

Oppgave 2

"Det hevdes ofte at folk får den helsa de fortjener. Drøft denne påstanden"

Innledning

I denne oppgaven skal jeg drøfte påstanden "folk får den helsa de fortjener". Jeg vil ta utgangspunkt i flere ulike faktorer som kan påvirke nordmenns helse, og hvordan disse er knyttet opp mot enkeltindividets helseatferd, og hvordan dette igjen er knyttet til sosioøkonomisk status og habitus. Ressurser er sentralt i diskusjonen om hvilken tilgang folk har til å forebygge og forbedre sin egen helse. Det er lett å tenke at dette kun angår den fysiske helsa, og at dårlig fysisk form og livsstilssykdommer er resultatene av at man ikke "gidder" å gjøre noe med sin egen form. Jeg vil i denne oppgaven forsøke å vise at det er mye mer som ligger bak, og forsøke å drøfte noen av disse faktorene og hvordan de påvirker mennesker.

Helsevalg

"Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyte»" (Braut 2015). I følge Verdens helseorganisasjon er helse altså ikke bare fravær av sykdom, men også det å føle seg vel, å kjenne en form for velvære og lykke. Dette påvirker hvordan man selv oppfatter helsa si, og om man har det bra både fysisk og psykisk. Likevel er det sykdommer og helseplager som går ut over livskvaliteten som anses sykdom. Sykdom og nedsatt helsetilstand fører til at man avviker fra normalen, og fører ofte til fysiske og psykiske begrensninger for individet. Å oppnå god helse burde være et mål for alle individer, men det er slett ikke alle som er like opptatt av dette. Som individ er det flere bevisste valg man kan ta for å bedre egen helse, og å forebygge sykdom og andre plager. For å kunne forebygge slike helsemessige ulemper, er det flere ting som må ligge til grunne. Både tid, økonomi, ressurser og kunnskap er viktige virkemidler for å kunne gjøre en innsats for egen helse. Det er slett ikke alle i Norge i dag som har slike ressurser, og dette fører igjen til at disse ikke kan gjøre like mye for egen helse som andre kan. I dag har vi heldigvis mye bedre tilgang til informasjon om hvilke handlinger som påvirker helsa negativt, og hvilke tiltak man kan gjøre

for å forebygge og holde oss sunne og friske. Følgelig er derfor de fleste opplyst om disse faktorene.

På en annen side betyr det ikke nødvendigvis at folk følger disse veiledende rådene fra lege, helsedirektorat og andre påvirkningskanaler. Noen er mindre opptatt av forebygging enn andre; "Kjærringa nevne den kolesterolen kver gang æ spis nokka æ ikke skal spise. Ho har det heile tiden i bakhodet. Æ tenke ikke nokka særlig på det..... æ slutte absolutt ikke å spise fordi om nån sei æ bør slutte. Æ går aldri rundt og tenke på å leve sunt, æ spis det æ måtte ønske" (Anderssen 2006:94). Dette er et tydelig eksempel på noen som ikke er spesielt interessert i å tenke på egen helse, og spiser hva han vil uten å tenke på konsekvensene. Hvis man er utsatt for sykdommer som hjerte- og karsykdommer, vil kostholdet være viktig i å forebygge for at sykdom skal inntreffe. Følgelig er det lett å påstå at denne mannen får den helsa han fortjener. Med utgangspunkt i selvpåførte risikofaktorer kan man kanskje si det, men det å bli utsatt for sykdom er et komplekst og sammensatt fenomen. "Den enkleste forståelsen framhever det personlige valget – en «velger» sin egen helseatferd, ut fra informasjon, kunnskap og viljestyrke. At en slik modell har noe for seg, er det ingen grunn til å avvise" (Elstad 2007:27). Man har alltid et valg, og selv om man velger det "gale", er man i noen grad klar over konsekvensene det kan føre til.

