



AALBORG UNIVERSITET

Institut for Medicin og
Folkesundhed

Kandidatspeciale i
Folkesundhedsvidenskab

Kan sundhed medføre sygdom?

Et kritisk blik på den senmoderne sundhedsdiskurs

Gruppe: 10300

Johan Øhlenschläger
Mads Lundorf Rasmussen
Nikolaj Bilgram Kristensen

Vejleder: Louise Lund Holm Thomsen
Institut: Medicin og Sundhedsteknologi

Opgavetype: Speciale
Aflevering: 01-06-2016
Antal anslag: 196.977



Forord

“Healthy people are those who live in healthy homes on a healthy diet; in an environment equally fit for birth, growth work, healing, and dying... Healthy people need no bureaucratic interference to mate, give birth, share the human condition and die.”

(Illich 1976) s. 14)

I citatet beskriver Ivan Illich, at sunde mennesker er mennesker der lever sundt i et sundt miljø, og som ikke behøver bureaukratisk indblanding i deres liv. I forhold til dette forekommer det paradoksalt, at staten i større og større grad synes at styre befolkningens sundhed i dag. Omdrejningspunktet for specialet er derfor et kritisk blik rettet mod den senmoderne sundhedsdiskurs, og den måde sundhed italesættes i Danmark.

Vi ønsker at rette en stor tak til vores vejleder Louise Lund Holm Thomsen, der gennem hele specialet både har udfordret og støttet os.

Samtidig ønsker vi at takke Henrik Vardinghus-Nielsen, som undervejs i processen har bidraget med værdifuld sparring.

Resume

Titel: Kan sundhed medføre sygdom? – Et kritisk blik på den senmoderne sundhedsdiskurs

Problemstilling: Gennem de seneste årtier er fokus på sundhed øget. Dette forekommer som en respons på en opfattelse af, at flere almindelige valg og rutiner anses som sundhedsskadelige. Paradoksalt nok lader det dog til, at det store sundhedsfokus i dag medfører utilsigtede konsekvenser i form af lidelser og sundhedsproblemer. Grundet den u hensigtsmæssige udvikling der finder sted, forekommer det væsentligt at undersøge, hvordan udviklingen af disse tilstande kan mindskes eller forhindres.

Formål: Undersøgelsens formål er at kortlægge, hvilke sociale og diskursive praksisser der konstituerer den senmoderne sundhedsdiskurs, samt undersøge, hvordan forandring kan finde sted, så de utilsigtede konsekvenser reduceres.

Metode: Den poststrukturalistiske tilgang anvendes i nærværende speciale som videnskabsteoretisk udgangspunkt. Der benyttes en Foucault-inspireret diskursanalyse som metodologi. Som metode anvendes dokumentanalyse til at undersøge sundhedsdiskursen i perioden 1989-2014.

Resultat: Analysen finder tre diskursive og tre sociale praksisser, der konstituerer den senmoderne sundhedsdiskurs. I folkesundhedsprogrammerne praktiseres italesættelsen af sundhed gennem de diskursive praksisser; livsstilsdiskurs, effektdiskurs og ansvarsdiskurs. De sociale praksisser biomedicin og naturvidenskab er grundlæggende relationer der influerer sundhedsfeltet gennem alle programmerne. Styring er et element der får større indflydelse i de senere programmer, og kan derfor anses som en social praksis i 2014.

Konklusion: Den senmoderne sundhedsdiskurs konstitueres af de diskursive praksisser; livsstilsdiskursen, effektdiskursen og ansvarsdiskursen, samt de sociale praksisser; biomedicin, naturvidenskab og styring. Forandring af sundhedsdiskursen skal primært finde sted indenfor tre områder; fastholdelse af fokus på livsstil, ændring af sundhedssyn fra snævert til bredt, samt ændring af styring, således befolkningen inddrages i forebyggelsen, får større autonomi og pålægges mindre ansvar.

Abstract

Title: Can Health Produce Harm? – A Critical Perspective on the Late Modern Health Discourse

Problem: In recent decades focus on health has increased. This seems to occur as a response to the idea, that more regular choices and routines are viewed as harmful to health. However, it seems that today's focus on health paradoxically leads to unintended consequences in the form of disorders and health problems. As a result of this inconvenient development, it is important to examine how the development of these consequences can be reduced or prevented.

Aim: The aim of this study is to identify the social and discursive practices that constitute the late modern health discourse, and how change can take place, so the unintended consequences are reduced.

Method: The thesis utilizes the poststructuralist approach as its theoretical point of origin. As the methodology this thesis uses a Foucault-inspired discourse analysis. Document analysis is used as a method to examine the health discourse in the period 1989-2014.

Results: The analysis finds three discursive and three social practices that constitute the late modern discourse on health. In the public health programs, the articulation of health is practiced through the discursive practices of lifestyle discourse, effect discourse and responsibility discourse. The social practices biomedicine and science are fundamental relations that influence the health discourse throughout all the programs. Control is an element that gains more influence in the late programs, and it can thus be considered a social practice in 2014.

Conclusion: The late modern health discourse is constituted by the discursive practices of lifestyle discourse, effect discourse, and responsibility discourse, and the social practices of biomedicine, science, and control. A shift in the discourse on health should primarily take place within three areas: maintaining the focus on lifestyle, change from a narrow to a wider perspective on health, and a change in the control, so the population is further involved in the health promotion, gain more autonomy and is imposed with less responsibility.

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. Initierende problem | 1 |
| 2. Problemanalyse | 2 |
| 2.1 Hvad er sundhed? | 2 |
| 2.2 Historisk udvikling indenfor sundhed | 4 |
| 2.3 Forebyggelsen i Danmark | 6 |
| 2.4 Utilstede konsekvenser ved nutidens sundhedsfokus | 9 |
| 2.4.1 Dårlig mental sundhed som utilstet konsekvens af det øgede fokus på sundhed | 9 |
| 2.4.2 Ortoreksi som utilstet konsekvens af det øgede fokus på sundhed | 10 |
| 2.4.3 Stigmatisering som utilstet konsekvens af det øgede fokus på sundhed | 11 |
| 2.4.4 Medikalisering af sundhed som utilstet konsekvens af det øgede fokus på sundhed | 13 |
| 2.5 Danske aktører i sundhedsfeltet | 14 |
| 2.5.1 Staten som aktør | 15 |
| 2.6 Sundhed, et komplekst fænomen i dag | 16 |
| 2.7 Alternativ til den nuværende sundhedsdiskurs? | 18 |
| 2.8 Afgrænsning | 19 |
| 3. Problemformulering | 20 |
| 4. Videnskabsteori | 21 |
| 4.1 Epistemologi | 22 |
| 4.2 Teoretisk perspektiv | 23 |
| 4.2.1 Poststrukturalismen som teoretisk perspektiv | 23 |
| 4.2.2 Foucault som teoretisk referenceramme | 24 |
| 5. Metodologi og metode | 31 |
| 5.1 Metodologi | 31 |
| 5.1.1 Diskursanalyse | 31 |
| 5.1.2 Diskursive analysestrategier | 32 |
| 5.1.3 Analysestrategi i nærværende speciale | 35 |
| 5.2 Metode | 36 |
| 5.2.1 Dokumentanalyse | 36 |
| 5.2.2 Forskningsetik | 40 |
| 5.3 Litteratursøgning | 40 |
| 5.3.1 Ustruktureret søgning | 40 |
| 5.3.2 Systematisk litteratursøgning | 41 |
| 6. Analyse | 47 |
| 6.1 Præsentation af analysens resultater | 47 |
| 6.1.1 Livsstilsdiskurs | 49 |
| 6.1.2 Effektdiskurs | 49 |
| 6.1.3 Ansvarsdiskurs | 49 |
| 6.2 Analyse af folkesundhedsprogrammerne | 49 |
| 6.2.1 Analyse af folkesundhedsprogrammet 1989 og tilhørende materiale | 50 |

| | |
|---|------------|
| 6.2.2 Analyse af folkesundhedsprogrammet 1999 og tilhørende materiale | 54 |
| 6.2.3 Analyse af folkesundhedsprogrammet 2002 og tilhørende materiale | 58 |
| 6.2.4 Analyse af folkesundhedsprogrammet 2014 og tilhørende materiale | 61 |
| 6.3 Analyse af de samlede resultater..... | 65 |
| 6.3.1 Udvikling indenfor livsstilsdiskurs..... | 65 |
| 6.3.2 Udvikling indenfor effektdiskurs | 66 |
| 6.3.3 Udvikling indenfor ansvarsdiskurs..... | 67 |
| 6.3.4 Sociale og diskursive praksisser..... | 68 |
| 7. Diskussion | 71 |
| 7.1 Forandring af den nuværende sundhedsdiskurs..... | 71 |
| 7.1.1 Sundhedsfremme på baggrund af international litteratur..... | 71 |
| 7.1.2 Forandring | 76 |
| 7.1.3 Evaluering af forandring | 79 |
| 7.2 Metodediskussion..... | 80 |
| 7.2.1 Diskussion af poststrukturalisme som teoretisk blik..... | 80 |
| 7.2.2 Diskussion af diskursanalyse som metodologisk strategi..... | 82 |
| 7.2.3 Diskussion af dokumentanalyse som metode..... | 85 |
| 7.2.4 Diskussion af litteratursøgning..... | 86 |
| 7.2.5 Overførbarhed i specialet..... | 87 |
| 8. Konklusion | 89 |
| 9. Perspektivering | 91 |
| 10. Referenceliste | 93 |
| 11. Bilag..... | 104 |

1. Initierende problem

I de seneste årtier er fokus på sundhed øget. Det øgede fokus på sundhed forekommer som en respons på en opfattelse af at flere almindelige valg og rutiner anses som sundhedsskadelige. Eksempelvis har udviklingen medført, at arbejdspladsen i stigende grad indeholder stillesiddende arbejde (Dahl-petersen et al. 2015). Samtidig har øget velfærd medført, at der i dag er større tilgængelighed af både fedt-, salt- og sukkerholdige fødevarer, samt alkohol og tobak (Verwohlt 2013). At rette fokus mod sundhed forekommer derfor som en naturlig løsning, da konsekvenserne ellers lader til at være stigende overvægt, faldende fysisk aktivitet, samt stort alkohol- og tobaksforbrug – konsekvenser der alle forbindes med lavere sundhed og tabte leveår for individet (Danaei et al. 2009; Peto et al. 1992; Borrell 2014). Dette har medført, at sundhed i dag har så prominent en rolle i samfundet, at det er blevet en almindelig antagelse, at sundhed er noget alle bør opnå (Crawford 2006).

Paradoksalt nok lader det dog til, at det at fokusere på sundhed i dag medfører utilsigtede konsekvenser i form af lidelser og sundhedsproblemer. Sideløbende med det øgede fokus på sundhed kan der aflæses stigninger indenfor spiseforstyrrelserne anoreksi og bulimi (Smink et al. 2012; Steinhausen & Jensen 2015), samt fænomenet ortoreksi¹ (Frederiksen & Lucassen 2015). Samtidig er individet blevet mere kropsbevidst (Crawford 2006; Couch et al. 2016; Wykes & Gunter 2005), hvilket afspejler sig i faldende tilfredshed med eget helbred (Barsky 1988). Yderligere konsekvenser kan være medikalisering² af sundheden (Timm 1997) samt øget stigmatisering og diskrimination af de personer, der eksempelvis ikke efterlever det idealbillede, der fremstilles i dag (Anderson & Bresnahan 2012; Markula 2001).

Grundet den u hensigtsmæssige udvikling der finder sted, forekommer det væsentligt at undersøge, hvordan udviklingen af disse tilstande kan mindskes eller forhindres. Det forekommer derfor væsentligt med yderligere indsigt i sundhedsfeltet og nutidens sundhedsfokus samt de patologiske tilstande, der associeres hermed. Dette med henblik på at undersøge, hvordan en ændring i 'blikket' på sundhed kan finde sted.

¹ Ortoreksi henviser til et overdrevet fokus på at spise sundt (Bratman 1997).

² Medikalisering er et begreb der henviser til, at flere og flere områder defineres ud fra medicinske termer og behandles som medicinske kilder (Verwohlt 2013).

2. Problemanalyse

Hensigten med problemanalysen er at anlægge et kritisk blik på den forståelse af sundhed, der har domineret hverdagen igennem de sidste mange år. I problemanalysen fremføres der en teoretisk argumentation for, at udviklingen i sundhedsforståelse har medført en række utilsigtede konsekvenser i form af overdreven og angstpræget (sundheds)adfærd i befolkningen. I denne forbindelse bærer størstedelen af den litteratur, der inddrages i denne argumentation ligeledes præg af et kritisk blik på udviklingen i sundhedsfeltet.

Problemanalysen er opbygget således, at begrebet *sundhed* først undersøges nærmere, da det ikke er et entydigt begreb. Efterfølgende beskrives den sundhedsudvikling, der er fundet siden 1900-tallet. I denne forbindelse beskrives først den generelle udvikling indenfor sundhed fra 1900-1980. Herefter beskrives den danske udvikling fra 1980'erne og frem til i dag. Denne beskrivelse af udviklingen indenfor sundhed danner grundlag for den teoretiske argumentation i problemanalysen, hvor det nuværende sundhedsfokus kobles til diverse utilsigtede konsekvenser. Samtidig er afsnittet en dokumentation for påstanden om, at der i dag eksisterer et øget fokus på sundhed. I det efterfølgende afsnit føres en teoretisk argumentation for de utilsigtede konsekvenser, det nuværende sundhedsfokus medfører. Herefter undersøges aktørerne i sundhedsfeltet nærmere samt hvilken type styring, der anvendes af staten. Dernæst udfoldes kompleksiteten ved sundhed i form af, at sundhed ikke opleves som noget generelt og selvfølgeligt i befolkningen. Slutteligt afgrænses problemanalysen til den endelige problemformulering.

2.1 Hvad er sundhed?

Følgende afsnit analyserer nærmere, hvad begrebet sundhed dækker over, og hvordan det kan forstås i befolkningen i dag.

Den moderne forståelse af hvad sundhed indebærer, har udviklet sig igennem det 20. århundrede. I starten ansås sundhed udelukkende som et spørgsmål om fravær af sygdom, hvor individet betragtes som værende sundt, hvis sygdom ikke ramte den enkelte (Boruchovitch & Mednick 2002). Denne forståelse af sundhed som fravær af sygdom kan karakteriseres som en sundhedsfundamentalistisk tilgang, der kendetegner den

biomedicinske sygdomsmodel (Wackerhausen 1995). I et forsøg på at bryde med denne opfattelse, udviklede World Health Organization³ i 1948 en bred sundhedsdefinition (Otto 2009), som anerkendte, at sundhed var mere end blot fravær af sygdom: *"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity."* (World Health Organization 1948). Denne sundhedsdefinition adskilte sig fra tidligere sundhedsforståelser og anerkendte, at det at være sund kræver mere end blot fravær af sygdom, og at der i stedet i lige så høj grad skal være fokus på det hele menneske og dets interaktion med omverdenen. Denne forståelse af sundhed betegnes som en mere relativistisk tilgang, hvor sundhed også omhandler psykisk velvære og lykke (Wackerhausen 1995).

