og Whitehead, M. (2001). The social basis of disparities in health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, (eds). *Challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press.
- Diderichsen, F. og Grønbæk, M. (2016). Social ulighed i Sundhed. I Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønbæk og Susanne Rewentlow (2016), *Forebyggende Sundhedsarbejde* 6. udgave. Munksgaard, kap. 8 s. 139-152.
- Fehsenfeld, M. (2015) Inclusion of Outsiders Through Sport. *Physical Culture and Sport. Studies and Research*, Vol. 65, No. 1, p. 31-40.

- Franzini, L., Ribble, J.C. og Keddie, A.M. (2001) Understanding the Hispanic paradox. *Ethn Dis* 2001; 11:496-518.
- Gallo, L.C., Penedo, F.J., Espinosa de los Monteros, K. og Arguelles, W. (2009). Resiliency in the face of disadvantage: do Hispanic cultural characteristics protect health outcomes? *J Pers* 2009;77: 1707-46.
- Ibsen, B., Elmoose-Østerlund, K. og Høyer-Kruse, J. (2021). Kommunale forskelle på danskernes bevægelsesvaner – årsager og forklaringer, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, Syddansk Universitet. [https://www.sdu.dk/da/forskning/danmark\\_i\\_bevagelse/publikationer](https://www.sdu.dk/da/forskning/danmark_i_bevagelse/publikationer)
- Iversen, L. (2007). Sundhedsfremme og social ulighed. I: Forskel og lighed i sundhed og sygdom, s. 161–75. H. Sælan (Ed.). København: Munksgaard.
- Larsen, J.E. (2009). Forståelser af begrebet udsathed. I: Udsat for forståelse: Antologi om socialt udsatte. S. 17-42. Rådet for socialt udsatte, Kbh. (Netpublikation)
- Larsen, K., og Hansen, G.I. (2014). Social ulighed i sundhed – mere vilkår end valg: Indsigter og forklaring på norske forhold. I E. Dahl, H. Bergsli, & K. A. van der Wel (red.), *Nasjonal kunnskapsinnsamling om sosial ulikhet og helse*. Oslo: HiOA (s. 1-69). Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Larsen, K. (2021). *Sundhedskapital: Investeringer i kroppen*. Samfundslitteratur. DK
- Mackenbach, J., Stirbu, I. og Roskam, A. (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* ;358:2468e81.
- Marmot, M. (2017). The Health Gap: The Challenge of an Unequal World: the argument. *International Journal of Epidemiology*, 46(4), 1312-1318. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx163> 5 sider
- Martin, H.M. (2021). Sårbarhed og sundhed – En perspektivering. I *Ulighed i sundhed*. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 35, s. 23-31
- McCartney et al (2019). Defining health and health inequalities. *Public Health*, 172 (2019) 22-30
- Merrild, C.H., og Jønsson, A.B.R. (2019). Hvordan ved vi, hvem der har størst behov? Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed. *Practicus*, 247, 20-21. 2 sider [https://infolink2003.elbo.dk/Practicus/bruger/Soeg\\_index.asp?frmPubID=381](https://infolink2003.elbo.dk/Practicus/bruger/Soeg_index.asp?frmPubID=381)

- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013). Ulighed i sundhed. <https://sum.dk/Media/B/6/Ulighed-i-sundhed-marts-2013.pdf>
- Møller et al. (2019). Multisygdom i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU
- Rask, S., Petersen, F., Hansen, K., og Eske, M. (2022). Danskernes motions- og sportsvaner 2020. København: Idrættens Analyseinstitut
- Rigsrevisionen (2019). Beretning om forskelle i behandlingskvaliteten på sygehusene. Statsrevisorerne. <https://rigsrevisionen.dk/Media/637830319440283258/SR0918.pdf>
- Rod, N. H. et al. (2020). Trajectories of childhood adversity and mortality in early adulthood: a population-based cohort study. *The Lancet*. 396, 10249, s. 489-497
- Schmidt, E.B. og Ibsen, B. (2022). Indvandrere og efterkommeres deltagelse i idrætsforeninger. Rapport. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund. Syddansk Universitet.
- Singer, M. og Baer, H. (2019). Health Disparity, Health Inequality. I: *Introducing Medical Anthropology – A Discipline in Action*, Third Edition. Merril Singer, Hans Baer, Debbi Long og Alex Pavlotski (red). Chp. 6: 175-206.
- Slot, L.V. og Wessel, A.U. (2019). Egenbetaling for tolkebistand – Lægers erfaringer med ordningen. Lægeforeningen og Institut for Menneskerettigheder. [https://menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/ligebehandling\\_2019/egenbetaling\\_tolkebistand.pdf](https://menneskeret.dk/files/media/dokumenter/udgivelser/ligebehandling_2019/egenbetaling_tolkebistand.pdf)
- Smith, K.E., Bambra, C., og Hill, S. (2015). Background and introduction: UK experiences of health inequalities. I: *Health Inequalities: Critical Perspectives*. Oxford University Press, UK.
- Sundhedsstyrelsen (2020). Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Vallgård, S. (2019). *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?* Informations Forlag, Kbh.
- Vallgård, S. (2006). *Hvad er social ulighed i sundhed? – om kategoriseringers betydning. Forskel og lighed i sundhed og sygdom*, København: Munksgaard.

I overført betydning er en 'knast' en forhindring eller et problem, som står i vejen for at nå et mål. I nærværende antologi om 'Idrættens og civilsamfundets knaster' går vi tæt på nogle af de problemstillinger inden for idrætten og civilsamfundet, som ofte debatteres. Antologien er inddelt i fire afsnit: Civilsamfundet, Idrætsforeninger, Faciliteter og rum for idræt, bevægelse og leg samt Social ulighed i sundhed og idrætsdeltagelsen. I hvert afsnit behandles aktuelle samfundsvidenskabelige problemstillinger ud fra en kritisk vinkel med henblik på at skabe nye indsigter, der kan bidrage til at overvinde 'knasterne' og skabe forandringer i civilsamfundet og idrætten. Antologien udgives i anledning af Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfunds 20 års jubilæum.

Find kontaktoplysningerne til ansatte ved Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund på: [www.sdu.dk/cisc](http://www.sdu.dk/cisc).

Publikation er 'open source' og kan frit downloades fra [www.universitypress.dk](http://www.universitypress.dk).