Carsten Kronborg Bak

Sundhedskompetencer som en sociokulturel ressource i sundhed

Formålet med denne artikel er at få introduceret begrebet »health literacy« (sundhedskompetencer på dansk) for en sociologisk interesseret læserskare. Begrebet har de seneste år fået større international bevågenhed i forskerkredse, hos World Health Organisation (WHO) og blandt sundhedsmyndigheder i flere europæiske lande. Interessen blandt danske sundhedsmyndigheder er imidlertid meget beskeden, og der har hovedsageligt været et fokus i forskningen og begrebsudviklingen fra sundhedsfaglige forskere.

Sundhedskompetencer betragtes som en »social determinant« i sundhed, der kan bidrage til at få reduceret den sociale ulighed i sundhed de kommende år. Det er min overbevisning at sociologiske teorier og analyser kunne bidrage til en gunstig videreudvikling af begrebet i de kommende år.

I artiklen argumenteres der for at begrebet bør indlejres i sociologisk teori og forstås som en »sociokulturel« ressource sundhed fremfor som en individuel, rationel adfærd med fokus på det enkelte individs evne til at finde, forstå, vurdere og anvende sundhedsinformationer. Dette fokus har fyldt mest i den eksisterende begrebsudvikling.

Bourdieus kapitalinteraktioner og særligt social og kulturel kapital kobles med Cockerhams kollektive livsstilsteori og bidrager med en forståelse af sundhedskompetencer som en sociokulturel ressource i sundhed. Artiklen inddrager resultater fra forskellige empiriske studier af, hvordan sundhedskompetencer spredes i sociale netværk, og hvordan kulturel kapital og kollektiv livsstil påvirker sundhedskompetencer.

Søgeord: Sundhedskompetencer, indlejret kulturel kapital, Bourdieu, sociale kontekst, sociale netværk

Videnssamfund som det danske konfronteres i det 21. århundrede med et såkaldt »health decision making paradox«,[1] fordi vi, som individer, i stigende grad udfordres til at kunne foretage sunde livsstilsbaserede valg (WHO 2012; Kitchbusch & Nutbeam 2000).

Det danske sundhedssystem er med årene blevet mere komplekst med udviklingen af mange behandlingsmuligheder, deltagelse og ansvar i egen behandling, samtidig med at informationsomfanget- og niveauet er vokset (Svendsen, Bak, Sørensen et al. 2020). Det kan for eksempel være svært for mange mennesker at skelne præcist mellem information og misinformation eller indhente »second-opinion« som indlagt patient (Sodemann 2018). Moderne samfund er med til aktivt at markedsføre usund livsstil, samtidig med at det kræver store kompetencer at kunne navigere i et komplekst sundhedssystem – selv for de bedst uddannede.

Health literacy (sundhedskompetencer på dansk) drejer sig netop om individers evne til at *finde, forstå, vurdere og anvende* sundhedsinformationer (Sørensen, Van Den Broucke, Pelikan et al. 2012). World Health Organisation (WHO) anerkender sundhedskompetencer som en vigtig social determinant til at få reduceret den sociale ulighed i sundhed (WHO 2016). I WHO's The Shanghai Declaration on Health Promotion (2016) med mål for bæredygtig udvikling frem mod 2030 peges blandt andet på behovet for at udvikle nationale og lokale strategier for at kunne styrke sundhedskompetencer i alle befolkningsgrupper og uddannelsesmæssige sammenhænge. Sundhedskompetencer fremhæves også som vigtige for at kunne nå FN's 17 verdensmål for bæredygtig udvikling på lige fod med god politisk styring og sunde bymiljøer og lokalsamfund (Aaby, Maindal, Vinther-Jensen, Sørensen og Bertram 2019).

De danske sundhedsmyndigheder har imidlertid ikke vist den samme interesse for »sundhedskompetencer« som begreb, og der er ikke udformet danske politikker, der inkluderer begrebet. Der er kun udgivet ét notat i Sundhedsstyrelsen i 2009 med titlen »Health Literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner«. Formålet med notatet var at skabe et overblik over den aktuelle internationale viden om begrebet samt at sætte det i relation til den danske kommunale forebyggelseskontekst (Sundhedsstyrelsen 2009). Siden 2009 er der sket en meget markant stigning i antallet af internationale publikationer om sundhedskompetencer i Europa, og flere landes sundhedsmyndigheder inkluderer nu sundhedskompetencer i deres nationale strategier. I lande som Australien, Norge, Portugal, Skotland, Tyskland og USA er der vedtaget specifikke sundhedsstrategier og handlingsplaner, der tager højde for befolkningens sundhedskompetence (Aaby, Maindal, Vinther-Jensen, Sørensen og Bertram 2019).

I denne artikel vil jeg introducere begrebet »sundhedskompetencer« til en sociologisk interesseret læserskare og diskutere, hvordan begrebet bør indlejres i en social og kulturel kontekst. Det skal forstås ud fra Bourdieus sociologi-

Carsten Kronborg Bak

Adjunkt, UC Syd

E-mail:
ckba@ucsyd.dk

ske teori om kulturel kapital i et tæt samspil med Bourdieus øvrige kapitalformer (økonomisk og social kapital). Sundhedskompetencer er tæt forbundet med en stærk social gradient i sundhed. Det viser international og den danske forskning på området, hvor individer med dårlig socioøkonomisk status og dårligt helbred også har lavere sundhedskompetencer end andre i befolkningen (Svendsen, Bak, Sørensen et al. 2020; Sørensen et al. 2012).

Jeg vil bidrage med en forståelse af sundhedskompetencer som en *sociokulturel ressource* (Abel 2007), som skal forstås ud fra *social praksis.* Det vil sige en viden om den menneskelige adfærd (Bourdieu 1977a, Samerski 2019) fremfor den udbredte antagelse inden for sundhedssystemet om mennesker som *autonome og rationelle*, der med deres sundhedskompetencer er i stand til at foretage informerede valg (Samerski 2019).

Der har været begrænset fokus på en teoretisk diskussion af sundhedskompetencer som en sociokulturel ressource. I forskningslitteraturen om sundhedskompetencer fylder de sundhedsfaglige bidrag med fokus på kommunikation i forhold til sundhedsvæsenet mest (Bauer 2019; Pitt et al. 2019). Jeg har især hentet inspiration hos den schweiziske sociologiprofessor Thomas Abels bidrag (Abel 2007) og Janet Shim (2010) bidrag med begrebet »kulturel sundhedskapital« (cultural health capital).

Jeg kommer senere i artiklen ind på flere studier, der har anvendt kulturel kapital på sundhedsområdet, men ikke altid specifikt i forhold til sundhedskompetencebegrebet. Mit bidrag i artiklen er derfor at tage et første skridt i forsøget på at få udviklet et solidt teoretisk fundament, der gør det muligt at forstå, på hvilken måde sundhedskompetencer, som begreb, bør forstås i tættere sammenhæng med individers sociokulturelle ressourcer. Disse ressourcer har afgørende indflydelse på, hvordan vi som individer kan tage kontrol over egen sundhed. Mit håb er, at der vil komme flere sociologiske bidrag på dette forskningsområde.

Artiklen vil på den baggrund undersøge og diskutere følgende forskningsspørgsmål:

Hvordan kan Bourdieus teori om kapitalinteraktioner bidrage til en indlejring af den socio-kulturelle kontekst i sundhedskompetencebegrebet?

Artiklen er delt op i 1) En begrebsdel, der gennemgår udvalgte definitioner og forståelser af sundhedskompetencer i forskningslitteraturen med henblik på at indkredse, hvilke definitioner der inddrager den »sociale kontekst«-betydning. 2) En teoretisk del, hvor sundhedskompetencer forstås som en »sociokulturel« ressource på baggrund af Bourdieus (1984) kapitalinteraktioner og Cockerhams (2005) »sundheds-livsstilsteori« 3) Empiriske eksempler på, hvordan sundhedskompetencer fordeles i sociale netværk og forstås som en social og kulturel praksis.

Sundhedskompetencer og sociale forhold

Selvom der i nogle år har været en stigende interesse for begrebet sundhedskompetence, fokuserer det meste af litteraturen på individers begrænsede sundhedsfærdigheder og negative virkninger i forhold til fx kommunikation med læger, overholdelse af anbefalinger og behandling (Abreu, Nunes, Taylor, Silva 2017). I den aktuelle coronavirus-krisesituation er sundhedskompetencer hos borgerne afgørende for, hvordan man forstår og anvender myndighedernes anbefalinger, samt hvordan man formår at kunne sortere information fra misinformation i mediernes dækning.

Den australske forsker Donald Nutbeam (2000) har påpeget, at mange sundhedsinterventioner mislykkes, fordi de hovedsageligt fokuserer på uddannelse og sundhedskommunikation og dermed overser betydningen af sociale og økonomiske forhold.