Hvis der ses nærmere på selve begrebet sundhed, er dette et mangfoldigt begreb, der ikke lader sig definere enkelt. Sundhed er både foranderlig over tid og influeres også af både kultur og kontekst. Alligevel eksisterer der i den vestlige verden en generel forestilling om, at sundhed omhandler velbehag og lykke samt fravær af sygdom (Otto 2009). Dette er dog ikke ensbetydende med, at opfattelsen af sundhed er ens i befolkningen. Sundhed er varierende fra individ til individ, da velbehag og lykke ikke nødvendigvis er det samme hos en person som hos en anden. På trods af denne sundhedsrelativistiske forestilling er det den sundhedsfundamentalistiske tilgang der stadigvæk dominerer forebyggelse og sundhedsvæsenet (Otto 2009).

Dette medfører modstridende sundhedsopfattelser i samfundet. Eksempelvis kan der forekomme situationer, som det enkelte individ forbinder med velvære og lykke, mens sundhedsvæsenet forbinder samme situation med sygdom eller som værende sygdomsfremkaldende. En konsekvens heraf er, at den sundhedsdiskurs⁴ der fremmes af staten gennem sundhedsvæsenet og forebyggelse, ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med befolkningens opfattelse af sundhed.

³ World Health Organization, WHO hedder på dansk verdenssundhedsorganisationen og er et FN-organ, som varetager international sundhed (WHO 2016).

⁴ Ifølge Jørgensen og Phillips, kan en diskurs forstås som: *"...en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på."* (Jørgensen & Phillips 1999) s. 9).

2.2 Historisk udvikling indenfor sundhed

I starten af det 20. århundrede skete der et generelt skifte indenfor folkesundheden. Fra at folkesundhed tidligere primært omhandlede kloakering, vandforsyning og karantæne, blev der sat fokus på det enkelte menneske gennem sundhedspleje. I denne forbindelse skete der en udvikling i forholdet mellem stat og borger, hvor borgeren pludselig blev anset som et skrøbeligt individ, der skulle lære om egen sundhed (Otto 2009).

I den samme periode skete der store medicinske fremskridt. Fremskridt som betød, at infektionssygdomme, som tidligere var den største dødsårsag, nu i midten af 1900'tallet kunne behandles, hvorfor døden fik en anden årsag (Juel 2004). Denne anden årsag blev første gang omtalt for mellem 50 og 60 år siden, og blev betegnet som livsstilsygdomme (Crawford 2004). Livsstilsygdomme indbefatter udviklingen af sygdom på baggrund af de livsstilsvalg individet træffer (Sharma & Majumdar 2009). Denne type af sygdomme åbnede op for en forståelse af, at behandling af sygdom, og derigennem økonomiske omkostninger, kunne undgås på baggrund af den livsstil, som befolkningen havde. Derfor blev det som Robert Crawford kalder *lifestyle hazards* og *at risk behaviour* et samfundsmæssigt anlæggende, hvor der kom stor økonomisk og sundhedsmæssig interesse i at påvirke den 'korrekte' livsstil (Crawford 2004). Samfundet og herunder staten blev således i første halvdel af 1900'tallet en aktør, som ønskede at påvirke sundheden blandt befolkningen. Dette skete gennem formidling, hvor befolkningen blev støttet og overtalt til at bekymre sig om egen sundhed (Otto 2009).

Dette kom eksempelvis til udtryk i USA i 1965, da den daværende regering som de første udviklede en række officielle anbefalinger for, hvordan motion kunne være med til at modvirke den risikoadfærd som befolkningen begyndte at udvikle (Sundhedsstyrelsen 2001). Adfærdsændringerne var dengang tænkt som et forsøg på at nedsætte de stigende sundhedsomkostninger og derigennem spare staten penge (Glasdam 2009). På baggrund af retningslinjerne opstod der en forståelse for, hvad der var usund adfærd, hvor eksempelvis den fysiske fremtoning kunne være sigende for sundheden. Dette skyldes, at overvægt allerede dengang var associeret med højere dødelighed og æstetisk stigmatisering (Eknoyan 2006). Overvægt blev derfor et fænomen som skulle undgås, hvorfor der i denne forbindelse blev dannet et idealbillede af, hvordan menneskekroppen burde se ud for at være sund (Martin 2010).

I 1970'erne opstod der imidlertid en ændring i, hvordan sundhed blev håndteret af staten. Crawford kaldte det den nye sundhedsbevidsthed eller *healthism*⁵. Han omtaler, at sundhed på daværende tidspunkt var blevet noget, som alle var optaget af. Grunden hertil mener han primært skyldes en kraftig stigning i statens og andre aktøres optagethed af sundhed. Staten iværksatte konstant nye initiativer i forsøget på at få flere til at leve sundt. Under denne nye sundhedsbevidsthed skete der ligeledes en forskydning af ansvaret. Hvor det før var statens ansvar, at befolkningen var sund, blev det i højere grad individets eget ansvar. Det at efterleve sundhedsforskrifterne blev yderligere forbundet med et godt liv, hvor gode værdier var sunde værdier. Eksempelvis blev det at leve sundt associeret med selvsikkerhed, arbejdstilfredshed og kreativitet (Crawford 1980). Lene Otto omtaler denne ændring som, at staten før så befolkningen som objekter for politiske foranstaltninger i arbejdet med sundhed til i stedet at blive sundhedssubjekter med et potentiale for selvansvar og egenomsorg, som staten så burde udvikle. Hermed opstod en statslig interesse for at investere i borgerne således, at de kan blive kompetente nok til selv varetage egen sundhed (Otto 2009).

Crawford mente videre, at en konsekvens ved *healthism* var, at der blev skabt en *potentielt syg* rolle, hvor forpligtigelsen om at forblive rask skulle være den drivende kraft (Crawford 1980). Det vil sige, at alle potentielt kunne blive syge, og det så var på baggrund af de valg som individet traf, at personen blev anskuet som enten rask eller syg. Dette stemmer overens med Ottos begreb; *overvågningsmedicin* som ligeledes bygger på, at befolkningen bør oplyses, idet alle potentielt er syge indtil, de har fået redskaberne til at handle (Otto 2009). Ved potentielt syg rollen mente Crawford, at alle havde en moralsk forpligtigelse om at bevare eget helbred. Herigennem blev den ene persons sundhedsudgifter ikke en anden skatteydners ansvar, hvilket stemte overens med statens motiv om at promovere sundhed (Crawford 1980). Denne type styring kan, ifølge Nikolas Rose, forstås som styring gennem solidaritet. I denne type styring mener han, at staten forsøger at styre individet til at føle sig ansvarlig overfor samfundet. Individet skal dermed leve op til sit ansvar, og tilpasse sig samfundets ønsker ved at efterleve de forskellige anbefalinger indenfor sundhedsfeltet (Toxvig et al. 2016). På trods af, at viden omkring sundhed dengang var stigende, samt at befolkningens generelle helbred blev bedre, så fandt Arthur Barsky i 1988 en sammenhæng mellem forbedring af

⁵ Healthism er defineret som en optagethed med personligt helbred, som primært opnås gennem modifikationer af livsstil (Crawford 1980).

befolkningens helbred og faldende tilfredshed med eget helbred. På baggrund heraf fandt han, at befolkningen tilsyneladende var blevet mere sensitive overfor symptomer, idet der i højere grad rapporteres om somatiske symptomer og generel sygdom (Barsky 1988). Paradoksalt nok blev sundheden tilsyneladende øget, men fik samtidig befolkningen til at føle sig mindre sunde. Den fysiske sundhed lader altså til at være på bekostning af den mentale.

Sundhed har således siden starten af det 20. århundrede fået en mere prominent rolle i samfundet. Hertil inddrages det enkelte individ i større grad. anbefalinger for livsstil og adfærd er med til at sætte borgerens hverdag i fokus. Resultatet af dette er øget selvbevidsthed hos borgeren, men også en øget selvbevidsthed for de mange farer, der potentielt kan påvirke sundheden hos den enkelte.

2.3 Forebyggelsen i Danmark

I 1984 begyndte den danske stat for alvor at beskæftige sig med folkesundhed. Dette skete i forbindelse med, at den tilsluttede sig WHO's folkesundhedsprogram *Sundhed for alle i år 2000* fra 1981. Hovedmålet med programmet var dels at forbedre folkesundheden generelt og dels at mindske den sociale ulighed i sundhed (Vallgård 2009b). Dette øgede fokus på folkesundheden kan have medvirket til, at den danske stat i 1987 forsøgte at kortlægge den danske sundhed ved at udarbejde en national sundhedsprofil (Sundhedsstyrelsen 2012). Formålet med sundhedsprofilen var at indhente viden, som skulle bruges som grundlag for at planlægge og målrette sundhedsindsatser og derigennem forbedre folkesundheden i Danmark (Sundhedsstyrelsen 2010).

To år senere, i 1989, udarbejdede den danske stat yderligere det første samlede nationale forebyggelsesprogram. Heri formuleres det direkte, at hensigten med programmet var at sikre den enkeltes livsbetingelser herunder at danne rammer for et liv præget af fysisk og psykisk velbefindende (Sundhedsministeriet 1989b). Denne formulering, hvor den enkeltes livsbetingelser blev sat i fokus, vidner om en ændring i synet på, hvorfor sundhed er vigtig. Hvor begrundelsen for sundhed i befolkningen tidligere omhandlede at gavne staten, blev sundhed i lige så høj grad et spørgsmål om befolkningens generelle velbefindende. Den danske stat inddrog derfor et mere holistisk og relativistisk sundhedssyn, hvor sundhed for individet både indbefattede psykisk og fysisk sundhed (Otto 2009).

Denne relativistiske sundhedsforståelse blev imidlertid udfordret op igennem 1990'erne. En rapport fra Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg viste i 1994, at den danske middellevetid blandt OECD-landene⁶ var faldet fra en femte plads i 1970'erne til en 20. plads i 1990 (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994). Grundet stagneringen i den danske middellevetid blev fokus indenfor forebyggelsen flyttet til danskernes middellevetid og de faktorer, der associeres med overdødelighed; specielt kræft og hjertekarsygdomme (Verwohlt 2013). Som konsekvens af dette blev der fokuseret på, hvad der forårsagede hjertekarsygdomme og kræft, hvilket bragte fokus over på livsstilsfaktorerne (Verwohlt 2013; Dartois et al. 2014; Djoussé et al. 2009).

Dette ses blandt andet i det næste danske folkesundhedsprogram fra 1999, hvor den danske stat målrettet pegede på danskernes livsstil som årsagen til sundhedsproblemerne (Sundhedsministeriet 1999). Det var her specielt tobak, alkohol, ulykker, kost og for lidt motion, som blev anset som synderne for den danske folkesundhed (Vallgård 2003). Forståelse af disse elementers betydning er siden blevet videreudviklet og henvises i dag som KRAM-faktorerne (Statens Institut for Folkesundhed 2009). På baggrund af denne erkendelse udarbejdede den danske stat politikker, som skulle hjælpe individet med at tage ansvar for egen sundhed. Der var her tale om et folkesundhedsprogram, der bestod af forskellige strukturelle indsatser i forskellige arealer, som skulle påvirke borgerne til at træffe det rette valg. Det var blandt andet muligheden for kantinemad, motionstilbud, alkohol- og rygepolitikker på arbejdspladserne. På den måde forsøgte staten at styre befolkningen gennem selvstyrning ved at give dem mulighederne for at træffe det sunde valg (Vallgård 2003).

Senere i 2002, fremsatte den danske stat igen en række målsætninger for folkesundheden i folkesundhedsprogrammet: *Sund hele livet – De nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010* (Regeringen 2002). Denne publikation fremstillede fortsat den danske middellevetid som værende for lav, men antydede ligeledes, at befolkningens autonomi skulle forblive intakt, hvor de skulle have ret til selv at vælge, hvordan de ønskede at leve herunder træffe egne valg i henhold til deres sundhed (Vallgård 2003; Regeringen 2002).

⁶ OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) er et økonomisk samarbejde mellem verdens mest fremskredne lande, som arbejder med økonomiske og sociale forbedringer for verdens befolkning (OECD 2016).

Ønsket om at beholde befolkningens autonomi blev dog udfordret i 2008, hvor en politisk igangsat forebyggelseskommission udarbejdede en række anbefalinger til at styrke den forebyggende indsats og øge middellevetiden. Kommissionens hovedbudskab lød, at staten burde skærpe styringen af borgernes livsstil i form af forbud og afgifter. De mente, at for stor autonomi kunne medføre for mange svære valg for den enkelte, hvorved der ville forekomme yderligere distancering mellem de svage og de ikke svage i samfundet (Forebyggelseskommissionen 2009).

Det seneste udspil fra den danske stat kom i 2014 i det fjerde folkesundhedsprogram: *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. Hertil blev der udviklet en ny forebyggelsespolitik, som havde til formål at udvikle danskernes sundhedstilstand frem til år 2024. På trods af et overordnet ønske om at reducere ulighed i sundhed fremstilles middellevetiden og KRAM-faktorerne stadig som centrale genstande, der skal forbedres (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2014).

På baggrund af ovenstående forekommer det, at den fundamentalistiske tilgang til sundheden har domineret forebyggelsen siden 1980'erne. Generelt eksisterer der en forståelse, hvor middellevetiden forekommer som synonym for sundhed. Samtidig er individet, gennem fokus på adfærd og livsstil, blevet inddraget i forebyggelsen. Denne type styringsform kan ses som en neoliberal tilgang og bygger på en forestilling om selvansvar i forhold til individets egen sundhed, men selvansvar med modifikationer. Heri forsøger staten at give det enkelte individ det frie valg, men samtidig at påvirke valget gennem eksempelvis information, hvor det sunde valg promoveres som både det bedste for individet og for individets omgivelser (Carter 2015; Verwohlt 2013). Effektivitet bliver derfor et mål inden for den neoliberalistiske tænkemåde, hvorfor individet hele tiden aktivt skal hjælpe til med at producere sundhed for ikke at risikere at blive syg. Statens sundhedsdiskurs er derfor, gennem de sidste årtier, blevet sværere at undgå, og må derfor formodes at have en prominent indflydelse på den enkelte. Set i forhold til forståelsen af begrebet sundhed, er det derfor heller ikke mærkeligt, hvis der opstår en generel opfattelse af begrebet blandt befolkningen på baggrund af statens styring. Denne generelle forståelse har medført, at sundhed i dag kan ses som en social praksis⁷, altså at sundhed er internaliseret i samfundet og reproduceres gennem hverdagslivets praksisser.

⁷ Sociale praksisser forstås som samfundsmæssige fænomener, der bidrager til at konstituere den sociale verden, men som ikke har lingvistisk diskursiv karakter (Jørgensen & Phillips 1999).