En annen veldig viktig komponent er psykisk helse. Den psykiske helsa kan for eksempel føre til dårligere fysisk helse, og omvendt, dårlig fysisk helse kan føre til psykiske problemer. Mange som sliter med å gjøre noe med egen dårlig helse, kan ha en psyke som ødelegger for en viljestyrke som kanskje faktisk er tilstede. I dagens samfunn er det stort fokus på at man skal være flink, og at man skal være den beste innenfor flere ulike roller. Dette er kanskje et problem for mange, for de innser at det ikke er mulig å nå det *perfekte ideal*, og gir dermed opp i sin kamp for å endre sine holdninger og vaner. At samfunnet har anerkjent et ideal som er vanskelig å leve opp til, gjør det utfordrende for dem som ikke klarer å leve opp til dette idealet.

Sammenhengen mellom hva mennesker gjør og spiser og hvilke helseproblemer det kan gi, har vært kjent siden 1800-tallet. "Også den gangen var mange opptatt av renslighet, riktig kost, mosjon, frisk luft og måtehold (men tobakkens skader var nok fortsatt uoppdaget)"

(Elstad 2007:19). Det er derfor liten grunn til å tro at noen er ignorant på grunn av uvitenhet, men kunnskap om hva som kan være risikofyllt, og hvilke konsekvenser det gir er kanskje mer ukjent. Mange av de faktorene som forebygger og fører til god helse, er også nasjonalt anerkjent. ”I helsepolitikken i land som Norge fikk kampanjer mot usunne levevaner snart en dominerende rolle – det dreidde seg om å stumpe røyken, spise mer frukt og grønnsaker, mosjonere og trene jevnlig, være måteholden med alkoholen og om mye annet, som bilbelter og hjelmer, sukker og fisk, kaffe, vitaminer, søvn og soling” (Elstad 2007:25). Det har altså lenge eksistert holdningskampanjer rettet mot livsstilvalg som kan ha stor effekt i forebygging mot sykdommer. Dette kan føre til en forebyggende helseatferd blant folk, og kan være med på å fremme bevissthet rundt hva man spiser og hva man utsetter kroppen og helsa si for. Hvis disse kampanjene fungerer, og folk er mer opplyst om helseforebygging, hvorfor er det da mange som allikevel blir syke? ”å forklare helserelatert livsstil utelukkende som et ubundet, personlig valg er stort sett alt for enkelt” (Elstad 2007:28). Det er ikke bare personlige valg som avgjør om man har eller er utsatt for å få dårligere helse. Grunner som ligger til grunne er også livsstil, kultur, tradisjoner, utdanning og lignende. ”Utdanningsnivå skaper forskjeller mellom folk i form av tilgang til informasjon og kompetanse i å dra nytte av ny kunnskap, mens inntekter skaper forskjeller i tilgang til knappe materielle goder og tjenester” (Arntzen 2013:2). Kunnskap og økonomi er nøkkelpbegreper i hvilke muligheter individer har til å kontrollere sin egen helse, og opprettholde den på best mulig måte.

Å si at et individ får den helsa det fortjener, er for enkelt. Det viser seg at man kun har kontroll over et mindretall av faktorene selv. Det samfunnet man er en del av setter standarder for hvordan man opplever helse, og hvordan man opplever seg selv. I Norge er vi privilegerte, den norske kulturen verdsetter friluftsliv, idrett og aktivitet høyt, samt det er gamle tradisjoner for mat og matvaner. Kostholdet til nordmenn består ofte av sunne og friske produkter som fisk, vilt, frukt og grønnsaker (Ringvold 2016). Dette er matvarer det er lett å få tak i, og som er anerkjent som god og fornuftig mat å spise, og som har helsemessig gevinst. Det er allikevel ikke alle som har mulighet til å benytte seg av disse matvarene. Dette avhenger ikke av viljen til enkelte, men heller av faktorer som økonomi, tid og kunnskap. Slike råvarer som de nevnt ovenfor kan ofte være kostbare, og det finnes ofte alternativer som er billigere, men også mindre sunne. Med trang økonomi er mange