Den begrebslige forståelse og empiriske operationalisering af sundhedskompetencer som begreb har varierer over tid, discipliner, metoder og forskningsfællesskaber (Pitt et al. 2019). Dette understreges også af resultater fra reviews omkring sammenhængen mellem sundhedskompetencer og den sociale kontekst (Pitt et el. 2019; Sentell et al. 2017). Begreber som sociale netværk, social støtte, sociale bånd, social integration og social praksis står stærkt i den teoretiske litteratur, men anvendes meget løst og meget forskelligt i den empiriske forskning (Berkman & Glass 2000). Forskningsmæssigt er sammenhængen mellem sociale forhold og sundhedskompetencer underbelyst (Edwards et al. 2015; Pitt et al. 2019; Bauer 2019). Der er således kun gennemført få kvantitative og kvalitative studier, (se review af kvantitative studier) (Pitt et al. 2017) og metareview (Pitt et al. 2019). Forskning har fx vist, at det at leve alene øger risikoen for social isolation, ensomhed og dødeligheden hos hovedsageligt mænd og ældre mennesker (Routasalo et al. 2006; Kharicha et al. 2007; Steg et al. 2012). Der er imidlertid meget begrænset forskning, der dækker relationen mellem at leve alene og deres sundhedskompetencer.

En dansk undersøgelse har undersøgt sammenhængen mellem at leve alene i forhold til kræft (Friis et al. 2016) og blandt kronisk syge i en hollandsk undersøgelse (Heijmans et al. 2015). Social støtte er undersøgt i mange sammenhænge, som en af flere sociale determinanter i sundhed, og resultaterne peger bl.a. på, at høj kvalitet og kvantitet i sociale relationer har betydning for dødeligheden og for den mentale og fysiske sundhed (Holt-Lunstad, Smith and Layton 2010; Stewart, Gabriele and Fisher 2012). Hvad der kan forklare disse sammenhænge omkring betydningen af social støtte er imidlertid ikke tilstrækkeligt forstået (Thoits 2011, Uchino 2004). På trods af forskellene mellem disse studier er den fælles svaghed et manglende fokus på den sociale kontekst.

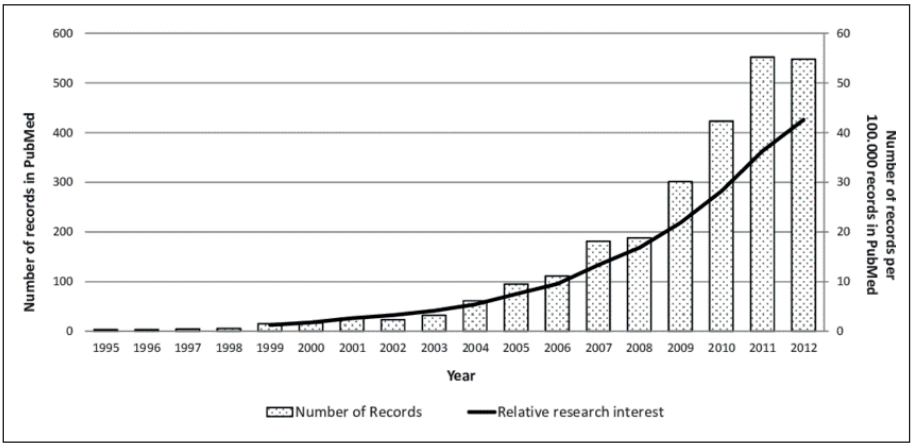
Begrebets oprindelse og udvikling inden for sundhedsområdet

Sundhedskompetence som begreb blev først introduceret i 1970'erne og surveys fra bl.a. USA, Canada, Australien og New Zealand har vist, at over halvdelen af disse befolkninger har substantielle problemer med at forstå sundhedsrelaterede informationer (Sørensen et al. 2012). Begrebet var i de tidlige studier ikke så veludviklet, som det ses i dag. Dengang var der fokus på den kognitive/-funktionelle sundhedskompetence, som grundlæggende drejer sig om individers evne til at kunne *læse og forstå* sundhedsbudskaber på fx medicinanvisninger, indlægssedler mv. (Sørensen, Nørgaard og Maindal 2013). Den efterfølgende udvikling med *flere dimensioner* af sundhedskompetencer foregik samtidig med et øget fokus på sundhedsfremme, hvor individets ressourcer og muligheder for *aktivt at handle* i forskellige sociokulturelle eller kliniske sammenhænge kom til at få en meget større betydning end tidligere (Abel og Sommerhalder 2015).

Udviklingen over årtierne fra midten af 1990'erne og frem til ca. 2008 har vist en ret begrænset forskningsmæssig interesse for sundhedskompetence som fænomen i Europa. Det er, som tidligere nævnt, først i løbet af de sidste 10-12 år at antallet af publikationer om sundhedskompetencer for alvor er øget markant. Figur 1 viser udviklingen i søgninger i den medicinske database »Pub Med« i perioden fra 1995 til 2012, hvor der ses en stigning i forskningsinteressen fra 2008 frem til 2012, som er fortsat med at stige meget markant siden.

I dag kan forskere og sundhedsprofessionelle på baggrund af den begrebsmæssige udvikling over de seneste årtier trække på en bred vifte af definitioner og målinger. De fleste af disse definitioner af sundhedskompetencer har haft fokus på den *praktiske anvendelse* af begrebet. Definitioner af sundhedskompetencer, der har tilstræbt en *teoretisk forankring*, er sket forholdsvist sent og har en betydelig mindre plads i forskningslitteraturen på området (Abel and Sommerhalder 2015). Som Bauer (2019) påpeger, savnes et bredt perspektiv på *over-individuelle faktorer*. Det vil jeg komme ind på lidt senere, hvor re-

Figur 1. Udviklingen i forskningsinteressen for søgninger på »health literacy« i Pub med databasen, 1995-2012



Kilde: Sørensen, Nørgaard et al., 2013.

lationer til den socioøkonomiske og sociokulturelle kontekst sættes i fokus (Parker og Ratzan 2010; Kickbusch et al. 2013.; Bauer 2019; Pitt et al. 2019).

Populationsundersøgelser

Resultater fra en europæisk komparativ undersøgelse (HLS-EU)[2] fra 2011, der inkluderede otte lande, viste, at hver tredje borger (35 %) havde utilstrækkelige sundhedskompetencer. I undersøgelsen indgik der svar fra i alt 8000 borgere fra de otte lande. Danmark deltog ikke i undersøgelsen.

Den første populationsundersøgelse blev gennemført i 2013 i Danmark i forbindelse med Region Midtjyllands gentagne sundheds- og sygdomsprofil, hvor der deltog i alt 29.473 borgere. Resultaterne viste, at hhv. 9 % og 20 % havde hhv. svært eller meget svært ved at forstå sundhedsinformation. Der indgik fem oversatte spørgsmål fra et australsk spørgeskema om sundhedskompetencer (HLQ), som ikke muliggjorde analyser af sundhedskompetenceniveauer, fordi der ikke var tilstrækkeligt med spørgsmål til måling af niveauer (Bo, Friis, Ostborne et al. 2014).

I perioden december 2016 til februar 2017 var jeg sammen med kollegaer fra Aalborg Universitet med til at initiere og gennemføre den første *nationale* dataindsamling af danskernes sundhedskompetencer (Svendsen, Bak, Sørensen et al. 2020). Vi anvendte et oversat og valideret spørgeskema (HLS-EU) i forkortet version med 16 spørgsmål (HLS-DK-Q16) udviklet af forskere i den førnævnte europæiske komparative undersøgelse fra 2011 (Sørensen et al. 2012).[3] Vores resultater viser, at tre ud af 10 danskere har problematiske (8,12 %) eller utilstrækkelige (29,81 %) sundhedskompetencer. Niveauet af sundhedskompetencer varierer mellem forskellige subgrupper i befolknin-

gen på baggrund af demografiske og socioøkonomiske karakteristika. Mænd, yngre aldersgrupper (25-44 år), borgere med ikke-vestlig baggrund, ugifte personer, folk med lavt uddannelses- og indkomstniveau og personer, der modtager offentlige ydelser, har betydelig dårligere sundhedskompetencer end den øvrige befolkning (Svendsen, Bak, Sørensen et al. 2020).

Andre danske studier har vist, at sundhedskompetence hænger sammen med andre sociale sundhedsfaktorer som uddannelse, etnicitet og indkomst, men at der uafhængigt heraf er en sammenhæng mellem lav sundhedskompetence og lavt selvvurderet helbred, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (herunder motions- og kostvaner) samt risiko for udvikling af kronisk sygdom og multisygdom (Friis et al. 2016b).