De seneste år er flere dog begyndt at stille spørgsmål til nutidens sundhedsfremmekultur, hvor sundhed synes at være målet i sig selv og ikke blot et middel til at leve et godt liv. Dette kommer blandt andet til udtryk som artikler i blade, aviser, internettet (Politiken 2014; Alt for damerne 2015; Berlingske 2010; Information 2009) og indslag i fjernsynet (Tv2 2013). Derudover findes der også mere kollektive tiltag, som eksempelvis Adipositas forening, som er et tiltag der arbejder for retten til et godt liv og gode vilkår for overvægtige i Danmark (Adipositas foreningen 2016).

2.4 Utilsigtede konsekvenser ved nutidens sundhedsfokus

Følgende afsnit vil, igennem teoretisk argumentation, forsøge at drage en kobling mellem den præsenterede udvikling indenfor sundhed og diverse utilsigtede konsekvenser. Denne kobling uddybes i følgende fire underafsnit; *dårlig mental sundhed, ortoreksi, stigmatisering og medikalisering af sundhed*.

2.4.1 Dårlig mental sundhed som utilsigtet konsekvens af det øgede fokus på sundhed

Som nævnt i afsnit 2.2, fandt Barsky, at der, på trods af en generel positiv stigning i helbredet i befolkningen, var faldende tilfredshed med helbredet hos den enkelte (Barsky 1988). Ifølge Crawford har det øgede sundhedsfokus medført usikkerhed og angst i befolkningen, fordi det har medvirket til at afdække de mange potentielle farer, som findes overalt omkring individet (Crawford 2004). Eksempelvis har fokus på KRAM-faktorerne medført, at den enkelte skal spise sund kost, undgå rygning og for meget alkohol samt dyrke motion for ikke at blive potentielt syg. Individet oplever Ifølge Crawford angst og usikkerhed grundet de mange tiltag, der skal efterleves for at beskytte imod alle de identificerede farer (Crawford 2004; Crawford 2006). Dette understøttes af en undersøgelse som fandt, at kvinder i overgangsalderen oplevede usikkerhed og bekymring som følge af informationer om risiko (Hvas 2010).

Anthony Giddens teori omkring det senmoderne samfund kan formentlig være medvirkende til at forklare, hvorfor befolkningen oplever usikkerhed og angst. Ifølge Giddens har samfundsudviklingen blandt andet medført øget individualisering, hvorfor det i højere grad

end tidligere er op til den enkelte at skabe sin egen identitet (Giddens 1996; Nielsen & Wagner 2011). I det, at sundhed er blevet en norm (Crawford 2004), kan det tænkes at sundhed fylder en større del af den enkeltes identitet og hverdag sammenlignet med tidligere. Samtidig taler Giddens om, at der er sket en øget refleksivitet hos det enkelte individ, da moderniteten er medvirkende til, at der sker konstant produktion af ny viden (Giddens 1994). Denne produktion af viden kan så tvivl omkring den allerede eksisterende viden, da individet ikke kan føle sig sikker på, om denne blot ændres til ny viden på et senere tidspunkt. Den enkelte person må derfor i højere grad end tidligere, reflektere over, hvad der i dag er rigtigt eller forkert indenfor sundhed (Giddens 1994; Giddens 1996; Nielsen & Wagner 2011). Dette understøttes ligeledes af Ulrik Becks teori om samfundet som et risikosamfund. Heri taler Beck om, at risiko er blevet allestedsnærværende i nutidens samfund. Der er risiko i de valg, der tages, og der er altid risiko for at fejle eller at vælge forkert (Thing 2011).

Det øgede fokus på sundheden medfører, at sundheden bliver allestedsnærværende og fylder en større og større del af hverdagen. Den neoliberale styringsmodel lægger samtidig pres på borgeren i forhold til at skulle efterleve statens sundhedsdiskurs. Potentielt syg rollen fordrer, at det enkelte individ hele tiden aktivt skal byde ind for ikke at risikere at blive syg. Udviklingen i sundhedsfeltet medfører samtidig konstant produktion af ny viden og derigennem en følelse af øget risiko for den enkelte. Foruden at medføre ontologisk usikkerhed omkring, hvad der er sand viden, medfører produktionen af viden også tvetydige og modsigende oplysninger der påvirker hverdagen. Eksempelvis eksisterer der en debat om, hvorvidt mælk er godt eller dårligt for kroppen (Schnohr & Mauritson 2008). Det at føle sig pålagt til at skulle navigere rundt i denne usikkerhed i sundhedsfeltet, kan være forklarende for, at det enkelte individ oplever dårligere mental sundhed på trods af øget fysisk helbred.

2.4.2 Ortoreksi som utilsigtet konsekvens af det øgede fokus på sundhed

Studier indikerer, at udviklingen i synet på sundhed har ført til stigninger i antallet af personer som lider af ortoreksi. Ortoreksi beskrives for første gang i 1997 af Steven Bratman, og henviser til en fiksering på at spise *korrekt* kost, det vil siges fødevarer, som af den enkelte opfattes som rene og sunde (Fidan et al. 2010; Bratman 1997).

Det øgede fokus på sundhed har medført, at der i dag også er øget fokus på den kost, vi indtager (Brytek-Matera 2012). Ønsket om at anvende sunde fødevarer er ikke et problem i sig selv, men når den sunde livsstil bliver en besættelse og ændrer individets normale livsstil og adfærd, kan det blive et sundhedsmæssigt problem (Brytek-Matera 2012). Et studie viste blandt andet, at ortoreksi kunne føre til intens angst og følelse af skyld og skam, hvis ikke den sunde livsstil blev overholdt (Varga et al. 2014). Samtidig er der risiko for, at den sunde livsstil bliver mere betydningsfuld end personlige værdier, sociale relationer (Brytek-Matera 2012; Bağci Bosi et al. 2007). Det vides umiddelbart ikke, hvor udbredt ortoreksi er, men hospitalsdirektør for kildehøj privathospital specialiseret i spiseforstyrrelser, Rachel Santini, udtalte i et interview i 2015, at antallet af ortoreksi tilfælde er stigende, og de ses hos en stadig yngre aldersgruppe (Frederiksen & Lucassen 2015).

Der er endnu ikke evidens for, hvordan ortoreksi opstår, og hvad det præcist skyldes, men en mulig forklaring kan dog udledes fra Crawford's tanker om konsekvenserne ved det øgede sundhedsfokus. Idet individet bliver ansvarliggjort for egen sundhed, har det medvirket til en generel øget forståelse af sundhed blandt befolkningen (Crawford 2004). Herigennem også en forståelse af kosten som et middel til regulering af sundheden. Dette har været medvirkende til produktion af viden indenfor området, som medfører en forståelse af de mange farer som kosten potentielt kan udgøre. Her mente Crawford, at de forskellige aktører på sundhedsområdet, heriblandt staten, var med til at male et farebillede for befolkningen, hvor den usunde mad blev en af synderne (Crawford 2004). Dette kan være medvirkende til, at det for nogen ikke blot blev råd, som skulle følges men i stedet ender med en fanatisk livsstil, hvor ønsket om at leve sundt dominerer hele hverdagen for individet. Ifølge Bratman starter ortoreksi netop oftest ud fra et uskyldigt ønske om at leve og spise sundere (Bratman 1997).

2.4.3 Stigmatisering som utilsigtet konsekvens af det øgede fokus på sundhed

I sin bog, *Forbandede Sunddom*, fra 2015 anlægger Morten Ebbe Juul Nielsen et kritisk perspektiv på nutidens sundhedsdyrkelse. Heri beskriver han sundhedsdyrkelsen som ureflekteret og mener, at den fører til øget ulighed, social uretfærdighed, permanent bekymringstilstand, overdrevet kropsfokusering og spiseforstyrrelser (Nielsen 2015). Nielsen uddyber, at ordet sundhed i dag er entydigt positivt, og så snart der er tale om at gøre noget

for sundhedens skyld, så ryger eftertanken. Her går det altså galt, når sundhedsdyrkelsen mindsker den samlede livskvalitet frem for at forøge den (Nielsen 2015). Dette kan eksempelvis refereres til befolkningsgruppen som lider af ortoreksi, hvor sundhedsdyrkelsen til sidst bliver fanatisk og dominerende. Ifølge Nielsen er der sket en form for totalitarisme indenfor sundhedsdiskursen, hvor sundhed før i tiden blot var fravær af sygdom, skal individet i dag aktivt producere sundheden (Nielsen 2015). Dette kommer blandt andet til udtryk ved, at sundhedsfundamentalismen i dag omhandler livsstil og adfærd gennem fokus på KRAM-faktorerne. Nielsen taler om, at dette er med til at skabe en splittelse i befolkningen, at der i dag skelnes mellem det, han kalder vinderborgere, dem som efterlever sundhedsdiskursen, og taber borgere, dem som ikke gør (Nielsen 2015).

I det følgende undersøges Nielsens budskab nærmere. Af den nationale sundhedsprofil fra 2013 fremgår det, at der stadig er 17 % af befolkningen som ryger, at ca. hver femte person stadig drikker alkohol over lavrisikogrænsen, at ca. én ud af syv danskere vurderer deres kostmønstre som værende usundt, og at 29.2 % af den voksne befolkning er moderat eller hårdt fysisk aktive i fritiden. Heraf angiver flere, at de gerne vil stoppe med at ryge og være mere fysisk aktive (Sundhedsstyrelsen 2014). I forlængelse af dette, er der sket en stigende polarisering i befolkningen set i forhold til at efterleve statens sundhedsdiskurs. Det vil med andre ord sige, at der er sket et større spænd i mellem de personer der efterlever sundhedsanbefalingerne, og dem som ikke gør. Eksempelvis er de fysisk aktive borgere blevet endnu mere aktive, og bruger længere tid på fysisk aktivitet end tidligere. Samtidig er den mindre aktive gruppe blevet mere inaktiv, og bevæger sig derfor endnu mindre end tidligere (Sundhedsstyrelsen 2006). Denne polarisering kan ses som en begyndende opdeling i befolkningen, hvor de to ydergrupper består af dem som efterlever og dyrker sundhedskravene, og dem som ikke gør. De vinder- og taberborgere, som Nielsen taler om, kan ses som personerne i disse ydergrupper.

En konsekvens af denne opdeling kan være stigmatisering og diskrimination af den ekskluderede gruppe, i dette tilfælde 'taberborgerne' som ikke efterlever sundhedskravene. Et amerikansk studie viste for eksempel, at kropsvægten har stor indflydelse på, hvordan det går til en jobsamtale. Resultaterne fra studiet var, at sandsynligheden for ansættelse faldt, hvis en person var overvægtig (Pungitore et al. 1994). Et andet eksempel findes indenfor rygning, hvor Cleveland Clinic tilbage i 2007 forbød rygere på arbejdspladsen og ikke blot rygning.

Dette skyldes, at de ikke var tilfredse med resultaterne fra deres anti-rygningstiltag, og efterfølgende har flere hospitaler taget dette tiltag til sig (Sulzberger 2011). På baggrund af en sådan udvikling kan der stilles spørgsmål til den optimeringstilgang der forekommer, og om overvægtige individer eksempelvis skal forbydes på arbejdspladsen, hvis tynde er mere produktive og har færre sygedage.

Nutidens sundhedsfokus, hvor den enkelte er blevet pålagt ansvaret for egen sundhed, kan derved føre til øget stigmatisering i befolkningen. Den befolkningsgruppe, der ikke efterlever sundhedskravene, kan ses som en gruppe, der løber fra deres ansvar og, at samfundet skal betale for deres utilstrækkelighed (Reinbacher & Verwohlt 2009). Et resultat heraf, er øget stigmatisering og diskriminering af dem, som ikke formår at efterleve sundhedskravene.

2.4.4 Medikalisering af sundhed som utilsigtet konsekvens af det øgede fokus på sundhed

Medikaliseringebegrebet henviser til, at flere og flere områder defineres ud fra medicinske termer og behandles som medicinske kilder (Verwohlt 2013). Dette kan for eksempel ses ved, at antallet af forskellige diagnoser steg fra 106 til 297 i perioden 1952-1994. Eksempelvis blev rygning tidligere betegnet som en social vane, men klassificeres i dag som en sygdom i sig selv og ikke blot som værende sygdomsfremkaldende (Verwohlt 2013).

I forbindelse med medikaliseringen af livsstilsadfærden er ontologien om det gode liv i stigende grad blevet synonym med det sunde, lange og sygdomsfrie liv (Verwohlt 2013). Ifølge Otto er denne sundhedsfundamentalistiske tilgang til sundhed med til at forme vores idealer om det gode liv samt den måde, vi regulerer og forbedrer os selv og vores liv på (Otto 2003). Helle Timm påpeger, at det er problematisk med den øgede medikalisering af hverdagen. Hun taler blandt andet om, at hvis sundhed reduceres til livsstilsvaner som alkohol, tobaksforbrug, fedtindtag og motion, overses og negligeres hverdagen for den enkelte (Timm 1997).

Fokus på KRAM-faktorerne som sundhedsskabende kan reducere betydningen af eksempelvis motion eller alkohol til et spørgsmål om sundhed. Hvis eksempelvis boldspil dyrkes for motionens skyld, risikerer glæden ved at lege med bolden at forsvinde. Et andet eksempel kan

findes indenfor alkohol. Ved at reducere alkohol til noget usundt overses den glæde og velvære, som en øl med vennerne eller et glas vin til maden kan medføre. Nielsen taler i denne forbindelse om omkostninger ved sundhedsdiskursen. Omkostninger der kan ses, som den tid individet i dag bruger på at dyrke sundheden i forhold til sundhedstiltagene, og at det er tid, som kunne bruges på andre elementer i hverdagen eksempelvis familie eller venner (Nielsen 2015). Tiltag som i den sundhedsrelativistiske opfattelse også kan opfattes som sundhed, da det kan bringe lykke og velvære. Timm skriver: *"Ved at reducere sundheden til livsstilsadfærd forsvinder meningen med det hele."* (Timm 1997) s. 35), hvilket opsummerer pointen, at nutidens sundhedsdiskurs risikerer at fjerne glæden.

2.5 Danske aktører i sundhedsfeltet

Følgende afsnit undersøger aktørerne i sundhedsfeltet nærmere. Efterfølgende inddrages den franske idehistoriker Michel Foucaults begreber til at beskrive den styring staten som aktør anvender i feltet.

Samfundet anses i dag som værende et komplekst fænomen bestående af flere forskellige samfundsfaktorer (Ottesen & Ibsen 1999). I denne forbindelse er det almindeligt at beskrive nutidens velfærdssamfund ud fra tre overordnede sektorer: Stat, marked og civilsamfund (Henriksen 1995; Pestoff 1992). Staten forstås i denne forbindelse som fremtrædende blandt andet gennem hierarkisk kontrol og regulering. Markedet er karakteriseret ved konkurrence, eksempelvis ved udveksling af varer mellem mennesker, oftest formidlet gennem pengemediet. Slutteligt omhandler civilsamfundet sociale relationer mellem borgerne samt de gældende værdier og fællesskab (Henriksen 1995).

