

*Introduktion:*

# Sundhedsfremme og forebyggelse

Mette Bech Risør

---

Sundhedsfremme og forebyggelse er betegnelser for forskellige strategier og forskningstilgange, der har udviklet sig i takt med den seneste udvikling af folkesundhed. Umiddelbart tilhører begge betegnelser og strategier den sundhedsvidenskabelige tradition og praksis, og som sådan kan de defineres som medicinske strategier, men på samme tid peger de i andre retninger og ligger netop i grænsefladen mellem det, der konstituerer det syge menneske, versus det sunde og raske menneske. Sundhedsfremme og forebyggelse retter sig ikke kun mod tilstande, der er defineret som allerede værende sygelige, men også menneskers almindelige tilværelse, det daglige liv og det raske liv.

På denne måde bliver det fænomen, vi kender som folkesundhed, i endnu højere grad end andre medicinsk faglige specialer og retninger et genstandsfelt for medicinsk antropologi og humanistiske sundhedsforskningstilgange. Sundhedsfremme og forebyggelse fører biomedicinen ud af de traditionelle institutioner og behandlingsformer og direkte ind i det almene menneskes livsførelse med interventioner, der søger at ændre på en aktuel adfærd og en projiceret fremtid.

Udviklingen af folkesundhed og de dertilhørende strategier er naturligvis ikke sket som en brat ændring, men afspejler væsentlige forandringer i både de medicinske forklaringsmodeller og den samfundsmæssige udvikling. På det medicinske felt udløser forekomsten af nye livsstilssygdomme et skred i de epidemiologiske årsagsforklaringer. Kort fortalt kan man tale om et skift indenfor tænkningen

omkring folkesundhed, der generelt ser sygdom og sundhed som et produkt af en interaktion mellem tre nøgleelementer: agent (årsager), vært (den menneskelige krop) og omgivelser (fysisk, biologisk og socioøkonomisk miljø) (Buchanan 2000). Disse tre elementer og deres indbyrdes forhold danner basis for epidemiologiens forklaringer på fordelingen af sygdom i befolkningen, men hvilket element, der vægtes mest, har ændret sig i løbet af historien og det er her, skiftet sker.

I slutningen af det 19. århundrede startede en bølge af medicinske fund, der kortlagde utallige årsager, dvs. agenter, til især smitsomme sygdomme, som ikke tidligere var blevet sat i relation til en virus, bakterie eller lignende. Tidligere havde folkesundhedsmodellen været fokuseret bredt på miljø og omgivelser som agenter men kunne nu koncentrere sig om specifikke agenter som sygdomsætiologiske faktorer. Sammen med fundet af disse agenter blev der udviklet nye teknologier til at behandle og forebygge sygdommene, f.eks. vacciner, penicillin etc. Udbredelsen af de smitsomme sygdomme falder dernæst og overskygges langsomt af nye sundhedsproblemer: hjertesygdomme, kræft og andre kroniske sygdomstilstande. I starten forsøger man også at finde bakterielle agenter som årsag til f.eks. kræft men uden held. Nye typer af folkesundhedsstudier udvikler sig i stedet som søg på at reformulere ideerne om årsagerne til kroniske sygdomme (ibid.). Disse studier indsamler data om både kliniske, adfærdsmæssige og demografiske forhold, der tilsammen peger på, at kroniske sygdommes agenter ikke er biologiske men kemiske (f.eks. kolesterol i relation til hjertesygdomme). Agenterne for disse sygdomme kan heller ikke kontrolleres biologisk ved f.eks. antibiotika eller vacciner, og der ses ikke det samme nødvendige kausale forhold mellem agent og sygdom som for de smitsomme sygdomme. Årsagsforklaringer for kroniske sygdomme medfører således, at årsager omdefineres til at være sandsynligheder, og agenterne for sygdommene benævnes 'risikofaktorer', dvs. en faktor med en vis sandsynlighed for at være årsag til en pågældende sygdom. Disse studier fører til en generel erkendelse af, at menneskers adfærd spiller en rolle for kroniske sygdomme og folkesundhedsmodellens fokus er dermed skiftet igen, denne gang fra agent til vært: mennesket selv. Udgivelsen af Report on Smoking and Health i USA i 1964, hvor sammenhænge mellem netop rygning, hjertesygdomme og andre sygdomme for første gang dokumenteres med vægten lagt på værten, individets adfærd, markerer meget præcist dette skift i folkesundhedsmodellen.