Sundhedskompetencer og sociologiske teorier

I dette teoretiske afsnit vil jeg først redegøre for, hvilken betydning den sociale kontekst har i forhold til sundhedskompetencer. Dernæst hvordan sundhedskompetencer kan forstås, når det indplaceres i sociologisk teori om kollektiv livsstil med en adfærd, der er knyttet til indlejret kulturel kapital. Pierre Bourdieus kapitalteori inddrages med fokus på samspillet mellem kapitalformerne.

Den sociale konteksts betydning

Abel og Bruhin (2003) bidrager med en definition af sundhedskompetencer som »vidensbaserede kompetencer for sundhedsfremmende adfærd, der inkluderer *socialt engagement* i forhold til bredere sundhedsemner«. Abel og Bruhin fokuserer i deres tilgang primært på den »folkelige« viden, der relaterer sig til sundheds- og sygdomsoplevelser i hverdagslivet (Abel 2008:58). Det vil sige viden, der læres via *kulturer* i familier og blandt ligesindede (peer groups) i det primære og sekundære uddannelsessystem samt via mindre formelle måder at lære på i adgangen til sociale medier mv. (Abel og Bruhin 2003).

Selvom fokus i den begrebsmæssige litteratur har været på det enkelte individs kompetencer, så påpeges den sociale kontekst betydning ofte i litteraturen (Sentell 2017). Med et skifte i fokus på »det sociale« rykkes rollerne fra individer/patienter til bl.a. *familien, det sociale netværks betydning og lokalsamfund* for at indhente, forstå og anvende sundhedsinformationer i beslutningstagen. Evnen til at kunne kommunikere effektivt og forstå komplekse sundhedsinformationer involverer ofte »sociale netværk« og anskues ofte som en del af »sundhedskompetencebegrebet« (Nutbeam 2000, 2017). WHO's definition af sundhedskompetencer indeholder også sociale ressourcer »*the social resources needed for individuals and communities to access, understand, appraise and use information and services to make decisions about health*« (WHO 2016). Tilstrækkelige sundhedskompetencer støtter derfor ikke kun den personlige håndtering af sundhed, men øger også chancerne for at ændre på sundhedsrelevante livsbetingelser. Sagt på en anden måde vil en styrkelse af sundhedskompetencer,

når det anvendes inden for sundhedsfremme praksis, betyde at være i stand til at forstå de forhold, som determinerer sundhed og vide, hvordan disse forhold kan påvirkes og ændres (Abel 2008:59).

Indlejret kulturel kapital

Indlejringen af sundhedskompetencer i et struktur-aktørperspektiv betoner de sociale forhold og processer i erhvervelsen og brugen af sundhedskompetencer og står i kontrast til en klassificeringsforståelse, hvor individer er mere eller mindre kompetente. Sundhedskompetence kan ses som modsætningspar: Individuelle forudsætninger for handling i sundhedssystemet versus sundhedskompetencer i produktion og vedligeholdelse af sundhed i hverdagsaktiviteter. Konsekvens af individbaserede læringsprocesser versus sundhedskompetence som et produkt af kollektiv socialisering. Repræsentation af specifik viden versus sundhedskompetence som en indikator for reelle muligheder for handling; inklusive vellykket anvendelse af viden. Kontekstuafhængig ressource versus sundhedskompetence som kontekstspecifik ressource.

I de seneste år har der været en øget interesse inden for det medicinsk-sociologisk område for struktur-aktør-debatten, særligt når det gælder ulighed i sundhed (Cockerham 2005; Abel and Frohlich 2012), og der er stor anerkendelse af, at såvel sociale strukturelle forhold og individers handlinger må tages i betragtning. Imidlertid hersker der stadigvæk en *uafklarethed* i store dele af folkesundhedslitteraturen, af *om* og *hvordan* niveauerne skal kobles i en forståelse af produktionen og reproduktionen af uligheder i sundhed (Abel and Frohlich 2012:237).

I næste afsnit vil jeg forsøge at koble sundhedskompetence som begreb med sociale og kulturelle faktorer via et »struktur-aktør«-perspektiv inden for Pierre Bourdieus kapital interaktionsteori (Abel and Frohlich 2012:237) for at betone vigtigheden af strukturelt baserede ressourcer. Der sker ved at betragte habitus' funktion hos Bourdieu som en struktur-producerende form for handling.

Cockerhams sundhedslivsstilsteori

Cockerham (2005) anvender struktur-aktør-debatten som grundlag for at konstruere en »sundheds-livsstilsteori«[4] (Health Lifestyle Theory) og påpeger, at mange *livsstilspraktikker* indebærer overvejelser om de sundhedsmæssige konsekvenser. Opfattelser af sundhed har ændret sig over tid, så det i dag er noget, man skal forholde sig mere aktivt til, og som er forbundet med fx livskvalitet og risici for kroniske sygdomme og tidlig død, hvis man ikke gør, jf. tidligere nævnte »health-decisionmaking-paradox« i indledningen. Den danske sociolog Vibeke Christensen har i samarbejde med den canadiske sociolog Richard Carpiano skrevet en artikel, hvor de anvender et teoretisk perspektiv, som integrerer Cockerhams (2005) sundhedslivsstils-teori

med Bourdieus (1984) teoretiske arbejde om klasser, livsstil og kroppen for at undersøge klassebaserede forskelle i BMI blandt kvinder (se Christensen 2011; Christensen og Carpiano 2014). Kort fortalt påpeger Christensen og Carpiano (2014), hvordan Bourdieus kapitaler (økonomisk, sociale, kulturelle) i et samspil skaber grundlaget for de »sundhedslivsstile«, som er en del af Cockerhams (2005) »sundhedslivsstils-teori«. Teorien består af kollektive mønstre af sundhedsrelateret adfærd baseret på (frivillige) livsvalg – ud fra de tilstedeværende muligheder for mennesker. Dette skal ses i relation til deres livschancer eller klassepositioner. Livschancer muliggør og begrænser valg i livet og påvirker adfærden. Når det gælder holdninger til for eksempel kost, og hvorvidt man skal deltage i fysisk træning, er det til dels udtryk for et personligt valg. Men omfanget og kvaliteten af diæt- og træningsmuligheder, som er tilgængelige for det enkelte individ, er påvirket af livschancerne og niveauerne i de forskellige kapitaler, som man besidder (Christensen og Carpiano 2014).

Bourdieus kapitalformer og interaktioner

Ifølge Bourdieu er en »social klasse« en social gruppe, som er defineret *relationelt* i det sociale rum ved dets besiddelse og anvendelse af forskellige former for kapital som økonomisk, kulturel og social kapital (Bourdieu 1986). Disse tre former for kapital er indbyrdes og uløseligt forbundet. Det gælder også i forhold til en placering af sundhedskompetencebegrebet som en del af »indlejret kulturel kapital«, at det hele tiden skal forstås som tæt forbundet til de øvrige begreber (økonomisk, social kapital). Et væsentligt fremskridt i Bourdieus teori er den udførlige redegørelse for *interaktionen* mellem disse tre former for kapital i hverdagen og de måder, hvorpå denne interaktionsproces bidrager til reproduktionen af sociale uligheder og magtfordeling i samfundet. Det kommer fx til udtryk i forskellige livsstilsindikatorer, uddannelsesmæssig prestige og andre symbolske dimensioner af klasserelationer som fx sociale forhold (Bourdieu, 1984; Abel & Frohlich 2012).

Økonomisk, social og kulturel kapital udgør derfor i en kombination de ressourcer, som vi som individer, i familien eller den sociale gruppe, vi tilhører, orienterer os ud fra og handler på baggrund af, når vi skal fremme vores chancer i livet og søge at opnå en anerkendelsesværdig position i samfundet (Bourdieu 1985, 1989, 2003). Bourdieu forstår således kapital meget bredt. Det er ikke kun et spørgsmål om materielle/økonomiske ressourcer (fx ejendomsbesiddelse, biler, penge i banken), men i lige så høj grad et spørgsmål om immaterielle ressourcer som fx evner, målrettethed, der er indlejret i kroppen på individer over tid, og som ikke altid er bevidst for individet (Bourdieu 1986). Som Karlson og Meier Jæger (2011) påpeger, bliver denne kropsliggjorte del af kapital dermed det mest centrale bidrag til studiet af social ulighed, fordi det udstyrer individerne med en sans for at investere beholdningen af kapital.

Bourdieus påpegede særligt betydningen af, hvordan kapitaler reproduceres fra den ene generation til den næste, og det drejer sig netop ikke blot om overførsel af økonomisk/materielle goder, men i lige så høj grad om den langvarige socialisering af evner, værdier i livet og kompetencer til at kunne begå sig socialt og i uddannelsessystemet og på arbejdspladsen mv. Disse evner er samlet set med til at fastholde eller forbedre individets og familiens position i samfundet.