Der findes et dialektisk samspil mellem de tre sektorer, hvor henholdsvis staten, markedet og civilsamfundet kan påvirke hinanden indbyrdes (Ottesen & Ibsen 1999). Statens sundhedsdiskurs er medvirkende til at åbne markedet indenfor eksempelvis motion, da dette fremlægges som værende sundt og derfor noget, der bør efterleves af den enkelte. Samtidig påvirker staten civilsamfundet for eksempel gennem informationer eller direkte tiltag som kampagner. Markedet er styret af profitinteresser og derfor ikke nødvendigvis af folkesundheden (Reinbacher 2009). Udvikling indenfor teknologi har medført, at medierne i dag kan nå ud til en større del af befolkningen (Wykes & Gunter 2005). Markedet har derfor

mulighed for at påvirke civilsamfundet gennem reklamer i blandt andet blade, magasiner, fjernsyn og internet. Samtidig kan markedet påvirke staten gennem markedets priser. Civilsamfundet er medvirkende til at reproducere det eksisterende sundhedsfokus gennem efterlevelse af de normer, der eksisterer i sundhedsfeltet. Dette kan eksempelvis ske gennem iagttagelse, interaktion, eller sociale medier. Facebook og Instagram giver for eksempel i højere grad end tidligere mulighed for at sammenligne vores krop, udseende og kostvaner med andre, gennem de billeder der lægges op (Cohen & Blaszczynski 2015; Fardouly & Vartanian 2015). Civilsamfundet kan derudover påvirke markedet gennem efterspørgsel af specifikke varer. Derudover kan civilsamfundet også påvirke staten, da staten er forpligtet overfor befolkningen, hvorfor den bliver nødt til at følge deres interesser og efterspørgsel (Reinbacher 2009).

I nærværende speciale rettes fokus imod staten som aktør, hvorfor der afgrænses fra markedet og civilsamfundet. Specialet vil stadig tage højde for, at disse aktører kan have indflydelse, men kun undersøge det ud fra et blik, der rettes imod staten. Af denne årsag er det også blot staten der uddybes yderligere i dette afsnit.

2.5.1 Staten som aktør

Foucault anvender begrebet *biomagt* om den magt, der søger at lede befolkningen mod sundhed. Magten skal ikke forstås som dominans men i stedet som en produktiv kræft (Pedersen 2010). Biomagten kan forstås som de politikker eller strategier, som staten anvender til med henblik på at styre befolkningen mod sundhed eller skabe produktive samfundsmedlemmer. Statens forebyggelsestiltag kan anses som udtryk for biomagt, hvor hensigten er at lede befolkningen imod et sundere liv. Den egentlige styring, beskriver Foucault gennem begrebet *governmentality*. Begrebet henviser til en overordnet styringsform, der har til formål at sikre dannelsen af nyttige samfundsborgere (Pedersen 2010). Rose har fortolket videre på Foucaults begreb og taler blandt andet om tre metoder til styring af individet; styring gennem henholdsvis disciplinering, solidaritet og autonomi (Toxvig et al. 2016).

Styring gennem disciplinering har til hensigt at appellere til ansvar og selvkontrol. Ved at skabe en forestilling om hvad der er normalt, bliver det enkelte individ styret af sit eget ønske

om at efterleve dette (Toxvig et al. 2016). Eksempelvis kan statens fremlægning af KRAM-faktorerne medføre, at rygning opfattes noget negativt (Verwohlt 2013), og den ønskelige norm derfor bliver at kvitte cigaretterne.

Styring gennem solidaritet omhandler, at der skabes et samfund, hvor den enkelte føler sig ansvarlig overfor samfundet. Heri er den enkelte nødsaget til at tilpasse sig samfundets holdninger, hvis ikke individet skal løbe fra ansvaret (Reinbacher & Verwohlt 2009; Toxvig et al. 2016). I denne tilgang ansvarliggøres borgeren overfor egen sundhed. Samtidig har potentielt sygrollen medført, at den enkelte hele tiden skal gøre en indsats for ikke at stå tilbage som en, der ikke lever op til sit ansvar. Individet bliver derved styret mod den ønskede adfærd.

Styring gennem autonomi er en styringsform, der paradoksalt nok finder sted ved at behandle befolkningen som frie individer. Selve styringen sker ved at påvirke den måde individet vælger for eksempel ved at opstille idealer (Toxvig et al. 2016). Eksempler på denne styringsform er blandt andet efterlevelse af den korrekte adfærd for eksempel i forhold til KRAM faktorerne eller ønsket om at efterleve det tynde kropsideal.

Staten forsøger gennem de tre styringsformer at styre befolkningen i en bestemt retning gennem biomagt og governmental styring. Styring legitimeres ved, at styringen er til for borgerens og samfundets eget bedste. Men da governmentality er en skjult og uigennemskuelig styringsform, medfører dette, i modsætning til de tidligere og mere direkte styringsformer, at magtformen ikke har et subjekt, som modstand kan rettes imod (Reinbacher 2009). Eventuel utilfredshed i befolkningen kan derfor forekomme underrepræsenteret.

2.6 Sundhed, et komplekst fænomen i dag

Sundhed fylder en stor del af hverdagen, og det har i dag en så prominent rolle i samfundet, at det er blevet en almindelig antagelse, at sundhed er noget alle bør opnå (Crawford 2006). Sundhed kan derfor anses som en form for social praksis, der er medvirkende til at konstituere den italesættelse, som finder sted af sundhed.

Men det store fokus på sundhed er ikke ubegrundet. Samfundsudviklingen leder i stigende grad frem til en hverdag, hvor fysisk aktivitet og sund kost ikke er en selvfølge, hvorfor de sunde anbefalinger staten foreskriver ikke selvfølgelig opnås. Flere processer på arbejdspladsen er i dag automatiseret ved hjælp af maskiner og computere, hvilket har medført, at en større andel af nutidens arbejde præges af stillesiddende arbejde (Dahl-petersen et al. 2015). Samtidig er der øget tilgængelighed af passiv transport af fedt-, salt- og sukkerholdige fødevarer, samt alkohol og tobaksvarer (Verwohlt 2013). Udviklingen har dog også medført flere tilbud, der gør det nemmere at efterleve statens sundhedsdiskurs. Gennem de sidste år er der eksempelvis opstået en udvikling i tilgængeligheden af fitnesscentre og løbeklubber, og landevejs- og mountainbike cykling er i dag mere udbredt. Internettet har endvidere medført, at det er nemmere end nogensinde før at tilegne sig viden i forhold til kost og motion, og butikker og supermarkeder har større tilgængelighed af sunde frokosttilbud.

Der kan stilles spørgsmål ved, hvorfor borgeren ikke vælger det sunde og fornuftige valg, som staten forsøger at styre dem imod, når hverdagen åbner op for begge typer af adfærd. Verner Møller taler i denne forbindelse om, at de fleste mennesker rent faktisk er klar over, hvad der gavner helbredet, og hvad der truer det (Møller 2009). I forlængelse af dette taler Bente Halkier om, at det ikke er uvidenhed men helt andre faktorer, der ligger til grund for borgerens adfærd. I stedet er det nødvendigt at medtænke hverdagen og konteksten, da disse har betydning for individets handlinger (Halkier 2010). Individets adfærd bliver derfor et spørgsmål om, hvad personen selv ønsker. At det sunde valg ikke efterleves, kan ifølge Steen Wackerhausen tilskrives, at sundheden bliver et *uægte mål*, der påtvinges fra statens side (Wackerhausen 1995). Det uægte mål bliver derfor sværere at efterleve for individet, da det i modsætning til *ægte mål* ikke oprigtigt stammer fra individets egne ønsker og præferencer. Hvad der kan betegnes som borgerens ægte mål for sundhed leder tilbage til afsnit 2.1 om sundhedsbegreb. Hvis det enkelte individ opfatter velvære og lykke som en del af sundheden, bliver disse værdier essentielle for personens ægte mål for sundhed. Der forekommer derfor mere end én måde at se sundhed på, hvilket understøttes af en undersøgelse som netop fandt, at der findes flere forskellige sundhedsdiskurser hos kvinder i overgangsalderen (Hvas 2010)

På grund af øget tempo i hverdagen, kan tiden i dag ses som en knap ressource (Giddens 1994; Giddens 1996). Det at efterleve de mange retningslinjer fra staten kan derfor anses som en uoverskuelig opgave i en travl hverdag for individet, hvorfor flere vælger at prioriteres

anderledes end staten ønsker det. For eksempel viste interview med lavt uddannede kvinder, at rygning var blevet essentielt for dem for at kunne udholde hverdagen (Jensen 2009). Det kan derfor forekomme absurd at forestille sig, at den nuværende sundhedsdiskurs er noget som alle vil, kan og bør efterleve. Den nuværende sundhedsfundamentalistiske tilgang er gennem fokus på KRAM-faktorerne rykket ind i den brede sundhedsopfattelse, da livsstil og adfærd pludselig har fået betydning for det at blive eller forblive rask. Men denne tilgang glemmer at tage højde for den enkeltes hverdag, ressourcer og ønsker. De mål der opstilles fra regeringens side overser derfor alle de mennesker, der ikke har de nødvendige ressourcer eller overskud til at indfri målene. En af konsekvenserne af dette er i så fald, at de ikke lever op til deres ansvar, og derfor risikerer at blive stigmatiseret eller diskrimineret. Dette betyder ikke, at fokus på sundhed helt skal forlades. Dog må der stilles spørgsmål til, hvordan der kan fokuseres på sundhed på en måde, hvor de utilsigtede konsekvenser reduceres.

2.7 Alternativ til den nuværende sundhedsdiskurs?

På baggrund af de præsenterede utilsigtede konsekvenser kan der stilles spørgsmål til, hvorvidt der bør ændres noget i den nuværende sundhedsdiskurs. Dette underbygges yderligere af en europæisk rapport fra WHO i 2009, hvor i det fremgår, at Danmark er det land i Europa, der anvender den højeste procentdel af BNP⁸ på sundhed. På trods af dette er middellevetiden stadig lavere end eksempelvis Norge og Sverige (World Health Organization 2009). Netop Norge og Sverige er lande som kan være interessante at undersøge nærmere, da de i højere grad end Danmark i deres forebyggelse fokuserer på indsatser overfor stress, psykiske sygdomme og sociale problemer (Verwohlt 2013; Vallgård 2003). Et mere sundhedsrelativistisk sundhedssyn kunne bibringe med et bredere perspektiv på sundhed, og derigennem inddrage det enkelte individ og konteksten i højere grad. Samtidig kan det forekomme relevant at stille sig kritisk overfor den måde, hvorpå individet bliver ansvarliggjort for sundheden i dag, da WHO taler for, at sundhed er et globalt ansvar, og derfor ikke udelukkende kan tilskrives borgeren (Reinbacher & Verwohlt 2009). En anden mulighed kunne være at ændre den neoliberale styringsform, som anvendes fra statens side.

⁸ BNP er en forkortelse for Bruttonationalprodukt, og henviser til et lands samlede produktionsresultat gennem et år (Gyldendal Den Store Danske 2009).

Hvis det frie valg, der i dag pålægges individet, medfører et for stort pres, kunne en mulighed være at fjerne det frie valg og anlægge en mere direkte styringsform.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der findes væsentlig flere alternativer end dem som er præsenteret i dette afsnit. Hovedpointen er, at der findes andre muligheder end den nuværende styring, og at disse potentielt kan nedsætte de utilsigtede konsekvenser, som den nuværende sundhedsdiskurs medfører. Hvad der ligger til grund for, at den sundhedsfundamentalistiske tilgang har hegemoni⁹ indenfor forebyggelsen, når den tilsyneladende forårsager de nævnte utilsigtede konsekvenser, vides dog ikke. Det er væsentligt at få dette belyst yderligere, da sundhedsfundamentalismen, på trods af kritik, gang på gang opnår denne hegemoni. Med andre ord er nødvendigt med indsigt i og forandring af det som danner grundlag for denne dominans før, der kan forekomme en forandring af selve den sundhedsfundamentalistiske tilgang, og herigennem mindske de utilsigtede konsekvenser.

2.8 Afgrænsning

Specialet har til hensigt gennem diskursanalyse at undersøge de eksisterende folkesundhedsprogrammer og det bagvedliggende materiale for derigennem at se nærmere på, hvad der ligger til grund for statens sundhedsdiskurs. Analysen har til hensigt at kortlægge hvilke sociale og diskursive praksisser, der ligger til grund for beslutningerne i folkesundhedsprogrammerne fra henholdsvis 1989, 1999, 2002 og 2014.

⁹ Hegemoni kan forstås som, at et bestemt synspunkt opnår overherredømme (Jørgensen & Phillips 1999).

3. Problemformulering

Hvilke sociale og diskursive praksisser, i folkesundhedsprogrammerne samt det tilhørende materiale, er konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs, hvori det sundhedsfundamentalistiske sundhedsbegreb har hegemoni indenfor den danske forebyggelse, og hvordan kan forandring finde sted, således de utilsigtede konsekvenser mindskes?

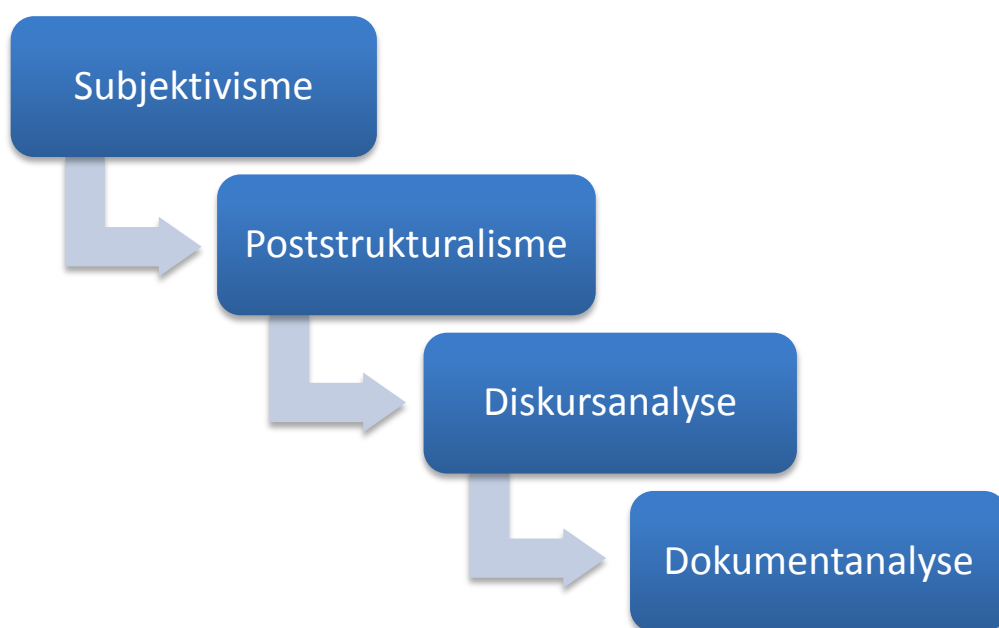
Operationalisering

Operationaliseringen har til hensigt at klarlægge den præcise forståelse af abstrakte begreber i problemformuleringen. Formålet er, at der derved skabes en præcis forståelse af begreberne, således der kan opnås viden i forhold til denne forståelse.