Adfærd bliver i denne model dog ikke fra starten alene forstået som et individuelt, afgrænset fænomen men ses også som betinget af sociale fænomener, og epidemiologiske studier især i England og USA forsøger at forklare forholdet mellem menneskers adfærd og sygdom ved at undersøge de sociale aspekters indflydelse

på sygdom. Hermed tænkes på socialt engagement, social støtte, fattigdom, socialt klassetilhørsforhold, socialgruppeinddeling, uddannelsesniveau, indkomst og meget mere. Alle disse sociale aspekter bliver efterfølgende en central del af de epidemiologiske risikostudier, og etableringen af en negativ sammenhæng mellem lavere sociale klasser og sygdom - en sammenhæng der påvises i 60'erne - opfattes fremover som en generel sandhed i sundhedsfremme og epidemiologi. Indenfor rygeforskningen inkluderes f.eks. så godt som i alle studier sociodemografiske variabler i den statistiske udregning af forholdet mellem rygning og sundhedsrisici.

De nye folkesundhedsstudier koncentrerer sig således om henholdsvis individuel adfærd og socioøkonomiske/sociokulturelle faktorer eller begge dele på en gang. Studierne fører til de første store nationale sundhedsprogrammer med vægten lagt på sammenhængen mellem adfærdsfaktorer og usund livsstil. Disse programmer bygger på den forudgående forskning og dennes resultater, der bl.a. påviser en sammenhæng mellem social klasse og sundhedsstatus og forsøger grundlæggende at anvise interventioner, der har afsæt i den enkeltes livsstil. Den enkeltes vilje til at ændre adfærd ses som udløseren for bedre sundhed.

Nationalt og internationalt synes udviklingen af epidemiologien og forklaringer på fordelingen af sygdomme således at følge nogenlunde det samme spor, at lægge sig fast på risikoadfærd og livsstil (herunder sociodemografiske faktorer) som centrale parametre for en beskrivelse af en befolknings sundhedstilstand. Parallelt med denne udvikling ændres desuden et andet fokus, nemlig skiftet fra at ville forebygge sygdom til at ville fremme sundhed. Dette skift er dog ifølge bl.a. Jensen og Johnsen ikke taget fuldt ud endnu men præger fortsat diskussionerne indenfor epidemiologien (Jensen & Johnsen 2000). Skiftet hænger sammen med skiftet i epidemiologien fra agent til vært, fra eksterne biologiske årsager, der eksisterer uafhængigt af værten, til mennesker som årsag og determinant for egen sygdom, hvor sygdom og adfærd indgår i så komplekse relationer, at sygdom ikke længere kan studeres uafhængigt af værten. Sygdom mister således sin egenskab som partikulær forklaringsmodel, og målet for forebyggelse er ikke længere alene at fjerne sygdom men at fremme sundhed. Dette skift ses på forskellige niveauer i samfundet men f.eks. meget sigende ved, at lægevidenskaben skifter navn til sundhedsvidenskab, hvilket i Danmark sker i starten af 80'erne.

Med den seneste udvikling af folkesundhed etableres således nogle væsentlige elementer, der præger tankegange og videnskabelige ræsonnementer indenfor sundhedsfremme og forebyggelse. Her tænkes på begreber som livsstil, risiko (statistisk risikovurdering), barrierer og adfærd, der alle former tilgangen og for-

ståelsen af det enkelte menneskes liv som enten sund eller syg. Det epidemiologiske ræsonnement ses i udbredelsen af risikovurderinger, hvor fordelingen af sygdomme og mulige forekomst af og hyppighed af sygdomme udregnes efter en statistisk model, der vurderer risikofaktors relative eller absolutte indflydelse. Men epidemiologien følges tæt af andre hjælpediscipliner og disses ræsonnementer, f.eks. den medicinske sociologiske eller sundhedspsykologiske, der især sætter sit præg på de interventionsformer og ændringstrategier for det enkelte menneske, der planlægges som en direkte følge af den epidemiologiske forskningsindsats. Sundhedsvidenskaben indeholder et imperativ om handling, dvs. at risikovurderinger omsættes til rygeafvænningskurser, motion på recept eller rehabilitering af hjertesygge. Set fra et kritisk synspunkt forbliver disse interventioner dog bundet til en diskurs, der isolerer individet som årsagsforklaring og hermed som objekt for studier, hvis analytiske tilgang fokuserer på psykologiske profiler, individuel sygdomsadfærd, sygdomsopfattelse, risikoopfattelser, interne barrierer m.v. Den sundhedsvidenskabelige risikovurdering følger således godt trit med den sociologiske vinkel på udbredelsen af risikobegrebet. Risiko præger den (post)moderne udvikling og det (post)moderne menneskes opfattelse af nutid, handling og fremtid. Fremtiden eksponeres som muligt risikofelt – mulig sygdom – og nutidens gerninger – kost, motion, rygestop – struktureres med henblik på at kontrollere og forme en ukendt fremtid i langt højere grad end det er forekommet tidligere, men en fremtid med sundhed og fravær af sygdom (Beck 1986).