avhengige av å velge den billigste maten. Disse ønsker nok annerledes, men har ikke ressursene til det, og blir da påvirket negativt uten å ha *ønsket* det, de kan ikke klandres for det valget de må gjøre. Tid er også en viktig faktor. I en aktiv hverdag er det mange som velger alternativer til mat som er rask å lage, eller lager ikke skikkelige måltider i det hele tatt. Dette er også en faktor som påvirker matvanene til folk, men som ikke er lett å gjøre noe med. Har man en jobb og barns fritidsaktiviteter som tar mye tid, er det som oftest matlaging dette går ut over. For å forsøke å utjevne forskjeller mellom barn, står det i stortingsmelding nr. 20; ”både barnehagen og skolen [er] viktige arenaer for tiltak for å bidra til sunn helseatferd, for eksempel gjennom å legge til rette for gode kostvaner og fysisk aktivitet” (2007:34). Ved å bruke disse arenaene til å utjevne forskjeller mellom barn, har man mulighet til å hjelpe dem mot en bedre og sunnere helseatferd, og hjelpe dem å ta riktige valg. På denne måten kan barn lære å ta valg som ikke gir skadelige konsekvenser for helsen.

Kunnskap påvirker i stor grad hvordan folk spiser og lever. Selv om det eksisterer en allmenn oppfatning om hva sunn mat er, er det ikke alle som har kunnskap til å tilberede eller bruke denne maten, eller som har mulighet til eller ønske om å sette seg inn i dette. Selv om man kan hevde at dette er et individuelt valg, er det ikke alle som har mulighet til å tilegne seg kunnskap om ulike matvarer og deres funksjon, og kan dermed ikke klandres for å velge det bort selv om det kan påvirke helsen deres.

Motsetningen til å ikke bry seg om sin egen helse, er være alt for opptatt av sin egen helse. Dette kan utvikle seg å gå for langt, og føre til sykdom i andre enden også. For mye og for hard trening kan føre til sliteskader, og å være for opptatt av kosthold kan føre til spiseforstyrrelser. Igjen, dette kan kalles for å være fortjente helsetilstander, men om det virkelig er noe man gjør seg fortjent til kan diskuteres. For det første er disse tilstandene alltid et valg i begynnelsen. På lik linje med nikotin og rusmidler er det et valg man gjør første gangen man utsetter seg selv for dette. Spiseforstyrrelser og overtrening er også valg man tar i starten, men det eskalerer videre uten å være noe individet selv kan kontrollere etter hvert. For det andre, når det er kommet til det stadiet hvor disse faktorene blir helsemessige problemer, er det ikke lenger et valg, og dermed ikke noe man kontrollerer

selv. For å bli frisk av slike lidelser må man søke hjelp. For å gjøre seg fortjent til noe, må man kunne kontrollere tilstanden gjennom hele prosessen.