- Sociale praksisser forstås i specialet som samfundsmæssige fænomener, der bidrager til at konstituere den sociale verden, men som ikke har lingvistisk diskursiv karakter (Jørgensen & Phillips 1999). Med andre ord anses sociale praksisser som noget, der er kropsliggjort og indlejret, en form for norm, der tages for givet.
- Diskursive praksisser forstås som regulerede måder, hvorved diskursens mulighedsbetingelser praktiseres (Nissen & Vardinghus-Nielsen 2007). Diskursiv praksis markerer således de muligheder de muligheder, der eksisterer for diskurs, og gennem italesættelse er medvirkende til at skabe mennesker og relationer og den virkelighed, der finder sted (Jørgensen & Phillips 1999).
- Folkesundhedsprogrammerne refererer til de fire folkesundhedsprogrammer, der er publiceret i Danmark i henholdsvis år 1989, 1999, 2002 og 2014 (Sundhedsministeriet 1989b; Sundhedsministeriet 1999; Regeringen 2002; Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2014).
- Tilhørende materiale refererer til materiale, der har relation til folkesundhedsprogrammerne, og som i specialet er blevet tilsendt fra sundhedsstyrelsen efter aktindsigt. Dette er eksempelvis bagvedliggende mailkorrespondance eller tidligere udkast af programmerne.
- De utilsigtede konsekvenser refererer til de konsekvenser som er udledt i problemanalysen.

4. Videnskabsteori

For at retfærdiggøre de metodologiske valg og retninger for nærværende speciale er det ifølge Michael Crotty en nødvendighed at klarlægge, hvilke virkelighedsantagelser en undersøgelse bringer ind i arbejdet (Crotty 1998). Crotty taler for at ved at klarlægge disse antagelser, giver det læseren forståelse af, hvordan viden erkendes og konstrueres, og herigennem hvordan resultaterne af specialet skal tolkes og benyttes (Crotty 1998). Klarlægningen af virkelighedsantagelserne opdeles af Crotty i fire elementer, som tilsammen udgør undersøgelsens struktur. Disse fire elementer er; epistemologi, teoretisk perspektiv, metodologi og metode (Crotty 1998). Nedenstående figur illustrerer, hvordan de fire elementer gør sig gældende for nærværende speciale. Valgende indenfor de fire elementer uddybes og begrundes i kapitlerne *Videnskabsteori* og *Metodologi og metode*.



Figur 1: Crotty's fire elementer illustreret i relation til nærværende speciale (Modificeret på baggrund af Crotty's figur (Crotty 1998) s. 5).

De følgende to kapitler, 4 og 5, er opbygget på baggrund af Crotty's ovenstående argument om, at det er en nødvendighed at klarlægge, hvilke virkelighedsantagelser der anlægges i en undersøgelse for herigennem at retfærdiggøre de metodologiske valg og retninger for

nærværende speciale. De to kapitler er hver opbygget med afsæt i to af Crottys fire elementer, hvor der i kapitel 4 vil være en præsentation af det epistemologiske standpunkt samt det teoretiske perspektiv. Dernæst vil de metodologiske og metodemæssige overvejelser fremgå og blive præsenteret i kapitel 5.

4.1 Epistemologi

Epistemologi kaldes for erkendelsesteori, og er den måde hvorpå, vi forstår og forklarer, hvordan vi ved det, vi ved. Yderligere danner valget af epistemologi grundlaget for hvilken viden, der er tilgængelig samt hvordan der sikres, at denne er tilstrækkelig og legitim i forhold til det der undersøges. Ifølge Crotty eksisterer der overordnet tre epistemologier; objektivisme, konstruktivisme og subjektivisme (Crotty 1998). Den objektivistiske epistemologi indebærer at mening, og derfor meningsfuld virkelighed, eksisterer uafhængig af bevidstheden. Den konstruktivistiske epistemologi indebærer, at mening ikke opdages, men derimod konstrueres blandt andet gennem de sociale kontekster, individet befinder sig i. Slutteligt indebærer den subjektivistiske epistemologi, at mening ikke skabes gennem samspil, men subjektet i stedet påtvinger mening til objektet. Objektet besidder altså ikke i sig selv mening, men tilskrives i stedet mening af subjektet (Crotty 1998).

Forskningsspørgsmålet skal ifølge Crotty være styrende for hvilken epistemologi, der anvendes. I nærværende speciale efterstræbes en forståelse for grundlaget til det sundhedsfundamentalistiske sundhedssyn. På den baggrund bliver begrebet sundhed interessant. Sundhed er et abstrakt begreb, der tillægges forskellige meninger og værdier afhængig af individet (Bacchi 2009). På trods af, at sundhed kan være individuelt, er der forskellige aktører i nutidens samfund, som har interesse i at omforme og definere begrebet i en bestemt retning. Der foregår derfor diskursive magtkampe om at påtvinge sundhedsbegrebet mening. På den baggrund vil nærværende speciale bygge sit epistemologiske fundament ud fra den subjektivistiske tilgang, idet begrebet sundhed bliver det objekt som tillægges værdi af aktørerne på området.

4.2 Teoretisk perspektiv

Det teoretiske perspektiv er det filosofiske perspektiv som tillægges undersøgelsen. Det teoretiske perspektiv er derfor tilgangen til at forstå og forklare, hvorfor mennesker agerer, som de gør (Crotty 1998). For nærværende speciale opdeles det teoretiske perspektiv i to elementer. Det første er det videnskabsteoretiske udgangspunkt, som er poststrukturalismen. Det andet er Foucaults begreber, som inden for det poststrukturalistiske felt benyttes som den teoretiske referenceramme.

4.2.1 Poststrukturalismen som teoretisk perspektiv

Poststrukturalismen er en sprogfilosofi, der opstod i 1960'erne i Frankrig og ser sproget som adgang til virkeligheden (Jørgensen & Phillips 1999; Stormhøj 2006). Som tidligere nævnt, problematiseres statens udlægning af sundhed gennem sundhedspolitikker, hvorfor netop sproget og interaktionen mellem stat og andre aktører forekommer som et aktuelt genstandsfelt. Poststrukturalismen forekommer derfor relevant at inddrage som teoretisk perspektiv.

Poststrukturalismen ser sproget som en meningsskabende aktivitet, dog en mening som er flertydig og ukomplet. Idet sproget er det meningsskabende, tildeles det en aktiv konstituerende rolle i erkendelsesprocessen. Derfor er det ikke muligt at erkende virkeligheden forud for vores begrebsverden og dermed forud for den tænkning, som forløber i vores sproglige begreber (Stormhøj 2006). Yderligere anskues poststrukturalismens tankemåde som værende uden opholdssted, idet den forsøger at befri sig fra enhver forestilling om selvgaranterede grundlag, men også idet poststrukturalismen er i konstant bevægelse og hele tiden forsøger at krydse disciplinære-, geografiske-, og tidsmæssige grænser (Stormhøj 2006). Det er muligt at forstå poststrukturalismen som en antifundamentalistisk dialog mellem forskellige samtalepartnere, hvor der for nærværende speciale kan være tale om en dialog mellem samfundet og det enkelte individ. I denne forbindelse beskæftiger poststrukturalismen sig ikke med hvorvidt, der er tale om sand viden på baggrund af dialogen, men i stedet om hvilke forudsætninger dialogen besidder i forsøget på at frembringe gyldig viden (Jørgensen & Phillips 1999).

Sproget opfattes i poststrukturalismen som en foranderlig struktur, hvor betydningen af sproget aldrig kan fastholdes. Tegnene får mening i relation til andre tegn hvor der menes, at betydningen er forskellig alt efter i hvilken forbindelse, tegnet bruges. Sprogets struktur, skabes, reproduceres og forandres afhængig af den konkrete anvendelse af sproget (Jørgensen & Phillips 1999). Denne forandring er dog ifølge filosofen Jacques Derrida ikke ensbetydende med, at et ord udelukkende kan anvendes i bestemte sammenhænge, da han mener, at alle ord rummer en minimal rest af betydning, som gør dem i stand til at blive genkendt som samme ord i forskellige kontekster (Howarth 2000).

Den poststrukturalistiske tankemåde bliver herved det videnskabsteoretiske perspektiv, som nærværende speciale benytter. Dette kommer til udtryk ved, at sproget ses som en central struktur, som bliver den primære genstand for fortolkning i forsøget på at besvare specialets problemformulering. I følgende afsnit vil Foucaults begreber blive introduceret som den teoretiske referenceramme inden for den poststrukturalistiske videnskabsteori.

4.2.2 Foucault som teoretisk referenceramme

Et eksempel på en poststrukturalistisk analyse er Foucaults diskurs og magtanalytik. Foucault forstår viden som noget, der ikke er muligt uden en defineret diskursiv praksis som samtidig defineres af den viden, som den former. Viden bliver herved den måde sproget anvendes inden for den enkelte diskursive praksis, hvorved en diskursiv praksis bliver en sproglig og symbolsk formidlet praksis inden for forskellige domæner (Stormhøj 2006; Pedersen 2010). Inden for sundhedsfeltet vil Foucault altså mene, at den sproglige italesættelse er betydende for forståelsen og den viden som eksisterer på området.

Foucault arbejder med poststrukturalismens foranderlighed, hvor han benytter det gennem opløsning af essenser og træk inden for hver enkelt diskursiv praksis. Her har han ligeledes en forståelse for, at den viden, og hermed det sprog som benyttes, er foranderligt afhængig af konteksten, hvori det benyttes. En uddybelse af Foucaults opfattelse af disse diskursive praksissers betydning vil blive udlagt og diskuteret yderligere i nedenstående afsnit omhandlende den teoretiske referenceramme for nærværende speciale.

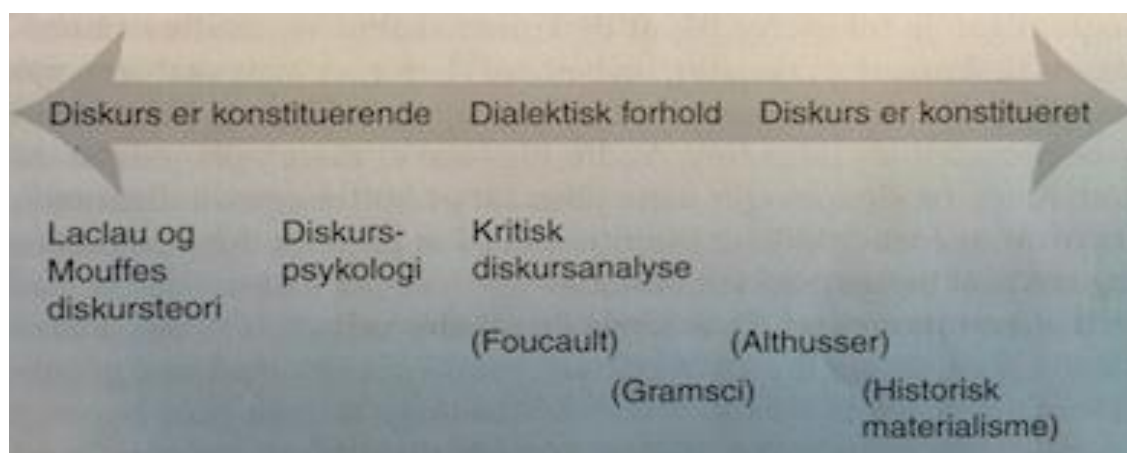
Foucault var en fransk filosof som blandt andet beskæftigede sig humanvidenskabeligt med opkomsten af videnskaber som psykiatrien. Hans forskning har primært medført kritiske analyser af samfundet, hvor specielt magtanalyser har været hans fokus (Pedersen 2010). Foucault omtaler blandt andet begrebet *blikket*, der kan anskues som den analytiske tilgang, der anlægges i en given situation. Blikket betragter og dominerer omgivelserne. Det opfanger ikke sandhed men i stedet det synlige eller det, som er muligt at se (Foucault 2000). Blikket henviser ikke blot til objektet for viden men også de omkringstående individer, der tillægges at besidde viden om objektet. Blikket udvider det analytiske genstandsområde fra at omhandle det enkelte vidensobjekt til relationen mellem objekt og nøglepersoners viden (Verwohlt 2013). Det kan siges, at blikket som analytisk begreb kan sidestilles med at se problemfeltet i et større perspektiv og derigennem være i stand til at stille sig kritisk overfor, hvorfor der produceres netop den viden, der gør på området. Yderligere er det vigtigt at medtænke, at blikket i sig selv er en magtfaktor, da det afgrænser hvilke mulighedsbetingelser der er på området, hvor der ønskes ændringer. Det skal forstås som en immanent mangfoldig magtform, der gennem magtkampe definerer den dominerende ontologi, som så kan være afgørende for ændringer som ønskes implementeret (Verwohlt 2013).

Hvis blikket, som analytisk begreb, skal ses i relation til nærværende speciale, er det ikke selve begrebet sundhed der er relevant, men i stedet de nøglepersoner der er medvirkende til at konstituere opfattelsen af sundhed. Yderligere vil der i nærværende speciale være en forståelse af specialets blik på problemfeltet, idet det bliver styrende for måden, hvorpå de forskellige magtkampe anskues og tolkes. Det er på den baggrund vigtigt at være bevidst om specialets blik på problemfeltet for derigennem at få en mere fyldestgørende analyse af problematikken og herigennem et bedre grundlag for forandring.

Diskurs som konstitueret og konstituerende

Foucault så verden som konstitueret ud fra et dialektisk forhold mellem diskursive og sociale praksisser. En diskurs er en gruppe af ytringer, der tilhører samme diskursive formation og består af et begrænset antal ytringer, som defineres som mulighedsbetingelserne for det givne område (Phillips 2010). Sociale praksisser kan være samfundsmæssige fænomener, der bidrager til at konstituere den sociale verden, men som ikke har lingvistisk diskursiv karakter (Jørgensen & Phillips 1999). Dette kan eksempelvis være samfundsnormer eller institutioner.

Diskurser kan både være konstituerende og konstitueret (Jørgensen & Phillips 1999). Dette ses af billedet i nedenstående figur, hvor der på den ene ende af kontinuummet ses, at diskurs er konstituerende for al form for social praksis og på den anden, at en diskurs konstitueres af andre typer af social praksis. Hvorvidt diskurs er konstituerende eller konstitueret, afhænger af de diskursive og sociale praksisser i feltet samt hvilken diskursanalytisk tilgang der anvendes.



Figur 2: Figuren illustrerer hvordan diskurs konstitueres indenfor forskellige diskursanalytiske tilgange (Jørgensen & Phillips 1999) s. 29).