## Videnskabelige analytiske niveauer – diskursanalyse og hverdagsliv

Mange forskellige videnskabelige retninger bidrager til viden om sygdom og sundhed udover den biologiske og epidemiologiske. Her tænkes f.eks. på psykologi, kommunikation og økonomi, som der trækkes på i mange forskellige sammenhænge, ofte som udtryk for sundhedsproblemerne kompleksitet (Bruun, Hanak & Kofoed 2004). Medicinsk antropologi og den kritiske sociologi har primært beskæftiget sig med folkesundhed på to forskellige niveauer, hhv. et diskursivt niveau og et hverdagsniveau. Eksponenter for den diskursive analyse er f.eks. Lupton (1995), Petersen & Lupton (1996) og Lupton & Tulloch (2003). Lupton et al. analyserer indgående forholdet mellem borger og stat samt folkesundhedens implikationer for det enkelte menneske. Folkesundhed ses her som eksponent for

væsentlige ændringer i både en konkret almindelig hverdag og i en ideologisk omstrukturering af sundhedsopfattelser, kropsofattelser, identitet og livsstil. Måden at forstå folkesundhed indenfor denne tilgang er ofte at se det som et nyt moralsk system, der har konsekvenser for, hvordan vi skal leve vore liv, både individuelt og kollektivt. Folkesundhed ses desuden som et neoliberalistisk system, der udstikker rettigheder og pligter, der indirekte konstruerer det moderne selv – et selv der er entreprenør for sit eget liv med sunde, ansvarlige og kontrollerede handlinger. Men også bagsiden af medaljen – skyld, skam og marginaliserede grupper – bliver set som centrale effekter af folkesundhed. En stor del af den sociologiske forskning i sygdom og sundhed indtager desuden en kritisk tilgang til forholdet mellem samfund, individ og helbred (Burrows, Nettleton & Bunton 1995; Bunton & Burrows 1995; Buchanan 2000). Epidemiologiens fokus på risici og livsstilsfaktorer som videnskabelige kategorier og 'sandheder' betragtes i denne sammenhæng som det afsæt, nationale strategier og politiske programmer knyttes an til. Den epidemiologiske videnskabelighed er således underlagt en kritisk analyse i hele den diskursive tilgang, ofte som kontrast til analysen af den almene befolknings reaktioner på folkesundhed.

Andre tilgange til folkesundhed forsøger netop at holde vægten på analyser af nære, empiriske hverdagsstudier. Her kobles ofte den kritiske diskursive analyse til et lokalt felt eller problemstilling men med fokus på f.eks. holdninger, opfattelser, praksis, strategier, handlingsrum osv. indenfor en etableret forebyggelsesramme eller sundhedsfremmeramme. Målet er at forstå ændringer og kulturelle handlinger i forhold til sundhed, liv og krop set i lyset af den lokale moralske verden (Kleinman & Kleinman 1997), der indlejrer de enkelte menneskers interaktioner. Der er udført mange forskellige studier med denne tilgang og her kan blot nævnes et par enkelte: analyser af risikogrupperes reaktioner på motions- og kostændringstiltag, analyse af livsstilscentres interventionsformer og patienternes udbytte og livsstilsændringer, analyser af familiers forbrug af dagligvarer samt analyser af gravide rygeres hverdagsræsonnementer.

Mange af studierne lægger vægt på menneskers møde med sundhedssystemet generelt eller med den enkelte behandler, og især analyser af risikoopfattelser, der ofte står i modsætning til det videnskabelige risikobegreb, har fået stor bevågenhed. Disse studier tager f.eks. afsæt i screeningsrutiner, genteknologiske undersøgelser eller forebyggelsessamtaler hos den praktiserende læge og kan siges at fokusere mere på analyser af forebyggelse end på sundhedsfremme.