Sosioøkonomisk status

Sosial status kan sies å ha en innvirkning på faktorene som fører til negativ helseatferd. Hvilken utdanning, jobb, økonomi og levestandard man har kan påvirke i stor grad. "Om levestandarden – for eksempel når det gjaldt kosthold, boliger, arbeidsmiljø, helsetjeneste, osv. – var under grenseverdiene, ville sykdomsrisikoen øke" (Elstad 2007:21). Selv om vi i Norge har generelt høy levestandard, er det mennesker i vårt land som sliter med disse faktorene, og som kanskje ikke har det like stabilt som andre. "Det er rimelig å tro at den lille gruppen med lav utdanning i dag representerer mer marginaliserte individer enn den langt større gruppen med lav utdanning på slutten av 60- tallet og utover i 70-åra" (Arntzen 2013:6). Selv om denne gruppen er svært liten, eksisterer den. Disse er ofte avhengige av de grep staten tar for å sosialt utjevne befolkninga. Boliger er et gode mange har, og kommune og stat hjelper til med å skaffe bolig til de fleste. Helsetjenestene i landet vårt i dag er sosialt utjevnede, og alle har samme tilbudet å gå til. Helsestasjoner, kommunale legekontor, sykehus og sykeomsorg er statlige tilbud alle innbyggerne har rett til å benytte seg av. I teorien skal alle stille med likt utgangspunkt på tilgang til disse ressursene. Om man velger å benytte seg av dem er en annen side av saken. Helsestasjonene har omtrent hundre prosent oppslutning rundt tilbudet sitt (Arntzen 2013:28). Legebesøk og tannlegebesøk viser forskjeller mellom sosiale lag (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014). Det kan være mange årsaker til at mennesker velger å ikke oppsøke lege. Det er nødvendigvis ikke noe de *velger* å la vær å gjøre, det kan være mange grunner til at folk velger å la være. En av grunnene kan for eksempel være sosioøkonomisk status. Mange har for eksempel yrker hvor de ikke har anledning til å ta fri for å oppsøke helsetjenester. Dette kan være for at de ikke får fri, eller at de ikke har råd til å ta seg fri, da det vil påvirke lønna og privatøkonomien negativt. Ytre faktorer påvirker mennesker vel så mye som egen vilje, og kan ikke sies å være noe mennesker gjør seg fortjent til. Disse menneskene har kanskje familie og barn som økonomien vil gå ut over.

Sosioøkonomisk status viser forskjeller i helse til folk. "En rekke sykdomssymptomer, herunder bl.a. smerter i hode og kropp, irritasjon i øyne og nese, pustebesvær, hoste, kvalme, fordøyelsesproblemer, svimmelhet, angst, nedstemthet, depresjon, søvn- og konsentrasjonsvansker ser ut til å forekomme hyppigere blant de lavere utdanning enn de med høyere" (Fagerholt 2016). Psykiske plager er også mer utbredt blant folk i lavere sosiale klasser. Disse plagene kan eksempelvis komme av at disse klassene er mer utsatt for stress. Videre kan gener også påvirke helse, spesielt i en sammenheng hvor samfunnet stort sett er sosialt jevnt mellom sosioøkonomiske klasser. Forskning viser at hva mor gjorde under svangerskapet også påvirker barnets helse, fra fødsel til død. Spesielt er det tendenser til at premature barn får helseplager senere i livet. "Forskning med dette utgangspunktet har bekreftet at ernæring i barne- og ungdomsårene og mors ernæring under svangerskapet påvirker barns helse både på kort og lang sikt" (Arntzen 2013:19). Barn blir svært påvirket av foreldrene sine, og dette kan også være utslagsgivende for sykdommer og helseplager senere i livet. Man kan definitivt ikke klandre et individ for å *få som fortjent* når det ikke har hatt kontroll over påvirkningskraften selv. Alle helseplagene som nevnes ovenfor er påvirket av mange forskjellige ting; flesteparten av disse har ikke individet kontroll over selv, og er umulige å forebygge ved å endre egen helseatferd. Jevnt over viser det seg at mødre og barn av mødre med lav sosioøkonomisk status er mer utsatt enn de fra høyere sosioøkonomiske klasser. Det er allikevel problematisk å anklage foreldrene, det kan være mange grunner til at faktorene som spiller inn oppstår.