Økonomisk kapital

Økonomisk kapital er penge, ejendomme og andre økonomiske værdier som fx obligationer og aktier. I sundhedsdomænet refererer økonomisk kapital til (nødvendige) materielle ressourcer for fx at kunne opnå bedre service (fx via sundhedsforsikringer, behandling i udlandet mv.). Økonomisk kapital er, ifølge Bourdieu, den mest fundamentale form for kapital, fordi den i sidste ende skaber gunstige betingelser for at kunne tilegne sig andre former for kapital og dermed sikre individet og familien en anerkendelsesværdig og prestigefuld position i samfundet (Bourdieu 1986:252).

Kulturel kapital

»Kulturel kapital« kan defineres som menneskers *symbolske og informative ressourcer* til handling. Disse ressourcer (fx værdier, normer, viden) erhverves primært gennem *social læring* og varierer således på tværs af klasser, statusgrupper eller miljøer (Bourdieu 1984, Bourdieu & Wacquant 1992). Når »sundhedskompetencer« forstås som en inkorporeret del af »kulturel kapital« skal det derfor, som tidligere nævnt, samtidig ses som sammenflettet og gensidigt forbundet og afhængig af de øvrige former for kapital (social og økonomisk kapital). På den måde bliver sundhedskompetencer til en *sociokulturel ressource* for sundhed (Abel og Sommerhalter 2015).

Kulturel kapital skal hos Bourdieu forstås meget bredt som såvel kulturelle genstande (fx malerier, kunstværker) eller opnåelse af formel uddannelse i form af diplomer/beviser, men også »*en særlig form for dannelse, der sætter individer i stand til at vurdere og klassificere kultur og sprog*« (Karlson & Meier Jæger 2011: 65). I de sociale klasser/grupper i samfundet har uddannelse en forskellig betydning. Forældre kan imidlertid investere bevidst i deres børns uddannelse, og på den måde bliver et uddannelsesbevis, ifølge Bourdieu, samtidig til et legitimt bevis på opnåelse af en kulturel kompetence, dvs. evne til at forstå og lære den kultur og det sprog, som uddannelsessystemet og samfundet forudsætter og værdsætter (Karlson & Meier Jæger 2011: 65).

Der er mange måder, hvorpå kulturel kapital kan overføres fra forældre til børn via den primære socialisering i hjemmet (Bourdieu 1977b; Bourdieu 1986). Det kan fx foregå via forældre, der tidligt læser bøger for deres børn, besøger museer, biblioteker, og informerer dem om værdien af at tage uddannelse, læse litteratur, lære sprog, kultur mv. Samtidig forstærkes transmis-

sionen af kulturel kapital, ifølge Bourdieu, af uddannelsessystemet, der præmierer og sanktionerer forskellige måder at forholde sig til sprog og kultur på. Dette forhold favoriserer de familier, der allerede har akkumuleret meget kulturel kapital, hvorfor den kulturelle reproduktion, via skolen, også bliver et spørgsmål om social reproduktion (Bourdieu 1977b; Bourdieu & Passeron 1990).

Kulturel sundhedskapital

Professor Janet Shim (2010) har hentet inspiration hos Bourdieu til udvikling af begrebet »kulturel sundhedskapital« (Cultural Health Capital CHC), som afspejler individers evner, verbale og non-verbale kompetencer, holdninger og adfærd i forhold til sundhedspraksisser og anvendelse af sundhedsvæsenets ydelser (Dubbin, Chang & Shim 2013). Samtidig spiller det en væsentlig rolle i den ulige produktion og fordeling af sundhed i samfundet (Abel 2007). CHC er også udviklet på baggrund af andre intellektuelles forskning, der har noteret sig nytten af at bruge kapitalbegreber til forståelse af uligheder i sundhedsstatus og sundhedsvæsen.

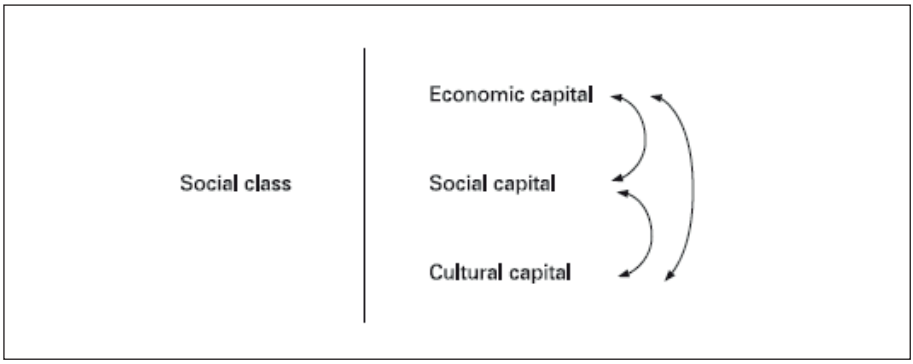
Wall (1995) definerer eksempelvis kulturel kapital som en kapacitet til at være og forblive informeret, og derved fordeles det uforholdsmæssigt til dem, der er bedre uddannet og mere økonomisk sikre. Malat (2006:305) definerer kulturel kapital som »viden og adfærd, der får en individuel fordel i et bestemt socialt miljø. Hun foreslår, at på baggrund af patienternes forskellige evner bør der implementeres særlige strategier for at forbedre lægers opfattelser og negere negative stereotyper i et forsøg på at reducere den opfattede sociale afstand mellem læger og bestemte grupper af patienter.

Abel (2008:3) trækker også på Bourdieu og tilbyder en teoretisk afledt definition af »sundhedsrelevant kulturel kapital« som »*kulturbaserede ressourcer, der er tilgængelige for mennesker til vedligeholdelse og promovering af deres sundhed*«. Sådanne ressourcer interagerer med social og økonomisk kapital i strukturen af folks sundhedschancer og valg.

Fra et teoretisk perspektiv med »kulturel kapital« i fokus kan sundhedskompetencer betragtes som en *ressource* til at øge mulighederne for sundhedsgevinster/fremme sundheden. Der er forskellige måder, hvorpå en styrkelse af sundhedskompetencer kan forbedre sundheden hos det enkelte individ. Sundhedskompetencer som »inkorporeret kulturel kapital« omfatter værdier og normer, som påvirker menneskers *opfattelser* af sundhed og sygdom. Herudover er der brug for et betragteligt sundhedskompetenceniveau for at kunne relatere sundhedsbudskaber og anbefalinger fra offentlige myndigheder til ens egen livssituation og til at finde midler og måder til at ændre adfærd og til at engagere sig fx lokalt for sundhedsfremmende tiltag i boligområdet/bydelen (Abel 2007:68).

Sundhedskompetencer som en *inkorporeret del* af kulturel kapital bliver, som Abel påpeger, i denne form til en nøglekomponent, der forbinder menne-

Figur 2. Interaktionen mellem Bourdieus tre kapitalformer



Kilde: Abel & Frohlich 2012.

skers sociale position med adfærdsmæssige aspekter af den ulighed, der eksisterer i sundhed. En persons uddannelsesniveau kan betragtes som en »indikator«, der repræsenterer kulturel kapital, men rummer meget mere end den formelle uddannelse blandt andet forskellige slags kulturelle kompetencer. Bourdieu inddeler derfor kulturel kapital i tre forskellige former. Se figur 2.

Kulturel kapital inddeles i:

- Den inkorporerede (fx evner, viden)
- Den objektiverede (fx bøger, redskaber, cykler mv.)
- Den institutionaliserede (fx uddannelsesbeviser, erhvervsmæssige certifikater)

En tilegnelse og anvendelse af disse ressourcer udgør en bredere og omfattende social læring (socialisering) og afhænger i høj grad af den tidlige, ofte usynlige læring, der sker inden for familien som institution fra fødsel (Bourdieu 1984:66). På den måde bliver den inkorporerede kulturelle kapital en forudsætning for langt de fleste individuelle handlinger og tæt forbundet til sundhedsadfærden.

Social kapital

Pierre Bourdieu var den første sociolog, der foretog en gennemført udvikling og omfattende definition af social kapital som begreb. Social kapital, fra Bourdieus perspektiv, er placeret på et inter-individuel plan. Som sådan refererer det til materielle og ikke-materielle ressourcer, som kan være mobiliseret i kraft af mange forskellige slags sociale relationer. Social kapital defineres som:

> [den] aggregering af de faktiske eller potentielle ressourcer, der er knyttet til besiddelse af et varigt netværk af gensidigt bekendtskab og aner-

kendelse eller til medlemskab i en gruppe, der yder hvert af sine medlemmer med støtte fra den kollektivt ejede kapital (Bourdieu 1986:248).

Bourdieu lægger vægt på, at social kapital er et produkt af menneskers netværk og sociale relationer. Bag disse idéer eksisterer antagelsen om et bundet og socialt fællesskab, hvori sociale relationer, udveksling af erfaringer og delte strukturer omfatter grundlaget for integration (Bourdieu 1985).