Problemstillingerne i disse typer af projekter, i det mindste indenfor antropologien, har således især koncentreret sig om spændingsfeltet mellem interventioner

og modtagere af intervention, med et fokus på centrale enkeltfænomener, som er opstået i kølvandet af folkesundhedsbevægelsen: forskellige risikoopfattelser/screening/det informerede valg/den motiverende samtale. Disse enkeltfænomener giver især anledning til at tale om den erfaringsbaserede viden og praksis kontra den biomedicinske viden og praksis, og denne modsætning udmønter sig ofte i moral som et nyt genstandsfelt. Som beskrevet af Brandt & Rozin (1997):

we are told that new knowledge gives us new opportunities to take control of our health. With this knowledge, however, come new responsibilities and a set of moral expectations about health and disease.

Moral og moralske aspekter ved sundhedsfremme og forebyggelse er således uløseligt knyttet til både videnskabelig tilgang, interventioner og indlejrede forestillinger om krop, selv, sygdom og sundhed. Netop det individualistiske syn på sundhed og ansvar for sundhed giver muligheden for kontrol over ens sundhed og liv. Men bagsiden af medaljen er muligheden for skyld og uløseligt ansvar, hvis den enkelte ikke lever op til de foreskrevne regler og anvisninger, som den medicinske forskning resulterer i. Her bliver det for biomedicinen et kardinalpunkt at udrede barrierer hos risikogrupper overfor intervention, og for antropologien bliver det centralt at udrede de samfundsmekanismer, den enkelte er en del af og de hegemoniske strømninger han/hun lever under.

Som det fremgår, er antropologien og især medicinsk antropologi primært interesseret i hvilke forandrings-, betydnings- og identitetsprocesser, der skabes på alle niveauer i et samfund ved etableringen af nye sundhedssystemer og -programmer. I den forstand har det været analytisk relevant at skelne mellem betegnelsen forebyggelse på den ene side og sundhedsfremme på den anden side, idet der principielt arbejdes udfra to forskellige strategier og med to forskellige sigter – hhv. et sygdomsforebyggende og et fremmende sundhed med forskellige interventioner og målgrupper. At praksisverden så ikke helt skelner mellem strategierne, hvilket ofte bliver diskuteret, er en tredje side af sagen. Men denne side er interessant at debattere, idet det i den kliniske og praktiske verden ser ud som om iscenesættelsen af den nyeste strategi, sundhedsfremme, ikke kan løsrive sig fra det dominerende afsæt som hele sundhedsområdet har, nemlig biomedicinen, epidemiologien og den evidens-baserede forskningstradition. Spørgsmålet er dog, om vi f.eks. med antropologien kan pege på hvilke forskningstraditioner, der er på spil, hvilke mulige konglomerater der opstår, og hvad disse mulige 'nye' traditioner har at byde på. Langt hen ad vejen kan man f.eks. argumentere for, at sund-

hedsfremme må indebære udviklingen af nye metoder og nye forståelser af mennesker, der ligger tæt op ad den antropologiske eller kvalitative tilgang, hvilket det også ser ud til at medføre. Men på hvilken måde og hvor går udviklingen hen? Eller udvikles der et mellemfelt, der på samme måde som mange andre områder af forskningsverdenen bliver et konglomerat af humanistiske og naturvidenskabelige tilgange? Netop i dette felt er tidsskriftet her og dets tema aktuelt og kan pege på nogle af de steder, hvor nye tendenser udvikles, og nye tanker brydes.

## Temanummerets artikler

Bidragene i dette nummer repræsenterer for de 2 empiriske analysers vedkommende et højaktuelt emne indenfor sundhedsfremme og forebyggelse, nemlig debatten om overvægt og fedme. Der er naturligvis forsket tværfagligt i andre områder, som f.eks. rygning, alkohol og livsstilsfaktorer generelt - de fænomener der især præger det danske folkesundhedsprogram 'Sund hele livet' (2002). Både antropologiske, sundhedspsykologiske, pædagogiske, sociologiske og sundhedsvidenskabelige undersøgelser har taget fat om disse emner med hver deres tilgang og metode. Derudover er emner som forebyggelse ved screening (fosterdiagnostik eller screening for kræftfremtidsfaktorer f.eks.), forebyggelse af diabetes, forebyggelse af hjertekarsygdomme, den motiverende samtale og begrebet sundhed og livsstil i et overordnet perspektiv også interventioner, der til stadighed udfordrer både klinikerne og forskeren. Dette er blot for at nævne nogle få emner, der falder ind under sundhedsfremme og forebyggelse. Overvægt og fedme er dog måske det seneste skud på stammen, der udfordrer netop den diskussion, der synes interessant i dette tværfaglige forum, nemlig diskussionen om individuelle oplevelser og forestillinger sat i kontrast til en biomedicinsk forskning, der 'fodrer' det politiske program og den folkelige opinion og dermed sætter interaktionen mellem individ og struktur på spidsen.