I relation til nærværende speciale betragtes sundhed som influeret af både sociale og diskursive praksisser. For eksempel har den hidtidige viden om og italesættelse af sundhed, som efterlevelsen af særlige livsstilsregler skabt en norm, der accepteres og efterkommes gennem samfundets institutioner. Her er der tale om en ikke-diskursiv social praksis for sundhed, idet der er tale om objektiveret viden, sundhed, som i denne forstand er et indiskutabelt mål. Den fortsatte diskussion og tilpasning af viden om disse livsstilsregler kan dertil betragtes som den diskursive praksis for sundhed. Hertil kommer, at de videnssystemer der præger samfundet som det naturvidenskabelige kan betragtes som en social praksis, der konstituerer grænser for diskursive praksisser og diskurserne i sig selv.

Magt

Magtanalyser var som tidligere nævnt Foucaults primære fokus. I nærværende speciale er Foucaults magtforståelse relevant til kortlægning af den nuværende udvikling i sundhedsfeltet. Følgende afsnit giver indsigt i Foucault og hans begreber, og benyttes i specialet som teoretisk referenceramme.

Magt forstås hos Foucault som: *"Magt er et udtryk for kræfter, der kan påvirke, er produktive og har en effekt."* (Pedersen 2010) s. 29). Foucault anser magten som en styrke i samfundet som forsøger at påvirke produktivitet og effektivitet. Magten forstås altså ikke som knyttet til hierarki eller enkelte individer eller gruppers dominans af andre, men er i stedet noget, der realiseres gennem handling overfor frie og handlekraftige personer som kan yde modmagt (Pedersen 2010). Magt er i denne forstand processuel, hvilket vil sige, at magten hele tiden udfolder sig mellem mennesker, hvorfor den er en del af den menneskelige praksis såsom udsagn og diskurser. Magten udfoldes blandt andet idet, der etableres positioner, hvorfra der er autoritet til at udtale sig sandfærdigt om noget. Eksempelvis når bestemte begreber eller talepositioner bliver dominerende for den måde, hvorpå et bestemt fænomen opfattes (Nexø & Koch 2011). I nærværende speciale, kan magt eksempelvis anses som de kræfter, der er medvirkende til, at den fundamentalistiske opfattelse af sundhed har hegemoni indenfor forebyggelsen.

I Foucaults magtteori benytter han sig af begreberne *biomagt* og *governmentality*. Biomagt er ifølge Foucault en magt, der: *"...søger at lede befolkningen med henblik på at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed for at skabe nyttige og produktive samfundsmedlemmer..."* (Pedersen 2010) s. 33). Biomagten forvalter liv og varetager biologiske processer, og kan forstås som de træk, der indgår i politik, politisk strategi eller almen magtstrategi. Eksempler herpå kan være regulerende kontrol eller interventioner i samfundet (Pedersen 2010).

Ifølge Foucault kan hele befolkninger reguleres gennem biomagt. Selve måden hvorpå befolkningen kan reguleres, fik dog i Foucaults senere værker et mere individorienteret udgangspunkt. Her mente han ligeledes, at styring foregår gennem subjektiviteten, hvorfor styringsmekanismerne må undersøge hvilke kvalifikationer, færdigheder, personligheder og egenskaber forskellige reguleringsteknikker forudsætter hos den gruppe i befolkningen som ønskes reguleret. Ved en sådan forståelse af subjektiveringsformer kan det give staten bedre

muligheder for at få den ønskede adfærd frem hos befolkningsgruppen. Så jo bedre individet er i stand til at identificere sig med det ønskede mål, desto bedre er muligheden for at styre mennesker i den ønskede retning (Otto 2012). I forbindelse med subjektivering, hvor befolkning bør være i stand til at identificere sig med målet, omtaler Foucault forskellige teknikker, som individet kan benytte for at opnå målet. Der er her tale om selvteknologier, som dækker over konkrete teknikker, redskaber, praktikker, opfattelser og etiske livsførelser, der gør det muligt at transformere eller modificere krop og sjæl og nå frem til en tilstand af fuldkommenhed, lykke og renhed. Selvteknologierne omfatter de handlinger, hvorigennem individet konstituerer sig selv som subjekt. Det kan siges, at selvteknologier bliver et forsøg på at få et liv, som gennem en målbevidst og omhyggelig indsats er i overensstemmelse med et ideal (Pedersen 2010; Foucault 1998). Derved er det ikke kun ydre magt, som påvirker individet, men også individets selv som påvirker dets betingelser. I forbindelse med selvbeherskelsen skelner Foucault mellem et moralkodeks, som er et uskrevet kodeks for samfundet og subjektets egen holdning, som er den etiske overbevisning, den enkelte handler ud fra (Pedersen 2010). Hvis dette sættes i relation til individets handling inden for sundhedsområdet, kan der fra sundhedsmyndighederne være en række moralske regler for, hvad der er sundt, og hvad der er usundt. Disse moralske regler behøver ikke stemme overens med subjektets etik og forståelse for, hvad sundhed omhandler.

Dette leder videre til begrebet governmentality. Governmentality begrebet henviser til styring gennem selvstyring; en regulerende og kontrollerende styringsmekanisme som overføres til befolkningen. Formålet er at sikre nyttige samfundsborgere gennem reguleringer der fører til selvstyring. Magten skal anvendes overfor individer, som er i stand til at handle frit og gennem individuelle beslutninger, idet individet skal have mulighed for at yde modstand hvis nødvendigt (Pedersen 2010; Vallgård 2003). Denne selvstyring, som sker gennem magten, formulerer Foucault som *conduct of conduct*, som betyder at styre og opføre sig (Pedersen 2013). Begrebet henviser til den frihed, som individet skal besidde for at kunne gå i den rigtige retning herunder den hensigtsmæssige sunde retning, hvor personen gennem den udefrakommende magt påvirkes til at træffe de rigtige valg.

I den aktuelle sundhedsdiskurs er governmentality medvirkende til at styre befolkningens ontologi om kroppen, da konsekvenserne ved ikke at styre befolknings adfærd ikke kun har individuelle konsekvenser men også samfundskonsekvenser. Derfor vil staten gennem

subjektivering forsøge at forme og danne den enkelte borger i forhold til det samfund, borgeren agerer indenfor (Verwohlt 2013). Eksempelvis er det nuværende fokus på KRAM-faktorerne medvirkende til en fremstilling, hvor negative værdier tillægges personer, som ikke lever op til disse eksempelvis rygere og overvægtige. Denne type magtudøvelse betegner Foucault som *pastoral magt*, hvor hensigten er at yde omsorg for den enkelte borger med henblik på at give vedkommende de bedste muligheder for et godt liv (Vallgård 2003; Vallgård 2001). På denne måde bliver befolkningens velfærd, sundhed og velstand det ultimative mål for den statslige styring (Nissen & Vardinghus-Nielsen 2007).

Foucault taler om, at den moderne stat forsøger at integrere individerne ved at forme deres individualitet på en ny måde, hvor de underlægges en række specifikke mønstre (Vallgård 2003). For at staten skal kunne udøve magt overfor befolkningen indenfor eksempelvis sundhedsområdet, er det væsentligt, at de er bevidste om befolknings sundhedstilstand. Denne sundhedstilstand opnås gennem helbredsundersøgelser og andre former for overvågning. For at kunne bedømme om borgerne lever op til de ønskede standarder, er denne overvågning en nødvendighed, hvorfor den indhentede viden både bliver skabt og brugt i samme proces (Vallgård 2003). Yderligere mener Foucault ikke, at overvågning udelukkende sker gennem helbredsundersøgelser og lignende. Han videreudviklede begrebet panoptikon, der oprindeligt skulle forstås som et redskab til at se alt. Det panoptiske princip går ud på, at den kontrollerede altid er bevidst om muligheden for konstant at være overvåget uden at være i stand til at se vogteren. Foucault ser det panoptiske princip som et økonomisk virkemiddel, hvor bevogtningen ikke behøver at være konstant eller foretaget af en bestemt autoritet. Det er ikke nødvendigt med magtmidler, da herskerforholdet er så indforstået, at det medfører en bevidsthed om, at den ydre tvang hele tiden er i nærheden. Der er i denne forbindelse ikke tale om tvang eller undertrykkelse, men i stedet en produktiv styring som fremmer og skaber bestemte egenskaber (Pedersen 2010). Eksempelvis ses dette inden for sundhedsvæsenet, hvor der er udarbejdet retningslinjer for, hvordan borgerne bør spise og motionere, hvilket håndholdes gennem panoptikonlignende disciplineringsstrategier som PRIK-projektet. Dette havde til formål at styrke forebyggelsen gennem opsporing af risikofaktorer ved enhver kontakt med lægen, også selv om baggrunden for henvendelse til lægen var en helt anden (Verwohlt 2013; Sundhedsstyrelsen 2009).

Hvis magt skal ses i henhold til nærværende speciale, kan Foucaults begreber omhandlende

biomagt og governmentality være med til at give indsigt i den måde, hvorpå staten forsøger at præge danskernes sundhed. Biomagten ses eksempelvis indenfor diverse kampagner og anbefalinger, som forsøger at påvirke befolkningen til at træffe det sunde valg. Gennem nationale mål fremstiller staten ydermere en form for vejviser, som har til hensigt at lede den danske befolkning i en bestemt retning. Statens magtudøvelse anvendes derfor overfor befolkningen på en måde, hvorpå det enkelte individ umiddelbart selvstændigt har mulighed for at træffe et valg omhandlende egen sundhed. Den governmentale ledelsesform er en uigennemskuelig ledelsesform hvor magten ikke centraliseres hos én enkelt autoritet. I stedet er den allestedsnærværende, og influerer derfor subjekternes valg og levevis (Reinbacher & Verwohlt 2009). På den baggrund vil Foucaults begreber kunne bidrage til at identificere, hvordan statens udlægning af sundhed bliver styrende for befolkningen samt lokalisere, hvor en sådan styring finder sted og kortlægge betydningen.

5. Metodologi og metode

Følgende afsnit er som tidligere nævnt en præsentation af nærværende speciales metodologiske og metodemæssige overvejelser, og omhandler de sidste to elementer i Crotty's opstilling af struktur. Slutteligt præsenteres specialets metode i forhold til litteratursøgning.

5.1 Metodologi

Metodologi er den strategi, som ligger forud for de valg som træffes, og den skal linke den konkrete metode til de forudgående overvejelser (Crotty 1998). Crotty taler for, at dette element kræver en beskrivelse af de overvejelser der ligger forud for undersøgelsen, samt hvordan metoden er implementeret. Dette gør, at forskningsprocessen bliver retfærdiggjort, hvorved resultaterne fremstår mere troværdige (Crotty 1998).

5.1.1 Diskursanalyse

I forbindelse med poststrukturalismen som teoretisk perspektiv, hvor den sproglige interaktion bliver den genstand som ønskes undersøgt, nævner Vivien Burr diskursanalyse som en ideel metodologisk tilgang (Burr 2003). Da nærværende speciale ønsker at undersøge italesættelsen af den senmoderne sundhedsdiskurs, og det qua poststrukturalismen har sproget som omdrejningspunkt, vil diskursanalyse på den baggrund anvendes som metodologisk retning.

Diskursanalysen tillægges ofte Foucault som ophavsmand. Diskursanalysen er dog efterfølgende blevet udviklet og anvendt indenfor især samfundsvidenskabelige og humanistiske forskningstraditioner og udbredes blandt andet også indenfor sundhedsforskningen i dag (Nexø & Koch 2011; Andersen 1999). I nærværende speciale kan en Foucault inspireret diskursanalyse give et indblik i de forskellige magtkampe som ligger til grund for sundhedsfundamentalismens hegemoni. Derfor vil diskursanalyse som analytisk ramme for besvarelsen af specialets problemformulering blive udfoldet i nedstående afsnit. Foucault forstår diskursanalyse på den måde, at det er et særligt blik eller perspektiv på verden, samt en bestemt måde at stille spørgsmål til sit materiale (Nexø & Koch 2011).

I henhold til nærværende speciale, så kan en diskursanalyse ud fra en foucauldiansk forståelse bistå til at kunne inddele bestemte sætninger og udsagn under en enhed, der kan betragtes som en diskursiv formation indenfor eksempelvis sundhedsområdet. Idet nærværende speciale har til formål at analysere statens fremstilling af sundhed til civilbefolkningen, er en diskursanalytisk tilgang relevant, da diskursanalyse bidrager med en analyse af sprogets fremstilling. Ifølge Foucault kan dette betragtes som en social praksis, som er skabende for den virkelighed individet lever indenfor. Derfor anses udsagnene i et tekstmateriale ikke kun som beskrivende, men de søger også at ændre, regulere eller fastholde den måde sundhed eksempelvis skal forstås for individet (Nexø & Koch 2011).

I henhold til at staten har til hensigt at regulere, ændre eller fastholde bestemte forståelser af sundhed i civilbefolkningen, vil der oftest forekomme magtkampe omkring den måde, hvorpå sundhed fremstilles. Et felt er som oftest præget af samtidig eksistens af flere diskurser. Derfor vil der indenfor et socialt felt som staten, forefindes magtkampe, hvor forskellige diskurser forsøger at påvirke den måde, hvorpå staten skal fremstille sundhed. Disse forskellige diskurser forsøger alle at skabe sandheden på et givent tidspunkt indenfor det bestemte felt (Nexø & Koch 2011).

5.1.2 Diskursive analysestrategier

Den diskursive analysestrategi er kort sagt en sammenhængende og systematisk plan for, hvad der ønskes undersøgt og hvilke spørgsmål, der ønskes besvaret i henhold til specialets udarbejdede problemformulering. I arbejdet med at udfærdige en diskursanalyse skelner Foucault grundlæggende mellem *udsagn*, *diskurs* og *diskursformation*. Udsagnet i analysen skal forstås som den mindste enhed, som er de udsagn, der er med til at skabe de diskursive formationer i et materiale. Diskursen skal forstås som den samlede mængde udsagn, der er i materialet, der tilsammen kan sammenfattes som analysens arkiv. Diskursformationen er det spredningssystem for udsagnene, som forskeren skaber gennem sin analyse af arkivet (Andersen 1999).

Nærværende speciale skal først og fremmest finde frem til hvad, der skal undersøges, og hvordan det kan gøres. I den diskursanalytiske tilgang er formålet ikke at stille spørgsmål til

virkelighedens sande karakter bag udsagnene men derimod den måde, hvorpå udsagnene præsenteres sprogligt og benyttes i den aktuelle diskurs (Nexø & Koch 2011). Derved er nærværende speciale interesseret i at undersøge bestemte mønstre i statens sundhedsdiskurs. Formålet er ikke at bestemme, hvad der er den sande viden, hvilket også er yderst vanskelig indenfor sundhedsområdet, men derimod at finde frem til, hvorfor den nuværende fremstilling af sundhed opfattes som værende sand. Formålet er derved at skabe sammenhæng imellem statens udsagn for på den måde at kunne udlede en diskursformation (Nexø & Koch 2011). Det hensigtsmæssige i denne sammenhæng ville ifølge Foucault være at afdække alle områder indenfor diskursiv praksis for på den måde at etablere udstrækningen af enheder af udsagn under betegnelsen diskurs eller diskursiv formation (Nexø & Koch 2011). Dette er dog et meget ambitiøst udgangspunkt, hvorfor der i nærværende speciale afgrænses til materiale som findes relevant til besvarelse af specialets problemformulering. Idet nærværende speciale har til formål at analysere sproget indenfor et bestemt felt, er det nødvendigt at gøre det klart hvilken tilgang, som er relevant at anvende. Idet Foucaults forståelse af en diskurs anvendes, er det derfor også hensigtsmæssigt at anvende hans begreber i analysen (Nexø & Koch 2011). På baggrund heraf tages der udgangspunkt i tre af Foucaults begreber; *objekter*, *subjektpositioner*, og *begreber* (Foucault 2005).