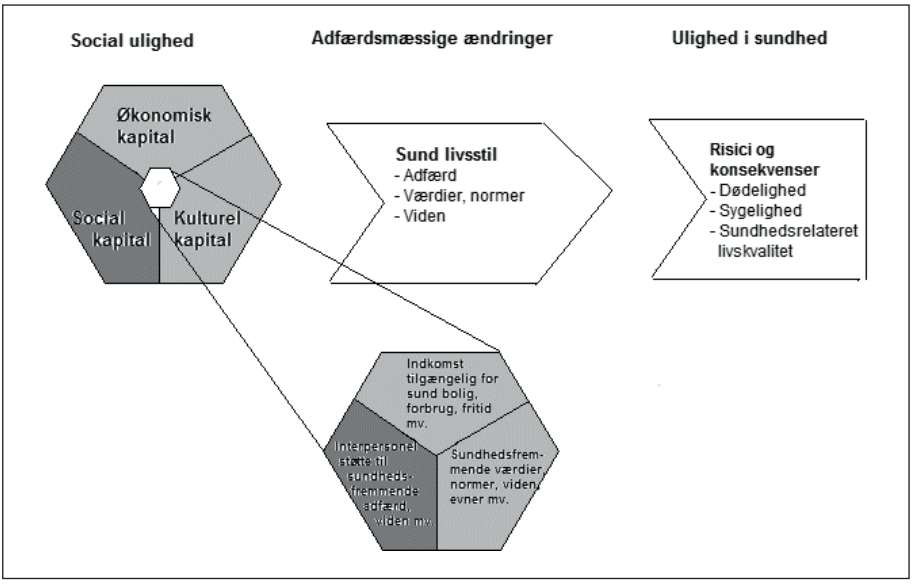
Inden for sundhed er det oplagt, at individer vil have fordel af at kunne trække på ressourcer i deres sociale netværk (fx venner, familie, kollegaer) i forbindelse med fx adgang til relevante sundhedsinformationer, viden om rettigheder i sundhedsvæsenet, indhentning af second-opinion og hurtigere adgang til relevant behandling mv.

Den specifikke kapitalsammensætning har betydning for den, der indgår i en persons sociale netværk, og er afgørende for denne persons handlekraft. Men der er, ifølge Bourdieu, tale om, at der skal gøres en fortløbende indsats for at skabe sig gode sociale netværksrelationer, et såkaldt investeringsarbejde. Dette investeringsarbejde kan komme til udtryk inden for en række forskellige område som fx politiske partier, faglige organisationer mv.

Interaktion mellem kapitalformerne

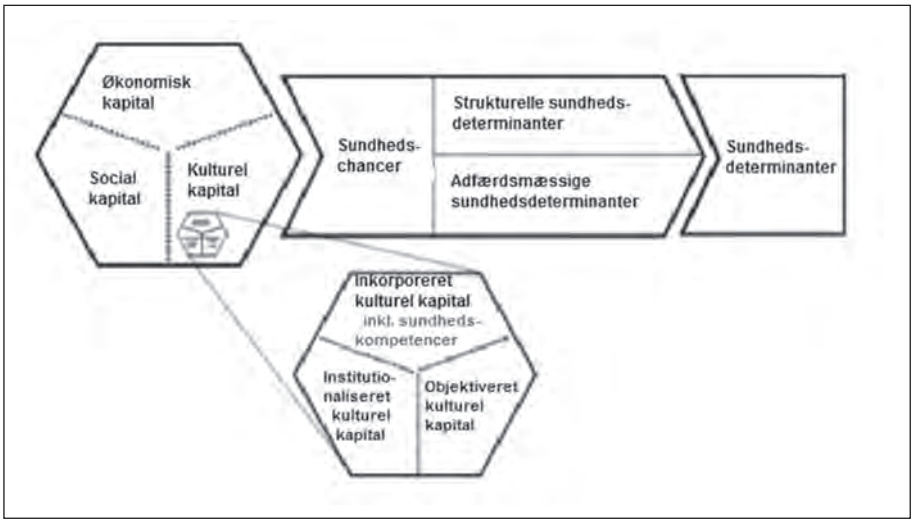
Figur 3 visualiserer forbindelsen mellem social ulighed og ulighed i sundhed ved et fokus på de adfærdsmæssige transformationer via kollektive livsstils-

Figur 3. Kapital interaktioner, livsstil og ulighed i sundhed



Kilde: Abel, 2007. Jeg har oversat teksten i figuren til dansk.

Figur 4. Interaktion mellem kapitalformer og sundhed



Kilde: Abel 2007.Jeg har oversat teksten fra engelsk til dansk i figuren.

mønstre. Forholdet mellem sundhedsrelateret livsstil og individers sociale klasse/status er tidligere beskrevet (Cockerham & Abel, 1993; Cockerham 2005, 2015), og forskerne hævder, at chancerne for at realisere en sundhedsfremmende livsstil er tæt knyttet til individers sociale klasseposition. Figur 4 viser en model, der mere specifikt identificerer de ressourcer, som fremmer en sundhedsfremmende livsstil. Modellen skelner mellem sundhedsrelaterede økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer og viser, hvordan de indbyrdes er forbundne inden for en bredere ramme af tilgængelige kapitaler (Abel 2007). I modellen rettes fokus på *samspillet* mellem de tre former for kapital, herunder mål for »kulturel kapital«. Desuden peger modellen på, at de ressourcer, som er nødvendige for at vælge eller adoptere specifikke sundhedsrelevante livsstile, opstår fra samspillet mellem økonomiske, sociale og kulturelle kapital. I den dynamiske udlægning påvirker sociale uligheder via *kollektive adfærdsmæssige* variationer individers sundhedsstatus og risici (Abel 2007).

Opsamling

Bourdieus generelle forestilling om kulturel kapital kan anvendes til at definere sundhedsrelevante kulturelle kapital, som omfatter alle kulturbaserede ressourcer, der er tilgængelig for folk til at handle for deres helbreds skyld. I dets inkorporerede form omfatter det sundhedsrelaterede værdier, adfærdsmæssige normer, viden og operationelle færdigheder. Det gælder fx sundhedskompetencer – som en ressource til sundhedsfremmende adfærd, der er

ulige fordelt på tværs af uddannelsesmæssige og sociale klasser og kan forklares som en del af folks indlejrede kulturelle kapital. Også adfærdsmæssige normer og præferencer forbundet med sundhed kan forklares som indlejret kulturel kapital.

I næste afsnit giver jeg forskellige eksempler på, hvordan ovennævnte teorier er blevet appliceret i forskellige empiriske studier

Empiriske studier af fordelingen af sundhedskompetencer i sociale netværk

Det er vigtigt at understrege, at adressering af sundhedskompetence involverer både sociale og individuelle indikatorer såvel som det sociale netværk af enkeltpersoner (Lee, Arozullah & Cho, 2004; Abreu et al. 2017; Edwards et al. 2015). Rowlands et al. (2017) argumenterer for, at sundhedskompetence kan betragtes som en *social determinant* for sundhed, og at det i modsætning til andre sociale determinanter for sundhed kan være åbent for ændringer gennem interventioner til forbedring af kommunikationen (Rowlands et al. 2017; Berkman, et al., 2011). Med andre ord vil det fx være muligt at målrette informationen bedre til borgere med lave sundhedskompetencer, hvorimod det kræver politisk vilje og mod at få ændret på de sociale determinanter i sundhed (fx børnefattigdom). Tidligere undersøgelser har vist, at nogle patienter med begrænset sundhedskompetence stadig er i stand til at holde fx deres diabetes under kontrol (Osborn, Bains, & Egede 2010; Powell, Hill, & Clancy 2007; Abreu et al. 2017) og administrere deres tilstand, men uden fuldt ud at forstå det eller ved at stole på »sundhedsmæssige mediatorer« (fx venner, familie, plejere) (Edwards et al. 2015). Kvalitative forskere har introduceret begrebet »Distributed Sundhedskompetencer« (DHL) defineret som kompetencer, der *spredes* i grupper, inklusive ressourcer leveret af et personligt netværk af enkeltpersoner og sociale medier (Edwards, Wood, Davies, & Edwards, 2012; Abreu et al. 2017). De foreslår, at man går ud over den kvantitative måling af sundhedskompetence i surveys eller vurdering af individuelle kapaciteter i læsnings- og talfærdigheder (Andrus & Roth 2002; Nutbeam 2000; Williams et al. 1995).