Som den første artikel i temanummeret har vi valgt at placere bidraget fra Signild Vallgård. Vallgård giver et klart historisk og diskursanalytisk overblik over især begrebet sundhedsfremme og kan således ses som en optakt til diskussionen i de øvrige bidrag. Det gennemgående argument i artiklen omhandler, i hvilken grad sundhedsfremme er et nyt fænomen, hvordan sundhedsfremme defineres, og på hvilken måde interventioner og påvirkningsmetoder er udformet, set i et kritisk diskursivt lys. Vallgård ender bl.a. ud med en pointe om, at til trods for sundhedsfremmes lancering af 'empowerment' og 'enablement' som centrale stra-



tegies, er påvirkningsmetoderne begrænsede qua deres indlejring i en naturlig retning, som strategierne må have, nemlig at fremme sundhed – og som sådan er de en del af en magtudøvelse, af 'governmentality', der ikke er fundamentalt meget anderledes end forebyggelsesstrategier. Samtidig præges sundhedsfremmedefinitioner og strategier af en uklarhed i selve definitionen, ikke mindst om hvad sundhed i sig selv er. Vallgård afslutter polemisk med tanken om, at så længe dette ikke er klarlagt, er det måske nemmere at blive enige om at fremme sundheden, for hvem vil ikke sundhed?

Lone Grøn fortsætter diskussionen om sundhedsfremme ved at tage fat på en empirisk analyse af hvilke personlige modaliteter, der spiller ind i forhold til livsstilsændringer. Livsstilscenteret på Brødstrup Sygehus er rammen om et feltarbejde blandt de indlagte patienter, både på centeret og i deres hjem. Grøn forsøger at inddrage kroppen, den levede krop og dens sanser, som et udgangspunkt for både aktuelle livsstilsændringer og som afsæt for nytænkning af sundhedsfremme og forebyggelse. Via patienternes oplevelser af kroppens modstand eller kroppens medleven i forsøget på at ændre livsstil argumenterer Grøn for en kropslig funderet viden og sansning, der konstant er i interaktion med andre mennesker, hverdag, rutiner og traditioner. En kropslig habitus, der synes nyttig at drage med ind i et læringsperspektiv i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Som sådan præsenterer artiklen os for nye overvejelser om læring og forsøger at pege på andre veje end de traditionelle, hvor der ofte fokuseres på overførsel af faktuel viden uden at overveje kropslig viden som et vigtigt analytisk felt.

Marie Louise Jensen giver med sit studie af dokusoapen *Livet er fedt* et bud på en diskursiv analyse af sundhed i populærkulturen. Umiddelbart synes en TV serie, der formidler resultater fra et kurophold, at være forebyggelsens forlængede arm, hvilket artiklen også viser ved at understrege den epidemiologiske forankring og repræsentation af overvægt på højskolen. Men netop vægten på det personlige, de psykologiske erfaringer og individuelle konstruktioner af overvægt giver udsendelsen en ekstra drejning, hvor Jensens analyse påpeger, at selve dokusoapen skaber en synkretisme mellem forebyggelse og sundhedsfremme. Argumentet rummer dog andet og mere, idet artiklen præsenterer os for hele sundhedsfremmens kulturelle indlejring. Som sådan kan dokusoapen ses som et udtryk for det komplekse og konstruerede sundhedsbegreb, der hersker indenfor forebyggelse og sundhedsfremme og som netop kobler selvudvikling, psykologi, følelsesmæssige erfaringer og personlige relationer i en grad, der nærmest overstiger det sundhedsfaglige afsæt. Hermed rummer artiklen en central pointe for



både fag- og lægfolk, idet den åbner for et blik på konstruktionen af sundhed som et felt, der involverer den populære diskurs i højere grad, end det ofte antages.