Barn blir påvirket gjennom hele livet. Mange av faktorene som påvirker barns utvikling både fysisk og psykisk, har de ingen kontroll over selv. Fysisk aktivitet, sunn mat, skole og fritidsaktiviteter er nøkkelfaktorer for å tilegne seg gode vaner når det kommer til helsefremmende atferd. Hvis foreldre ikke er opptatt av faktorer som forebygger helseplager, vil mest sannsynlig ikke barna være det heller. Følgene av dette kan være forskjellige. Mange helseplager kan komme av lite fysisk aktivitet og dårlige matvaner, og barns livsstil i de første årene. Hjerter- og karsykdommer, diabetes, lungesykdommer, overvekt og visse krefttyper er alle sykdommer som kan påvirkes på fosterstadiet og i barnas første år (Arntzen 2013:19).

Hvordan helsa utarter seg, og hvilket forhold man selv har til sin egen helse, er til dels avhengig av habitus, og hva som er vanlig å gjøre i en sosial sammenheng. På en måte kan man se på grupper heller enn enkeltindivider. Ved å se på hvilke helsevaner som er vanlig blant en større gruppe, kan man danne seg et bilde på forholdet mellom helsevaner og hvilke helseplager som oppstår. Et eksempel på dette er alkoholkonsumet til forskjellige sosiale grupper (Dahl, Bergsli og van der Wel 2014). Hos grupper med høy sosioøkonomisk status er det vanlig med alkoholholdige drikker til middager og sosiale sammenkomster. Selv om denne gruppen konsumerer mer alkohol enn lavere sosiale grupper, er det denne gruppen som er minst utsatt for skader knyttet til alkohol. Grupper med lav sosial status har i noen grad et mer usunt forhold til alkohol, noe som kan påvirke helsa negativt. Grunnen til dette er at disse i større grad har problemer med overforbruk og skader som følger av dette.

Risiko

Sentrale begrep om hva mennesker utsettes for er fare, risiko og skjebne (Guneriusen 2016). Disse begrepene forteller oss noe om hvordan og hvorfor vi bli utsatt for ulike hendelser, og hvilken kontroll vi selv har over disse. Farer og skjebnen er vanskelig å ha kontroll over. Farer kan man til en viss grad unngå, men de kan inntreffe spontant og uventa, og er ikke mulig å kontrollere. Risiko er noe man utsettes for og som oppstår som en konsekvens av det vi gjør, og som vi til en viss grad har muligheten til å kontrollere konsekvensene av.

Risiko er noe mennesker utsettes for, som til dels kan styres på mikronivå, til dels kan styres på makronivå, til dels ikke kan styres i det hele tatt. Det som gjør et individ utsatt for en risiko som kan påvirke helsa negativt, avgjøres av forskjellige faktorer. Det subjektive er sentralt i noen grad, da vi i vårt land i dag har muligheten til å ta egne valg som påvirker våre liv. Selv om vi i Norge har mer kontroll over oss selv, er vi fremdeles avhengig av andre for å hjelpe oss med å ta de rette valgene. Objektive påvirkningsfaktorer er også svært sentrale, da disse øker og blir mer betydelige etter hvert som vi utvikler oss gjennom livsløpet. Mennesker blir påvirket av media, kulturen de omgis av, medisin og medikamentkulturen, og andre helsetrender som ofte oppstår. Individuelle valg er ikke lenger så individuelle når de stadig påvirkes av andre innflytelser.

Det er de komplekse risikoene som er de vanskeligste å ta stilling til, da disse ofte har et ukjent element ved sine konsekvenser. Det er vanskelig for et individ å ta stilling til en slik risiko, spesielt når konsekvensene er ukjent. Først og fremst har man ansvaret for å kjenne til konsekvensene selv, men det kan være svært vanskelig å ha ansvaret for noe man ikke har kunnskap om. I bunn og grunn må man må selv føle sin egen helse, og om den ikke er som den skal. Etter det har man selv ansvaret for å søke hjelp med problemet. Hvis man ikke velger å søke hjelp, er det lett å si at man da får som fortjent. Man må selv kunne be om hjelp hvis man trenger det. Grunnene til at man velger å la vær å oppsøke hjelp kan være mange. Både mangel på kunnskap, stahet eller frykt for helsevesenet kan være blant grunnene til at folk lar vær å bruke helsehjelpa som blir tilbudt.