En af de kvantitative undersøgelser er en nyere japansk surveyundersøgelse, der inkluderede (Ishikawa and Takahiro, 2019) 501 par og deres familiemedlemmer i alderen 30-79 år. Forskerne undersøgte blandt andet, hvem i familien de oftest spurgte om hjælp til sundhedsmæssige emner. De »målte« familiemedlemmernes sundhedskompetencer på baggrund af det europæiske komparative spørgeskema (HLS-EU-Q47). Resultaterne viste, at begrænsede individuelle kompetencer til at løse sundhedsrelaterede opgaver kan der til dels kompenseres for, ved at andre familiemedlemmer har disse kompetencer. Et hollandsk studie fandt en signifikant sammenhæng mellem sundhedskompetencer og social kapital i et boligområde i relation til selvvurderet helbred. Studiet viste, at relationen var mere positiv for individer med gode

sundhedskompetencer (fx i forhold til at vurdere og forstå sundhedsinformationer) (Waverinj et al. 2016).

Kvalitative studier

Resultater fra kvalitative interviewundersøgelser har vist, at en del interviewpersoner ikke forstår deres sundhed som noget, der primært skal løses via mere eller bedre information, men i højere grad noget, de kunne søge råd om i deres nære sociale relationer (familie og venner) – så længe det ikke var noget alvorligt eller livstruende (Samerski 2019:4).

Samerski (2019) giver et eksempel på interview med en ung folkesundhedsstuderende Leonora, som er velinformeret om, hvordan hun skal navigere i sundhedssystemet og finde sundhedsinformationer. Men hun påpeger, at hun først taler med sin familie:

> As I am studying public health and is well-informed about certain things, where one can go … Well, first I of course ask my mother (laughs) when there is something wrong with me or my husband's dad or so, he is a doctor. Firstly, within the family circle (Samerski 2019:4).

På et tidspunkt, hvor Leonora havde mavepine og spurgte sin mor til råds, anbefalede hun hende at spise tør mad som saltkringler og tvebakker. Her henviser Leonora til *erfaringsbaseret råd* fremfor til faglig information:

> Life experience. She got it from my grandma and then … Whether salt sticks and coke are really good for … well, that is also a myth (laughs), but one just does it because one thinks. Then I will feel better« (Samerski 2019:4).

Citatet viser, at Leonora har inkorporeret to former for viden: 1) den medicinske information, som hun har lært som sundhedsvidenskabelig studerende, og 2) den erfaringsbaserede viden, som er blevet videreført i familien.

En anden longitudinel kvalitativ undersøgelse fra England (South Wales), der inkluderede 44 interviews og observationer havde til formål at undersøge udviklingen i »praksisser« hos mennesker med kroniske helbredsproblemer (Edwards et al. 2013). Resultaterne fra undersøgelsen viste bl.a., at sundhedskompetencer blev *distribueret* gennem familie og sociale netværk, og deltagerne benyttede sig ofte af de sundhedskompetencer, som andre i deres netværk besidder, til at hjælpe med at søge, forstå og anvende sundhedsinformationer. De personer, som videregav deres sundhedsmæssige kompetencer, fungerede som »sundhedskompetence-mediatorer« og støttede de andre i at blive mere sundhedskompetente omkring deres situation. Distributionen af sundhedskompetencer understøttede deltagerne til at styre deres helbred og blive mere aktive i beslutningsprocesser inden for sundhedsvæsenet, i at

kommunikere om helbredet med fagfolk og til at kunne leve med en langsigtet kronisk tilstand. Deltagerne fik adgang til mediatorer af sundhedsfærdigheder gennem personlige netværk og netværk i samfundet.

I en nyere kvalitativ vietnamesisk undersøgelse fra 2019 (Mckinn, Linh and Foster 2019) undersøgte forskerne sundhedskompetencer blandt gravide etniske minoritetskvinder i ressourcefattige områder af Vietnam. Der blev gennemført fokusgruppe-interviews med 42 gravide kvinder, mødre og bedstemødre. Resultaterne fra den tematiske analyse viste, at de etniske minoritetskvinder trak meget på deres familier og sociale netværk af sundhedskompetence-mediatorer til at dele viden og forståelse, vurdere og anvende information. Det gælder også kommunikationen med sundhedsprofessionelle og støtte i beslutninger, der potentielt kunne skade deres eget og børnenes sundhed. Forskerne konkluderer, at familiemedlemmer er vigtige kilder til information for disse etniske minoritetskvinder, og de påvirker deres beslutningstagen. Viden om, hvordan sundhedskompetencer distribueres i familien og sociale netværk, kan anvendes til at styrke og målrette sundhedsfremmende indsatser (Mckinn, Linh and Foster 2019).

Kulturel kapital og sundhedskompetencer

Den øgede anvendelse af nye teknologier (fx internettet, sociale medier mv.) også inden for sundhedsfremme interventioner kan i nogle tilfælde medvirke til at øge fremfor at reducere den sociale ulighed i sundhedskompetencer. Det sker fx i de tilfælde, hvor der ikke i tilstrækkelig grad bliver taget kritisk stilling til den generelle tilgængelighed og egnede præsentationsformer af informationer – som er tilfældet med mange sundhedsinformationer via internettet (Davis & Wolf 2004).

Ud over den personlige interaktion kan sundhedskompetencer som kulturel kapital fremme akkumuleringen af de andre kapitalformer i sundhed. Abel (2007) nævner, som et eksempel, en borger, som gerne vil involveres i sundhedsfremmende tiltag i lokalområdet. Vedkommende, som interesserer sig for sundhedsforhold i lokalområdet, kan fx vælge at bruge sin viden til at skrive et læserbrev til den lokale avis. Afhængigt at det konkrete indhold og læserskare kan læserbrevet bidrage til, at vedkommende får en social anerkendelse i lokalområdet, som kan skabe en fortløbende social støtte til yderligere handling på området.

Ved at anvende kulturel kapital på denne måde kan det også medvirke til at øge vedkommendes muligheder for at blive et aktivt medlem af andre interessegrupper, som kan bidrage til deres »sociale kapital«. Med Bourdieus teori om »kulturel kapital« skabes der dermed en forklaring af den dobbelte funktion af sundhedskompetencer. Det fremstår som en ressource for sundhed på den ene side, og på den anden side fungerer det som en tilstand af social ulighed.

Empowerment

Når det gælder det kritiske sundhedskompetenceniveau, spiller empowerment en vigtig rolle. Som Abel (2007) påpeger, gælder det ikke mindst i forhold til informationer og rådgivning fra eksperter (fx Sundhedsstyrelsen), som de gerne vil have borgerne til at følge. Den »styring« og »paternalisme«, der sker fra myndigheders side, kan medvirke til at skabe en *afhængighed og minimere* borgernes evne til selv at tage egne kritiske vurderinger og beslutninger vedrørende deres sundhed. Denne »paternalisme« og nye former for paternalisme, mener Abel (2007), imidlertid kan erstattes med en sundhedsfremmende ekspertrådgivning, hvor sundhedskompetence-interventioner i stedet for skulle baseres på at fremme kulturel kapital i alle dets former – inkl. kritiske sundhedskompetencer.

Når sundhedskompetencer opfattes som en dynamisk og reciprok komponent i at *empowere* ens sundhed, så bliver det til en indlejret form af kulturel kapital, som vægter empowerment-elementet i sundhedsfremmende interventioner. På den måde vil logikken være, at sundhedsfremmende interventioner bør begynde med en kritisk vurdering af *tilgængeligheden* af kulturel kapital i specifikke befolkningsgrupper, som skal deltage i en intervention. Fokus skal naturligvis, som tidligere påpeget, rettes mod de grupper, som har lave kompetencer inden for kulturel kapital, for ellers risikeres det, som nævnt, at den sociale ulighed øges i stedet for.

For at kunne realisere bestræbelser på at øge kulturelle kapitalkompetencer hos borgere med lavt sundhedskompetenceniveau vil et første skridt i den retning være at forbedre de *traditionelle måder*, man kommunikerer til disse grupper i samfundet. Der er brug for at udvikle nye og mere målrettede måder, at informere til disse borgere – herunder adgangen til informationer og måden informationerne præsenteres på. Det vil typisk kunne være mindre tekst og mere visuelle præsentationsformer. Det kræver bl.a. bedre kendskab til målgruppernes informationssøgningsadfærd, og hvordan de benytter sig at hjælp og støtte fra deres sociale netværk, jf. »Distributive Health Literacy«.

Kulturel kapitalteori kan, ifølge forskerne, bidrage til en bedre forståelse ved at udvide bredden af indikatorer for ulighed og inddrage individers viden, færdigheder, overbevisninger og materielle goder til at undersøge, hvordan disse indikatorer påvirker individernes livsstil.