Bjarne Bruun Jensens artikel fortsætter i samme spor og stiller spørgsmålstejn ved, om sundhedsfremme og forebyggelse reelt bygger på to forskellige paradigmer. Bruun Jensens præsenterer os for tre nøglebegreber i sundhedsarbejdet – deltagelse, handling, handlekompetence - og argumenterer for at disse oprindelige sundhedsfremmebegreber i lige så høj grad er anvendelige og kan legitimeres som pædagogiske tilgange indenfor forebyggelse og behandling. Dette viser han via empiriske undersøgelser, interventioner og udviklingsprojekter, hvor forskellen på sundhedsfremme og forebyggelse ikke eksisterer per se som praksis, men hvor kritikken af forebyggelse ofte etableres som en ideologisk diskussion, der udelukker en bestemt form for forebyggelse til fordel for sundhedsfremme. Forebyggelse, behandling og sundhedsfremme kan dog alle indeholde både deltagelse og udvikling af handlekompetence, når dette er målet.

Den sidste artikel i dette nummer omhandler ikke direkte et sundhedsfremme eller forebyggelsestema i traditionel forstand, men udgør bl.a. i forlængelse af Bruun Jensens artikel en relevant kommentar og perspektiv på menneskers forsøg på at handle og blive raske. Kirsten Olesen undersøger i sin artikel, hvorfor alternativ behandling virker. Via en analyse af to behandlere og udvalgte klienter med afsæt i pragmatisk teori og filosofi viser hun, hvordan klienten får handlerum og inddrages i sin behandling som ligeværdigt subjekt hos den alternative behandler. Relationen mellem behandler og klient er central, idet klientens liv, kontekst og 'local moral world' flettes sammen med behandlerens spirituelle tilgang og behandlerens 'power to'- og 'power over'-relation - en magt der er indforstået men afgørende for udviklingen og modtagelsen af behandlingen. Artiklen viser således andre veje til og vinkler på raskhed, ikke blot ved at være en analyse af alternativ behandling, men også ved at pege på almene centrale elementer i relationen mellem klient og behandler, der virker.

Alle bidrag til dette temanummer giver således anledning til nytænkninger på tværs, der skønt primært skrevet indenfor den humanistiske og samfundsvidenskabelige tradition, rammer dybt ind i den sundhedsvidenskabelige praksis, dennes interventionsformer, politiske økonomi og videnskabelighed.

# Litteratur

- Beck, Ulrich 1986 *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brandt, Allan M. 1997 Behavior, Disease, and Health in the Twentieth-Century United States: The Moral Valence of Individual Risk. I: Brandt, Allan M. & Paul Rozin (red.): *Morality + Health. Interdisciplinary Perspectives*. New York, London: Routledge.
- Brandt, Allan M. & Paul Rozin 1997 Introduction. I: Brandt, Allan M. & Paul Rozin (red.): *Morality + Health. Interdisciplinary Perspectives*. New York, London: Routledge.
- Buchanan, David R. 2000 *An Ethic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Well-Being*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Bunton, R. & R. Burrows 1995 Consumption and health in the 'epidemiological' clinic of late modern medicine. I: Bunton, R. & Sarah Nettleton; R. Burrows (red.): *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. London, New York: Routledge.
- Burrows, Roger & Sarah Nettleton; Robin Bunton 1995 Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism. I: Bunton, R. & Sarah Nettleton; Robin Burrows (red.): *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. London and New York: Routledge.
- Jensen, Torben K. & Tommy J. Johnsen 2000 *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Philosophia.
- Lupton, Deborah 1995 *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Kleinman, Arthur & Joan Kleinman 1997 Moral transformations of health and suffering in chinese society. I: Brandt, Allan M. & Paul Rozin (red.): *Morality + Health. Interdisciplinary Perspectives*. New York, London: Routledge.
- Petersen, Alan & Deborah Lupton 1996 *The new public health. Health and self in the age of risk*. London: SAGE Publications.
- Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10* 2002 Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København: Schultz Grafisk.
- Bruun, J.J. & M.L. Hanak; B.G. Kofoed (red.) 2004 *Sundhedsstyrelsen, Viden og Dokumentationsheden, Viden og evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Tulloch, John & Deborah Lupton 2003 *Risk and Everyday Life*. London: SAGE Publications.