Objekterne forstås som de genstande, personer og fænomener, der sprogligt skabes i teksterne. I denne forbindelse undersøges hvilken sammenhæng, der er mellem objekterne samt hvilke der i virkeligheden er mulige at identificere. Derved vil det være hensigtsmæssigt at undersøge hvilke personer, genstande og fænomener som forekommer og skabes i statens fremstilling af sundhed. Ydermere hvordan disse objekter forbindes i materialet (Nexø & Koch 2011; Andersen 1999).

Subjektpositionerne kan også betegnes som talepositioner, der omhandler, hvem der taler i de givne tekster, samt hvilken position og autoritet vedkommende udviser. Derudover er interessen også i at finde frem til hvem, der bliver hørt og taget alvorligt i det diskursive felt. Disse talepositioner ændrer sig dog over tid, hvilket betyder, at et bestemt udsagn som tages alvorligt nu, ikke nødvendigvis tages alvorligt i fremtiden (Nexø & Koch 2011; Andersen 1999).

I nærværende speciale vil det her være essentielt at finde frem til, hvem der har magten og autoriteten og derved talepositionen til at blive taget seriøst i det givne materiale. Under disse talepositioner og diskursobjekters italesættelse forbindes også *begreber*, hvori analysen er den måde hvorpå, virkeligheden skabes i kraft af forbindelserne mellem begreberne. Denne forbindelse mellem begreber vil i specialet kaldes *begrebssammensætninger*. Det er vigtigt at inddrage begreber fra forskellige positioner i debatten for herigennem at få den fulde forståelse (Nexø & Koch 2011; Andersen 1999).

Foruden analyse af det anvendte sprog er det også relevant at stille kritiske spørgsmål til materialet. Carol Bacchi taler i denne forbindelse om, at det kan være relevant at undersøge hvilken repræsentation af et problem, der opstilles i en specifik politik. Pointen er, at regeringer aktivt er med til at forme en bestemt forståelse af problemer ud fra den måde politikker udformes (Bacchi 2009). Bacchi anbefaler hertil, at der stilles en række kritiske spørgsmål til politikker for at forstå de bagvedliggende antagelser, der ligger til grund for politikken. For nærværende speciale tages der primært udgangspunkt i følgende tre spørgsmål: *Hvordan repræsenteres 'problemet' i en specifik politik? Hvilken forforståelse eller antagelser ligger til grund for denne repræsentation af 'problemet'? Hvad forbliver uproblematiseret i denne repræsentation af 'problemet'?* (Bacchi 2009).

Hvordan repræsenteres 'problemet' i en specifik politik, tager udgangspunkt i identifikation af det problem eller problemer, der fremstilles i politikken. Ved at identificere dette, giver det fundamentet til at finde de bagvedliggende tanker, der former problemet samt hvordan politikken er tiltænkt i forhold til befolkningen (Bacchi 2009).

Hvilken forforståelse eller antagelser der ligger til grund for denne repræsentation af 'problemet', henviser til at identificere hvorfor, denne repræsentation af problemet er opstået, og hvorfor netop denne tilgang dominerer. Det er i denne forbindelse væsentligt at spørge ind til hvilke bagvedliggende antagelser, der danner grundlag for den aktuelle politik, hvad der tages for givet. Eksempler herpå kan være binære opdelinger eller kategorisering af individer (Bacchi 2009).

Hvad forbliver uproblematiseret i denne repræsentation af 'problemet', er væsentligt, da en specifik repræsentation af problemet er medvirkende til at fokus fjernes fra andre områder. Fremstillingen af problemet er kontingent og kunne være anderledes, hvis en anden tilgang

dominerede (Bacchi 2009). Derfor er det vigtigt at spørge ind til, hvor der er stilhed, og hvad er der forbliver usagt ved denne fremstilling af problemet.

Foruden de tre ovenstående spørgsmål kan et fjerde spørgsmål inddrages til at udlede de sociale praksisser. Dette spørgsmål: *Hvordan er denne repræsentation af 'problemet' opstået?* har til hensigt at skabe refleksion over hvilke ikke-diskursive elementer, der bidrager til at skabe den identificerede repræsentation af 'problemet'. Heraf kan det udledes hvilke magtfulde relationer, der er skyld i, at bestemte repræsentationer af 'problemer' får succes. Ved at spørge ind til hvilke magtfulde relationer, der findes i feltet, samt hvorfor og hvordan disse inddrages, kan de sociale praksisser udledes (Bacchi 2009).

Ved at anvende de gennemgåede spørgsmål og begreber vil det i henhold til specialets problemformulering være muligt at kortlægge, hvorfor den sundhedsfundamentalistiske tilgang til sundhed dominerer sundhedsdiskursen på nuværende tidspunkt. For at skabe struktur i analysen er der opstillet en konkret analysestrategi, hvilket uddybes i nedenstående afsnit.

5.1.3 Analysestrategi i nærværende speciale

Analysestrategien for nærværende speciale er opdelt i to faser. En indledende fase, hvor materialet læses igennem i forhold til begreberne; *objekter, talepositioner og begrebssammensætninger*. Da begreberne er nært forbundne og indgår i komplekse sammenhænge, ønskes de analyseres som sammenhængende. Dog er det relevant at have dem tankemæssigt adskilt, når analysen påbegyndes (Nexø & Koch 2011). Hensigten er, at skabe overblik over materialet og ved hjælp af begreberne skabe fundamentet for en mere dybdegående analyse. Dette overblik af materialet er vedlagt i bilag 1.

I den anden fase inddrages i en samlet analyse af materialet, henholdsvis; Bacchis spørgsmål, Foucaults teori og begreber samt de identificerede begreber fra den første fase. For at skabe struktur tages der udgangspunkt i følgende: Hvilken type biomagt anvendes, hvilke aktører og hvilken taleposition ligger til grund for dette, hvilken sandhed konstrueres, hvilken governmentality medfører dette og hvordan kommer dette til udtryk i form af selvteknologier.

5.2 Metode

Metode er den teknik eller procedure der bruges til at samle og analysere den empiri, som skal bruges i forsøget på at besvare problemformuleringen (Crotty 1998). Metoden er det sidste af Crotty's fire elementer og omhandler, at en konkret metode skal udvælges. Her bliver det igen problemformuleringen, som er styrende for den metode der udvælges.

5.2.1 Dokumentanalyse

For nærværende speciale er udviklingen af sundhedsbegrebet relevant, hvormed en dokumentanalyse kan være behjælpelig til at belyse, hvordan sundhedens betydning har ændret sig gennem tid. En dokumentanalyse er i stand til at analysere en længere periode, eller historisk udvikling, idet dokumenter har potentiale til at udtrykke det rationale, som var gældende på tidspunktet for dets oprettelse (Lynggaard 2010). Dokumenter er fikseret i tid, hvilket ikke er ensbetydende med, at de ikke kan udvikle sig over tid. For eksempel har dokumenterne indenfor sundhedsfeltet netop udviklet sig over tid. Som beskrevet tidligere (afsnit 2.1) var der i starten af 1900-tallet udelukkende tale om fravær af sygdom. Herefter åbnede WHO's definition op for muligheden for en mere sundhedsrelativistisk forståelse. Indenfor de seneste årtier fremgår det dog, at middelevetiden og sundhedsfundamentalismen har opnået hegemoni i forebyggelsen. Netop denne udvikling problematiseres af nærværende speciale, hvorfor en dokumentanalyse af sundhedsbegrebets udvikling muligvis kan danne grundlag for forandring. Denne forandring tager udgangspunkt i den viden specialet danner sig på baggrund af diskursanalysen, hvilket kan bidrage med at ændre på den måde, hvorpå staten fremstiller sundhed, og derved mindske de utilsigtede konsekvenser som forekommer ved et øget fokus på sundhed.

Forud for selve dokumentanalysen skal området afgrænses således, at det er muligt at opspore relevante dokumenter, der bidrager til besvarelse af speciales problemstilling. Afgrænsningen har taget udgangspunkt i relevant materiale som har haft betydning for konstitueringen af sundhedsdiskursen i perioden 1989-2014. I forbindelse med udvælgelsen har det været hensigtsmæssigt at skelne mellem primære og sekundære dokumenter. Denne inddeling tager udgangspunkt i, hvilke aktører et givent dokument er publiceret af (Lynggaard 2010).

De primære dokumenter udarbejdes blandt et afgrænset sæt af aktører, som spiller en stor rolle inden for det felt som undersøges. De primære aktører er sundhedsministeriet og dertilhørende institutioner og styrelser. Disse er valgt, da staten er den aktør som formodes at have størst indflydelse på specialets problemstilling, hvorfor disse publicerede dokumenter fremstår som betydningsfulde for nærværende speciale (Lynggaard 2010).

De primære dokumenter for nærværende speciale er folkesundhedsprogrammerne fra 1989, 1999, 2002 og 2014. De sekundære dokumenter er dokumenter som er i den umiddelbare nærhed af specialets undersøgelsesområde. Disse er ikke offentligt tilgængelige dokumenter men er erhvervet på baggrund af en ansøgning om aktindsigt, som kan ses i bilag 3 (Lynggaard 2010). Sekundære dokumenter for nærende speciale er det tilhørende materiale til folkesundhedsprogrammerne fra 1989, 1999, 2002 og 2014.

Skellet mellem de to typer dokumenter er midlertidig ikke så skarpt. Pointen er blot, at det er hensigtsmæssigt at overveje den tidsmæssige kontekst samt hvilken målgruppe, afsenderen er en del af, for derigennem at opnå forskellige typer af information. En kombination af forskellige typer dokumenter kan således bidrage til en dybdegående og nuanceret analyse af sundhedsbegrebets udvikling (Lynggaard 2010).

Selve analysen af de indsamlede dokumenter afhænger igen af problemstillingen. Derudover tales der om to modpoler indenfor dokumentanalyse. Hypotetisk-deduktiv, som kan bestå af en be- eller afkræftelse af en hypotese. Eller i modsætning hertil en analytisk-induktiv, hvor der typisk ligger en teori forud for analysen, og så er det ved hjælp af denne, der analyseres for temaer som forfølges yderligere (Lynggaard 2010). Inden for diskursanalyse er det primært den analytisk-induktive metode som benyttes. Hvilket ligeledes er gældende for nærværende speciale, hvor Foucaults begreber inddrages i forsøget på at forklare og forstå sundhedsfundamentalismen som problem. Yderligere vil der gennem den analytisk-induktive metode være mulighed for, at teoriapparatet kan pege på diskursive forandringer, når staten som aktør systematisk tillægger sundhed ny mening i et givent felt (Lynggaard 2010).

Efter analysen er det hensigtsmæssigt at præsentere det samlede dokumentmateriale i en form for oversigt. Til dette opstilles en matrice indeholdende materialet til dokumentanalysen. Selve matricen er opbygget af rækker og kolonner. I rækkerne præsenteres de udvalgte dokumenter, og kolonnerne består af forskellige faktorer som er relevante i forbindelse med problemstillingen (Garrard 2007).

Konstruktionen af matricen er modificeret på baggrund af en 3-trins proces, og indeholder følgende to trin (Garrard 2007):

1. Organisering af artiklerne efter årstal, fra ældste til nyeste.
2. Udvalgelse af emner; de første fire kolonner indebærer, 1) Forfatter og titel, 2) År for publicering, 3) Formål, 4) Primært- eller sekundært dokument. Disse kolonner giver fundamental information om dokumenterne.

Matricen er illustreret i nedenstående figur 3, som er en oversigt over de udvalgte dokumenter til dokumentanalysen. Dokumenterne er navngivet ud fra henholdsvis folkesundhedsprogrammerne og det tilhørende materiale, således at programmet fra 1989 hedder P89, og det tilhørende materiale fra samme år hedder T89. Det samme er gældende for programmer og tilhørende materiale fra 1999, 2002 og 2014. I analysen refereres der til disse navne for folkesundhedsprogrammerne og det tilhørende materiale¹⁰.

¹⁰ Da det tilhørende materiale for hvert folkesundhedsprogram består af flere forskellige pdf-dokumenter indeholdende mailkorrespondance, tidligere udkast med flere, vil citater fra disse ikke fremgå med sidetal.

| Sundhedsprogram | Titel - Forfatter | År for Publicering | Formål | Primært eller Sekundært Dokument |
|--|--|--|---|--|
| P89 - Folkesundhedsprogrammet 1989 | - Regeringens forebyggelsesprogram – Programdel - Sundhedsministeriet i samarbejde med Komiteen for sundhedsoplysning | Maj 1989 | Dette forebyggelsesprogram er det første led i en styrket indsats på forebyggelsesområdet | Primært |
| T89 - Tilhørende materiale 1989 | - Regeringens forebyggelsesprogram – Dokumentationsdel - Sundhedsministeriet i samarbejde med Komiteen for sundhedsoplysning | Maj 1989 | Dokumentationsdelen indeholder de faglige redegørelser for indsatsområderne | Sekundært |
| P99 - Folkesundhedsprogrammet 1999 | - Regeringens folkesundhedsprogram 1999 – 2008 - Sundhedsministeriet | Maj 1999 | Folkesundhedsprogrammets forudsætninger er at redegør for programmets baggrund, perspektiv, fokus, mål og opfølgning | Primært |
| T99 - Tilhørende materiale 1999 | - Tilhørende materiale fra folkesundhedsprogrammet 1999- 2008 - Sundhedskomiteen, Professor Public Health, Sundhedsstyrelsen | 18. maj 1999 – 6. oktober 1999 | Kommentarer til folkesundhedsprogrammet frem mod vedtagelse i slutningen af 1999 | Sekundært |
| P02 - Folkesundhedsprogrammet 2002 | - Sundt hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10 - Indenrigs- og sundhedsministeriet | September 2002 | Regeringen opfordrer med sundhedsprogrammet, "Sundt hele livet", til et bredt samarbejde om en bedre sundhed for alle danskere. | Primært |
| T02 - Tilhørende materiale 2002 | - Tilhørende materiale fra folkesundhedsprogrammet 2002 - Indenrigs- og sundhedsministeriet, Statens Institut for folkesundhed, Afdelingslæge ph.d., Ministeriet for sundhed og forebyggelse | 20. februar 2002 – 20. juli 2002 | Mailkorrespondance mellem de forskellige ministerier, samt forslag og kritik af sundhedsprogrammet inden det blev udgivet. | Sekundært |
| P14 - Folkesundhedsprogrammet 2014 | - Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år - Ministeriet for sundhed og forebyggelse – Regeringen | Januar 2014 | "Sundere liv for alle" er regeringens bud på en ny ramme for en ambitiøs forebyggelsespolitik. | Primært |
| D14 - Tilhørende materiale 2014 | - Tilhørende materiale fra folkesundhedsprogrammet 2014 - Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet, Ekspertær i tilgængelige tal på forebyggelsesområdet, Interessesorganisationer | 12. juli 2012 – 24. januar 2014 | Mail korrespondancer, tidligere versioner af publikationen samt kommentarer til udkast | Sekundært |

Figur 3: Oversigt over udvalgte dokumenter til dokumentanalysen.