Det eksisterer også tilstander og sykdommer som ikke kan behandles. Disse oppstår også som regel uten at individet selv har noen kontroll over sykdomsforløpet. Kroniske sykdommer og psykiske lidelser er helseproblemer som i stor grad er påvirket av gener, og ikke like mye miljø som enkelte andre lidelser. Disse er vanskelige å gjøre noe med, da de oppstår uten forvarsel. Ofte fins det ingen kur, og eneste alternativ er lindrende og livsforlengende behandling. Psykiske lidelser som ulike typer demens er lidelser som kommer langsomt og ikke kan helbredes. Ingen kan hevde at dette er en helsetilstand ofrene har *fortjent*. Parkinsons er et annet eksempel på en lidelser som påvirker fysikken heller enn psyken, og som også kommer uten at ofrene påfører seg dette selv (Dietrichs og Gjerstad 2016). Disse kan på en måte plasseres under skjebne, da lidelsene ofte kommer uten forvarsel, og er vanskelige å kontrollere.

Risiko kan ses ut i fra forskjellige perspektiver, og både symbol- og samfunnsperspektivet tar utgangspunkt i en realistisk samfunnsforståelse (Lupton 43:2013). Begge disse tenker ut fra et ståsted hvor menneskene selv konstruerer hva som skal defineres som en risiko eller ikke. Dette kan anerkjennes gjennom erfaringer eller logiske oppfatninger. Mange ting vi ser på som risikabelt i dag, var ikke anerkjent som en risiko for 50 år siden. På begynnelsen av 1900-tallet var det mange som røykte uten å ane noen ting som helst om hvilke helseskader de risikerte å påføre seg selv (Lupton 42:2013). Dette var fordi mange ikke kjente til årsakssammenhengen mellom røyking og lungesykdommer. Mange av de tingene vi gjør i

dag er produsert av oppfatninger om at vi lærer av erfaringer og tradisjoner. Ingen barn vet at man må drikke tran og melk for å styrke kroppen uten at de er blitt fortalt det.

Man kan også ta utgangspunkt i et "governmental"-perspektiv (Lupton 43:2013). Dette er hvordan strukturene i samfunnet konstruerer en form for allment akseptert oppfatning av risiko. En risiko er ikke noe man vet hva er uten å ha blitt fortalt det. Risiko er konstruert av samfunnet, og varierer fra samfunn til samfunn. Helsedirektoratet har en aktiv rolle i nordmenns helse, og retter støtt og stadig anbefalinger om helsefremmende tiltak til det norske folk. Dette kan på mange måter være viktige tiltak for å gjøre folk observante på egen helsesituasjon. Den seneste kampanjen omhandler snusing under graviditet, og er en opplysningskampanje ment til å informere uvitende gravide og fremtidig gravide om risikoen knyttet til snusing under graviditet (Helsedirektoratet 2016). De fleste i dag har kunnskap om at røyking under graviditet medfører stor risiko for fosteret, men mange ser ut til å ha vært uvitende om at samme risiko også er knyttet til snusing. Ved å kjøre slike kampanjer, spesielt ved å kjøre dem på lik linje med kommersielle reklamer og i sosiale medier, kan det føre til at flere får mer kunnskap og velger å la være å begynne å snuse, eller slutter med snus. Dette vil igjen føre til forebygging av komplikasjoner hos gravide. Helsedirektoratet har flere slike kampanjer, og ved å gjøre dem tilgjengelig, sørger man for at så mange som mulig får dem med seg, og får en nytteverdi ut av budskapet.