Forskerne fandt frem til, at mål for kulturel kapital inkluderer, men også går bagom, den uddannelsesmæssige deltagelse og kan være med til at forbedre modeller til at forudsige fx rygeadfærd blandt unge mænd (Gagne, Frohlich og Abel 2015). De nye mål for kulturel kapital kan derfor bidrage til vores forståelse af de sociale, statusbetingede ressourcer, som individer benytter i forhold til deres sundhedsadfærd. Forskerne kunne fx vise, at af *flere dimensioner* af kulturel kapital socialt differentierede, hvorvidt unge schweiziske mænd ryger. Dermed er der en række andre faktorer, ud over uddannelse, som viden, værdier og færdigheder, der bør betragtes som vigtige og

en væsentlig bestanddel af deres personlige kulturelle ressourcer for sundhedsadfærd. Blandt de unge schweiziske mænd, som havde en interesse for sundhed, og som værdsatte en »sund livsstil« for dem selv og deres familier (»sundhedsværdier«), fandt forskerne frem til, at de i mindre grad blev dagligrygere. Værdierne var også forbundet til deres rygeadfærd, selv blandt de unge, som var dagligrygere, røg de fleste færre cigaretter, end tilfældet var blandt unge mænd uden interesse for sundhed og »sund livsstil« (Gagne, Frohlich og Abel 2015). Værdier, som fremtræder i mange sociale kontekster, udover formel uddannelse, er inkorporeret via livslang socialisering og repræsenterer håndgribelige ressourcer, der påvirker individers sundhedsmæssige adfærd.

Konklusion

Formålet med denne artikel har været at introducere »sundhedskompetencer« som begreb for en sociologisk interesseret læserskare og diskutere betydningen af den sociale kontekst i den begrebsmæssige udvikling af begrebet.

Det har ikke været formålet med artiklen at bidrage med en systematisk oversigt over forskningslitteraturen, men derimod at få inddraget udvalgt forskning og empiriske eksempler omkring sammenhængen mellem sociale netværk og sundhedskompetencer og kulturel kapital og sundhedskompetencer.

I den begrebsmæssige udvikling af sundhedskompetencer har der i høj grad manglet en teoretisk forankring af begrebet, der samtidig fokuserer mere på de over-individuelle faktorers betydning og med et udgangspunkt i menneskers hverdagsliv.

Artiklen har med indlejringen af sundhedskompetencer som en del af kulturel kapital (Bourdieu) og forståelsen af kapitalinteraktioner for udviklingen af sundhedslivsstile (jf. Cockerham) introduceret et bud på en teoretisk tilgang, der kommer bag om individers kompetencer og individuelle handlemåder.

Jeg har peget på en udpræget mangel på sociologisk teoretiske bidrag, hvor langt hovedparten af forskningslitteraturen er sundhedsfaglig. Her er fokus hovedsageligt på en forståelse af individer som rationelle og kyndige, og fokus har været på en begrebsmæssig udvikling af sundhedskompetencer uden en forståelse for over-individuelle faktorers betydning. Derfor er det at rette opmærksomheden mod individers ressourcer og betydningen af den sociale kontekst vigtigt at forske mere i dette område. Som nævnt indledningsvist har forskningsområdet ikke fået særlig opmærksomhed i Danmark. Det tydeliggøres ved, at sundhedskompetencer slet ikke nævnes i Sundhedsstyrelsens nye rapporter om social ulighed i sundhed. Såvel WHO og andre vestlige landes regeringer har nationale og lokale strategier for at reducere ulighed i sundhed ved at øge befolkningernes sundhedskompetencer.

I den internationale forskning på området peges der netop på behovet for mere forskning om sammenhænge mellem den sociale kontekst og sundhedskompetencer. Det kan fx være forskning målrettet mere udsatte befolkningsgrupper, forskning, der fokuserer på en nærmere undersøgelse af den kulturelle kapitals betydning – fx i udsatte boligområder, etniske minoritetsgrupper, og ikke mindst hvilken rolle menneskers sociale netværk har for at kunne styrke sundhedskompetencer.

Noter

1. På dansk må den nærmeste oversættelse blive »sundhedsbeslutningstagen-paradoks«

2. The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU) er udviklet til den komparative europæiske health literacy-undersøgelse, der blev gennemført i otte lande i 2011. I spørgeskemaet indgår 47 spørgsmål, men der er siden udviklet to korte versioner (hhv. 16 spørgsmål og 12 spørgsmål) og giver et samlet mål for niveauet af sundhedskompetencer i landenes befolkninger.

3. Vi opnåede svar fra 8997 voksne danskere i alderen 25 år og derover – med en svarprocent på 57 %. Langt de fleste svarede via E-boks, men 1082 tilfældigt udvalgte borgere blev også kontaktet via telefon. Dette muliggør sammenligning med den europæiske komparative (HLS-EU-Q47) undersøgelse. I telefoninterviewene blev der samtidig anvendt det omfattende spørgeskema på 47 spørgsmål, som var blevet anvendt i den europæisk komparative undersøgelse. Alle respondenterne svar kan kobles direkte med oplysninger fra Danmarks Statistiks registre og Sundhedsstyrelsen, hvilket muliggør detaljerede analyser af datasættet (Svendsen, Bak, Sørensen et al. 2020).

4. Max Weber ([1922]1978) må betragtes som den egentlige ophavsmand til den teoretiske forståelse, vi i dag har af »livsstil« som begreb. Det anvendes typisk i en række andre betydninger end oprindeligt tænkt hos Weber (Abel and Frohlich 2012). Hos Weber er det værd at hæfte sig ved de grundlæggende begreber, han udviklede om livsstil. Med begrebet »Lebensführung« (life conduct) bidrager det til at komme bagom »aktøren« ved at forklare, hvordan mennesker aktivt bidrager til den sociale reproduktion via forskelle inden for »statusgrupper« i form af deres madvaner, tøjvaner/mode, ægteskabsritualer mv.

Med Weber påpeges betydningen af, at menneskers individuelle valg begrænses af såvel deres materielle ressourcer og normative »regler«, som eksisterer inden for det lokalsamfund eller den statusgruppe, som de tilhører. Disse ressourcer og regler er det, som Weber kalder for »livschancer«, og hermed referer Weber netop til strukturelt betingede muligheder for at opnå ens mål i livet (Cockerham et al. 1993; Abel and Frohlich 2012).

Referencer

Abel T. 2007: Cultural Capital in Health Promotion. In: McQueen DV, Kickbusch I (Hrsg) *Health and modernity: the role of theory in health promotion*. Springer, New York, s. 43-73. https://doi.org/10.1007/978-0-387-37759-9

Abel T. 2008. Cultural capital and social inequality in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62(e13):1-5. https://doi.org/10.1136/jech.2007.066159

Abel, T and Frohlich, K. 2012: Capitals and capabilities: Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine* 74: 236-244. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.10.028

Abreu L., Nunes J.A., Taylor P., Silva S. 2018: Distributed health literacy among people living with type 2 diabetes in Portugal: Defining levels of awareness and support. Journal of Health and Social Care in the Community; 26(1):90-101. DOI: 10.1111/hsc.12465

Abel, Thomas og Sommerhalder, Kathrin. 2015: Gesundheitskompetenz/Health Literacy. Das Konzept und seine Operationalisierung. *Bundesgesundheitsbl*. 58:923-929. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2198-2

Bauer, U. 2019: The Social embeddedness of health literacy. s. 573-587. I: *International Handbook of Health Literacy*: Research, Practice and Policy across the Lifespan (ed.) Okan, O., Bauer. U., Priheiro, P., Sørensen, K. Policy Press: Great Britain. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.554

Berkman, L. & Glass, T. 2000: Social integration, social network, social support, and health. I: Berkman, L.F. & Kawachi, I. (eds) *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/her/cyg020

Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K. 2011: Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2):97-107. https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005

Bo, A., K. Friis, R.H. Osborne, and H.T. Maindal. 2014: »National indicators of health literacy: Ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers – A population-based survey among Danish adults,« *BMC Public Health*, vol. 14, no. 1, pp. 1-12. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1095

Bourdieu, P. 1977a: Outline of a Theory of Practice. Cambridge University Press: Great Britain.

Bourdieu, Pierre 1977b: Cultural Reproduction and Social Reproduction. I: Karabel, Jerome & A.H. Halsey: Power and Ideology in Education. New York: Oxford University Press, 487-511.

Bourdieu, P. 1984: Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste. Harvard University Press: USA.

Bourdieu, P. 1985: The Forms of Capital. I: J. Richardson (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. s. 241-258. New York: Macmillan.

Bourdieu, Pierre 1986: The Forms of Capital. I: Richardson, John G, Handbook of Theory and Research in the Sociology of Education. New York: Greenwood Press, 241-258.

Bourdieu, Pierre & Jean-Claude Passeron 1990: *Reproduction in Education, Society and Culture*. London: Sage.

Bourdieu P., Wacquant L. 1992 *An invitation to reflexive sociology*. Chicago: University of Chicago Press, https://doi.org/10.1086/ahr/99.5.1644

Christensen, V.T. 2011: Vægt og kapital – Differentieret vægt hos voksne og børn analyseret gennem Bourdieus begreber om habitus og kapital. *Dansk Sociologi*, Nr. 3/22. årg. 11. https://doi.org/10.22439/dansoc.v22i3.3913

Christensen, V.T., Carpiano, R.M. 2014: Social class differences in BMI among Danish women: Applying Cockerham's health lifestyles approach and Bourdieu's theory of lifestyle. *Social Science & Medicine* 112 :12e21. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.017

Cockerham, W.C., Abel, T., Lüschen, G. 1993: Max Weber, Formal rationality, and Health Lifestyles. I: *The Sociological quarterly*Vol.34, Issue 3. pp. 413-425. https://doi.org/10.1111/j.1533-8525.1993.tb00119.x

Cockerham, W.C. 2005: Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behaviour,* 1 March.

Cockerham, W.C. 2015: Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health & Social Behavior* 46 (1), 51-67.

Davis T.C. & Wolf M.S. 2004: Health literacy: implications for family medicine. I: *Fam Med sept 36: 595-598*.

Dubbin, L.A., Chang, J.S, Shim, J.K. 2013. Cultural health capital and the interactional dynamics of patient centered care. *Soc Sci Med* 2013, sept. doi:10.1016/j.socscimed.2013.06.014.

Edwards, M., Wood, F., Davies, M & Edwards, A. 2015: »Distributed health literacy«: longitudinal qualitative analysis of the roles of health literacy mediators and social networks of people living with a long-term health condition. *Health Expect*, 18:1180-93. https://doi.org/10.1111/hex.12093

Friis K., Lasgaard M., Rowlands G., Osborne R.H. & Maindal H.T. 2016a: Health Literacy Mediates the Relationship Between Educational Attainment and Health Behavior: A Danish Population-Based Study, *Journal of Health Communication*, 21:sup2, 54-60, DOI: 10.1080/10810730.2016.1201175

Friis K., Lasgaard M., Osborne R.H., Maindal H.T. 2016b: Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens, *BMJ Open* [internet] 2016 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627

Gagne, T. Frohlich, K.L., Abel, T. 2015: Cultural Capital and smoking in young adults: applying new indicators to explore social inequalities in health behavior. *European Journal of Public Health* Vol.25, No. 5, 818-823. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv069

Heijmans M., Waverijn G., Rademakers J., van der Vaart R., Rijken M. 2015: Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Educ Couns*. https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.006

Holt-Lundstad J., Smith T.B., Layton J.B. 2010: Social relationship and mortality risk: a meta-analytical review. *PloS Med* [internet] jul 27.

Karlson, K.B. & Meier Jæger, M. 201. Kassen, kulturen og kontakterne: Økonomisk, kulturel og social kapital i to generationer. *Dansk Sociologi* Vol.22. Nr. 3:61-80. https://doi.org/10.22439/dansoc.v22i3.3912

Kharicha K., Iliffe S., Harari D., Swift C., Gillmann G., Stuck A.E. 2007: Health risk appraisal in older people: Are older people living alone an »at-risk« group? *Br. J Gen Pract*. https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-130

Kickbusch I., Nutbeam D. 2000: Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3):183-184. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.183

Malat J. Expanding research on the racial disparity in medical treatment with ideas from sociology. Health. 2006; 10:303-321. [PubMed: 16775017] https://doi.org/10.1177/1363459306064486

Mckinn S., Linh D.T., Foster K., McCaffery K. 2019: Distributed health literacy in the Maternal Health Context in Vietnam. *Health Lit Res Pract* Feb.5;3(1): e31-e42. https://doi.org/10.3928/24748307-20190102-01

Nutbeam D. 2000: Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*, 15(3):259-267. https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259

Paccoud, I., Nazroo, J., Leist, A. 2020. A Bourdieusian approach to class related inequalities: The role of capitals and capital structure in the utilization of healthcare services in later life. *Sociology of Health & Illness*, vol.42. No.3:510-525. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13028

Pitt, R., Davis, T., Manganello, J., Massey, D., Okan, O., McFarlane, E., Buchthal, O.V., Davis, J., Arnold, C., Sentell, T. 2019: *Health literacy in a Social Context: A meta narrative re-*

view s. 665-688. I: *International Handbook of Health Literacy*: Research, Practice and Policy across the Lifespan (ed.) Okan, O., Bauer. U., Priheiro, P., Sørensen, K. Policy Press: Great Britain. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.232

Routsalo P.E., Savikko N., Tilvis R.S., Strandberg T.E., Pitkälä K.H. 2005: Social contacts and their relationship to loneliness among aged people – A population-based study. *Gerontology*; https://doi.org/10.1159/000091828

Rowlands G., Shaw A., Jaswal S., Smith S., Harpham T. Health literacy and the social determinants of health: a qualitative model from adult learners. *Health Promot Int* feb 1,32(1):130-138. https://doi.org/10.1093/heapro/dav093

Samerski, Silja. 2019: Health literacy as a social practice: Social and empirical dimensions of knowledge on health and healthcare. *Social science & Medicine* 226.1-8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.02.024

Sentell, T., Pitt, R., Buchtal, O.V. 2017: Health literacy in a Social Context: review of Quantitative Evidence. I: *Health Literacy Research and Practice* 2: e41-e70. https://doi.org/10.3928/24748307-20170427-01

Shim, J.K. (2010) Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment, *Journal of Health and Social Behavior*, 51, 1, 1-15. https://doi.org/10.1177/0022146509361185

Steg P.G., Scirica B.M., Smith S.C., Ohman E.M., Eagle K.A., et al. 2912: Living alone and Cardiovascular Risk in Outpatients at Risk of or With Atherothrombosis. *Arch Intern*

Steward D.W., Gabriele J.M., Fisher E.B. 2012: Directive support, nondirective support, and health behaviors in a community sample. *J Behav Med* [internet]. Oct 1. https://doi.org/10.1007/s10865-011-9377-x

Sodemann, Morten 2018: *Sårbar? – Det kan du selv være. Sundhedsvæsenets rolle i patienters sårbarhed.* Odense Universitetshospital. Indvandrermedicinsk Klinik. (kan downloades via www.ouh.dk-/indvandrerklinik).

Sundhedsstyrelsen 2009: *Health literacy – Begrebet, konsekvenser og mulige interventioner*. Notat udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Dansk Sundhedsinstitut.

(Forfatter, xx)

Sørensen K, Van den Broucke S., Pelikan J.M., Fullam J., Doyle G., Slonska Z., Kondilis B., Stoffels V., Osborne R.H., Brand H. on behalf of the HLS-EU Consortium. 2012: Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models *BMC Public Health*, 12:80. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80

Sørensen, K. 2017: *Health literacy analyse af Helbredsprofilen.dk*. Kvalitet og Udvikling. Region Sjælland.

Sørensen K., Nørgaard O. & Maindal H.T. 2013: Need for more research in patients' health literacy. *Ugeskr Laeger* Sep 23 [epub ahead of print].

Thoits P.A. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav* [Internet]. 2011 Jun 14 [cited 2018 Sep 24];52(2):145-61. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21673143. https://doi.org/10.1177/0022146510395592

Uchino B.N. 2004: *Social support and physical health : understanding the health consequences of relationships* [Internet]. Yale University Press; 2004 [cited 2018 Sep 24]. 222 p. Available from: https://utah.pure.elsevier.com/en/publications/social-support-and-physical-health-understanding-the-health-conse. https://doi.org/10.12987/yale/9780300102185.001.0001

Wall S. Epidemiology for prevention. *International Journal of Epidemiology*. 1995; 24:655-664. [PubMed: 8550260]

Weber, M. (1922) 1978: *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*. Berkley, CA: U. California Press.

World Health Organization. 2012: – *Regional Office for Europe – Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. København.

WHO 2016*: Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*. 9th Global Conference on Health Promotion. 21-24. Nov

Aaby A., Maindal, H.T., Vinther-Jensen, K., Bertram, Maja & Sørensen, K. 2019: *GPS Health Literacy. Folkesundhed*. Ärhus Universitet.

Health Literacy as a Socio-cultural Resource for Health

The purpose of this article is to introduce the concept of 'health literacy' for a sociologically interested readership. In recent years, the concept has gained greater international attention in research circles, at the World Health Organization (WHO) and among health authorities in several European countries. However, interest in the concept among Danish health authorities is modest; here interest has been in research and concept development by health science researchers.

Health literacy is regarded as a 'social determinant' in health that can help reduce social inequality in health during the coming years. It is my belief that sociological theories and analyses could contribute to a favorable development of the concept. The article argues that the concept should be embedded in sociological theory, and understood as a 'sociocultural' resource for health, rather than an individual, rational behavior focusing on the individual's ability to find, understand, assess and use health information. Bourdieu's capital interactions and especially social and cultural capital together with Cockerham's collective lifestyle theory contribute to an understanding of health literacy as a socio-cultural resource in health. The article incorporates findings from various empirical studies of how health literacy is disseminated in social networks and how cultural capital and collective lifestyle influence health literacy.

Keywords: health literacy, incorporated cultural capital, Bourdieu, social context, social network