Konklusjon

Hva som avgjør hvilken helse vi har, og hvilken helse vi kommer til å få i fremtiden, avhenger av mange forskjellige faktorer. Noen av disse styrere vi selv, noen har vi muligheten til å påvirke selv, og noen har vi ingen kontroll over i det hele tatt. De vi kan styre selv er de viktigste, for disse gir oss muligheten til å ha kontroll over vår egen helse. Mange av disse faktorene blir igjen påvirket av andre faktorer som er vanskelig å kontrollere, og dette kommer av sosial status, kunnskapsnivå, ressurser, tilgjengelighet og andre faktorer som ikke lar seg styre, som for eksempel farer knyttet til arbeid eller boligsituasjon. Mye av ansvaret for å ta vare på egen helse og forebygge helseplager ligger altså hos individet selv, men dette gir allikevel ikke mulighet til å si at et menneske får den helsa han eller hun fortjener. Det er for mange andre faktorer som spiller inn, og uten kontroll over disse er det vanskelig å hevde dette. Allikevel ser man eksempler på mennesker som rett og slett

fullstendig ignorerer alt det negative de utsetter kroppen og helsa si for. Disse har kanskje større ansvar for egen situasjon enn andre, dette for at de velger å ta valg som kan medføre risiko. Til tross for dette er det ingen som fortjener dårlig helse. På mange måter eksisterer det en holdning i samfunnet i dag om at selvforskyldte helseplager har en annen verdi enn plager man ikke kan noe for. Mange av disse holdningene tar ikke hensyn til alle andre faktorer som spiller inn i et sykdomsforløp. Han som påførte seg selv spiseforstyrrelser har kanskje slitt lenge, og er påvirket av mange andre utløsende faktorer. Man kan ikke uttale seg om andres helsesituasjon, det kan være utrolig mye annet som ligger bak en "selvforskyldt" dårlig helse, og den er som oftest aldri fortjent.

Litteratur

Anderssen, Jorid. (2006). "Risiko for sykdom hos menn – kvinners ansvar". I Sosiologisk tidsskrift: VOL 14. Universitetsforlaget

Anderssen, Jorid. (2016). Møte med helsevesenet. Forelesning i fronter. Universitetet i Tromsø

Arntzen, Annett. (2013). "Sosial ulikhet i spedbarns og barns helse". Høgskolen i Vestfold

Braut, Geir Sverre. (2015, 4. desember). Helse. I Store medisinske leksikon. Hentet 24. mai 2016 fra <https://sml.snø.no/helse>.

Dahl, E., Bergsli, H. og van der Wel, K.A. (2014). "Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt". Sammendragsrapport, Høgskolen i Oslo og Akershus

Dietrichs, Espen & Gjerstad, Leif. (2016). Parkinsons Sykdom. I Store medisinske leksikon. Hentet 31.5.2016 fra [https://sml.snø.no/Parkinsons sykdom](https://sml.snø.no/Parkinsons_sykdom)

Elstad, Jon Ivar. (2005). "Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer". Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Fagerholt, Randi Ann. (2016). Sosial ulikhet og helse. Forelesning i fronter. Universitetet i Tromsø

Guneriusen, Willy. (2016). Risiko og Sårbarhet. Forelesning i fronter. Universitetet i Tromsø

Helman, Cecil G. (2007). *Culture, Health and Illness*. London: Arnold

Helsedirektoratet. (26.5.2016). Snusing under graviditeten kan skade fosteret. Hentet 30.5.2016 fra: <https://helsedirektoratet.no/nyheter/snusing-under-graviditeten-kan-skade-fosteret>

Lupton, Deborah. (2013). *Risk*. London: Routledge

Ringvold, Amund. (20.4.2016) Norsk Mat og Matkultur. I Store norske leksikon. Hentet 1.6.2016 fra: [https://snl.no/Norsk mat og matkultur](https://snl.no/Norsk_mat_og_matkultur)

Stortingsmelding nr. 20. (2007) "Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller". Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartement. Hentet 31.7.2016 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bc70b9942ea241cd90029989bff72d3c/no/pdfs/stm200620070020000dddpdfs.pdf>