5.2.2 Forskningsetik

I henhold til, at nærværende speciale arbejder indenfor den kvalitative metode, og herigennem har fået adgang til datamateriale som indeholder personfølsomme udtalelser, er der taget forbehold for disse undervejs i forløbet (Datatilsynet 2015). Under behandling af det tilhørende materiale fra sundhedsstyrelsen optræder der navne på de personer, som gennem mailkorrespondance har haft indflydelse på folkesundhedsprogrammerne. Specialet har derfor valgt at anonymisere alle personer i det tilhørende materiale for at beskytte dem mod at blive udstillet.

Datatilsynet er ikke kontaktet i nærværende speciale, da specialet som følge af anonymiseringen ikke indeholder personfølsomt materiale. Samtidig er etisk komite ikke kontaktet, idet specialet ikke betegnes som et sundhedsvidenskabeligt forskningsprojekt siden, det ikke involverer forsøg med mennesker eller epidemiologiske registre (Den nationale videnskabetiske Komité 2015).

5.3 Litteratursøgning

I følgende afsnit vil nærværende speciales søgning af litteratur blive gennemgået. Litteratursøgningen omfatter en ustruktureret eksplorativ søgning, som primært anvendes under den indledende fase af specialet, og en struktureret søgning, som har til hensigt at bidrage til specialets diskussion.

5.3.1 Ustruktureret søgning

For at afdække problemfeltet i den indledende fase af specialet, blev der foretaget en ustruktureret litteratursøgning, som havde til hensigt at danne overblik over feltet ved hjælp af den litteratur, der umiddelbart eksisterede på området. Denne søgning har endvidere været medvirkende til at identificere de termer, som senere blev anvendt i den strukturerede litteratursøgning. Den ustrukturerede søgning indbefattede litteratur fundet igennem Google, Google Scholar, Bibliotek.dk, Aalborg Universitetsbibliotek hjemmeside (AUB), Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed og Danmarks Statistik. Ydermere blev der foretaget fritekstsøgninger i databaser såsom PubMed, Embase, PsycInfo, Sociological

Abstracts. Anvendelse af databaserne havde til hensigt at lokalisere international litteratur, hvilket kunne give en indikation af problemets omfang i anden kontekst end dansk. Den ustrukturerede søgning bidrog også med muligheden kædesøgning¹¹ gennem de forskellige relevante artikler og rapporter, hvilket medvirkede til, at yderligere relevant litteratur blev identificeret (Reinecker & Jørgensen 2006).

5.3.2 Systematisk litteratursøgning

I nærværende speciale blev der foretaget en systematisk litteratursøgning for at højne den videnskabelige kvalitet af litteraturen til diskussionen (Frandsen et al. 2014). Søgningen blev foretaget i relevante sundhedsfaglige, psykologiske og sociologiske databaser. Databaserne, som blev anvendt, var PubMed, Embase, Sociological Abstracts og PsycInfo. Databaserne blev udvalgt, idet problemformuleringen fordrer til viden indenfor forskellige områder, der opfyldes af de udvalgte databaser. Databasernes kvaliteter og indhold uddybes yderligere i bilag 2.

Den systematiske søgning blev udledt gennem et PICO¹²-inspireret skema (Frandsen et al. 2014), hvor relevante facetter blev anvendt for at give en dybere indsigt i problemfeltet. Facetterne som blev anvendt i nærværende speciale var *samfund*, *sundhed* og *forandring*. Disse blev lokaliseret på baggrund af den ustrukturerede søgning og vurderet som tilstrækkelige, idet resultaterne fra søgningen skulle bidrage til diskussion af forandring. For at sikre litteratursøgningens reproducerbarhed og gennemsigtighed er søgetermerne og resultaterne af søgningen dokumenteret i bilag 2 (Frandsen et al. 2014).

Opbygningen af søgningen blev konstrueret så hver facet indeholdt søgetermer, som blev kombineret med de boolske operatører 'OR' og 'AND'. Den boolske operator 'OR' blev anvendt til at kombinere de forskellige søgetermer med hinanden hvilket udvider søgningen. I denne forbindelse blev flere ord anvendt under hver facet, da disse kunne være hinandens synonym eller være ord, der kunne have relevans indenfor den givne facet. Efter sammensætningen af facetterne blev de kombineret ved hjælp af 'AND'. Dette blev gjort for at begrænse søgningen.

¹¹ Ved kædesøgning tages der udgangspunkt i en kildes referenceliste, som derved kan føre til andre relevante kilder (Reinecker & Jørgensen 2006).

¹² PICO er en forkortelse for Patient, Intervention, Comparison og Outcome og er et bud på, hvordan facetterne kan opstilles i en systematisk litteratursøgning (Frandsen et al. 2014).

Derved ville søgningen give resultater indeholdende en kombination af de tre facetter (Jørgensen et al. 2011). Nedenstående ses et eksempel på det PICO-inspirerede skema fra databasen PubMed, som blev anvendt til den strukturerede søgning i nærværende speciale.

| AND | | | |
|-----|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| | (1) | (2) | (3) |
| | Samfund | Sundhed | Forandring |
| OR | PubMed: Societies [MeSH] | PubMed: Health policy [MeSH] | PubMed: Neoliberal* [Fritekst] |
| | Population [MeSH] | Public health [MeSH] | Biopolitic* [Fritekst] |
| | Government [MeSH] | Government regulation [MeSH] | Governmentality* [Fritekst] |
| | | Health Promotion [MeSH] | Foucault* [Fritekst] |
| | | | Liberalism* [Fritekst] |
| | | | Paternalism* [Fritekst] |
| | | | Biopower* [Fritekst] |
| | | | Relativism* [Fritekst] |
| | | | Fundamentalism* [Fritekst] |
| | | | Normativism* [Fritekst] |
| | | | Normtivist* [Fritekst] |
| | | | Naturalism* [Fritekst] |
| | | | Naturalist*[Fritekst] |

Figur 4: PICO inspireret skema anvendt i litteratursøgning (Frandsen et al. 2014).

For at sikre en så udtømmende søgning som muligt blev der anvendt kontrollerede emneord i de tilfælde, det var muligt. Afhængigt af databasen beskrives disse som enten Tesaurus, MeSH eller Emtree. Tesaurus/MeSH/Emtree er en hierarkisk inddeling af emneord, som gør det muligt at søge på et specifikt emneord og samtidig få andre relevante termer med, der har tilknytning det specifikke emneord (Jørgensen et al. 2011). Dog var det ikke i alle tilfælde muligt at benytte et kontrolleret emneord, og i disse tilfælde blev ordet i stedet søgt som en

fritekstsøgning. Ved fritekstsøgningen blev ordet skrevet med enten anførselstegn for at sikre præcisering af søgningen eller trunkering, som havde til formål at inddrage alle endelser for det pågældende ord. Dokumentation af disse emneord samt fritekstsøgninger kan findes i bilag 2.

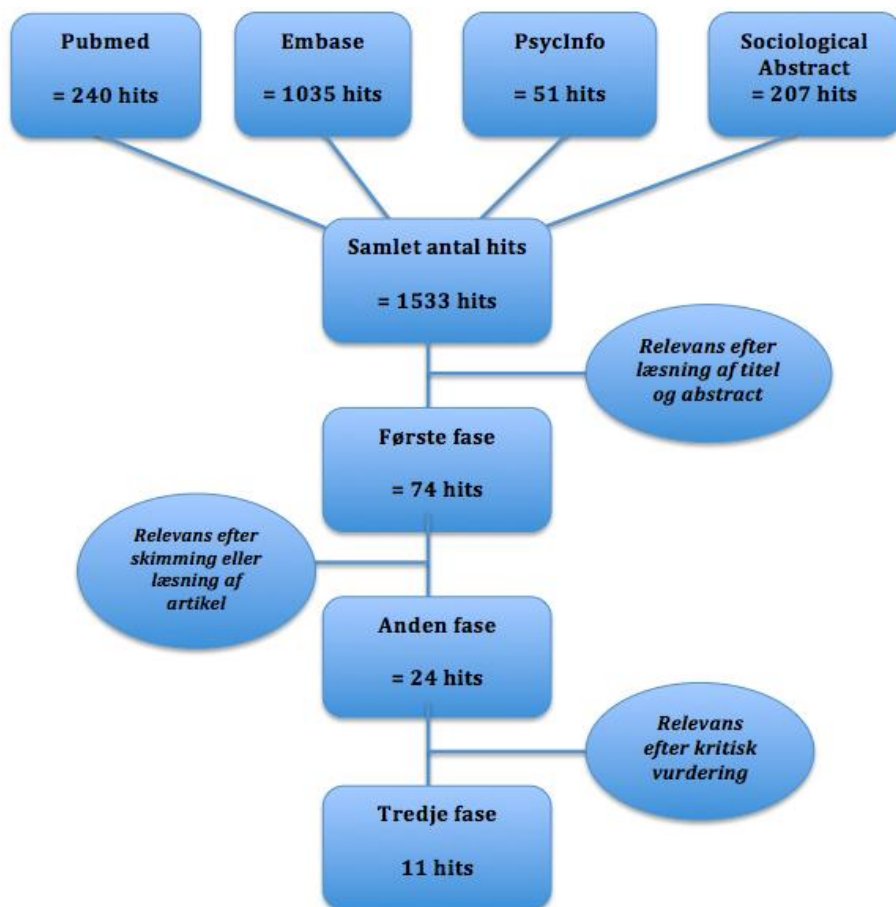
Inklusions- og eksklusionskriterier

Der er i nærværende speciale kun anvendt litteratur på dansk, norsk, svensk og engelsk, da andre sprog ville give problemer med forståelsen af indholdet.

Der blev ikke foretaget afgrænsning af litteratur i henhold til årstal, idet anvendelse af diskursanalyse i metoden medfører, at en udvikling i tid indenfor sundhedsdiskursen er relevant at undersøge.

Udvælgelse af litteratur

Udvælgelsen af litteratur foregik i tre faser og blev udført med udgangspunkt i en vurdering af litteraturens relevans set i forhold til specialets problemformulering. I den første fase blev litteraturens relevans vurderet ud fra læsning af titel og abstract. I den anden fase blev relevansen af litteraturen vurderet ud fra skimning eller gennemlæsning af artiklerne. Slutteligt blev artiklerne vurderet kritisk i henhold til indholdet og udgiver (Frandsen et al. 2014). Hele udvælgelsesprocessen er illustreret i nedenstående flowdiagram.



Figur 5: Flowdiagram over den systematiske udvælgelsesproces af specialets litteratur.

Under den systematiske søgning blev der i alt identificeret 1533 artikler. Blandt de 1533 artikler kan der forekomme dubletter, da den samme artikel kan optræde i hver af de anvendte databaser. I første fase af udvælgelsen blev titel og abstract læst for at frasortere irrelevant litteratur. Dette resulterede i, at 74 udvalgte artikler blev identificeret. I anden fase blev de 74 tilbageværende artikler skimmet eller gennemlæst. Hertil blev de opstillede inklusion- og eksklusionskriterier inddraget for at sikre at yderligere irrelevant litteratur blev frasorteret. Dette resulterede i, at 24 artikler blev identificeret. I tredje udvælgelsesfase blev de 24 tilbageværende artikler kritisk vurderet ved hjælp relevante spørgsmål og tjeklisten CASP¹³. Denne udvælgelse resulterede i, at 11 artikler blev fundet relevante i henhold til besvarelse af nærværende speciales problemformulering.

¹³ CASP er en forkortelse for *Critical Appraisal Skills Programme* og er en tjekliste beregnet til kvalitative studier (Spittlehouse et al. 2000).

Kritisk vurdering af litteratur

Til litteraturvurdering findes der forskellige fremgangsmåder. Eftersom der anvendes flere forskellige former for design i artiklerne, afhænger valg af vurderingsform af den enkelte artikels design (Aveyard 2010). I nærværende speciale er der ud fra den systematiske litteratursøgning identificeret 10 teoretiske studier samt et kvalitativt studie, hvorfor litteraturvurderingen af disse blev foretaget i henhold til studiets design. Der forekommer ikke nogen specifik form for tjekliste til vurdering af teoretiske studier, hvorfor vurderingen af litteraturen sker ud fra seks strategiske spørgsmål, som kan være med til at vurdere kvaliteten af artiklen som er identificeret (Oxford Brookes University 2011). Den kvalitative artikel blev vurderet i henhold til tjeklisten CASP (Spittlehouse et al. 2000). Udover tjeklisten blev artiklen også kritisk vurderet ud fra artiklens indhold. Selvom artiklen ikke scorer højt på tjeklisten kan kvaliteten fortsat være god, hvorfor tjeklisten alene ikke nødvendigvis kan vurdere kvaliteten af artiklen.

Præsentation af udvalgt litteratur

Nedenstående figur 6 viser en oversigt over den udvalgte litteratur, bestående af 10 teoretiske studier og et kvalitativt studie.

| Emner / Artikel | 1: Forfatter og titel | 2: År for publicering | 3: Formål | 4: Studiets design |
|-----------------|---|-----------------------|---|--------------------|
| Artikel 1 | Allmark, P. <i>Choosing Health and the inner citadel</i> | 2005 | Artiklen er kritisk i henhold til regeringens måde at fremsætte folkesundhedsprogrammet "white paper" som det frie valg for individet, idet der i artiklen argumenteres for staten benytter en paternalistisk styringsform. | Teoretisk studie |
| Artikel 2 | Ayo, N. <i>Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens</i> | 2011 | Dette studie er skrevet idet forsker vil undersøge hvordan den neoliberale styring er indænknet i praksis og er direkte implikeret i udformningen måden sundhed fremmes i samfundet. | Teoretisk studie |
| Artikel 3 | Buchanan, D. R. <i>Autonomy, paternalism, and justice: Ethical priorities in public health</i> | 2006 | Formålet med studiet er at debattere de etiske aspekter af sundhedsfremme. Der argumenteres både for og imod autonomi blandt befolkningen og en paternalistisk styring. | Teoretisk studie |
| Artikel 4 | Conly, S. <i>Against autonomy: Justifying coercive paternalism</i> | 2013 | Formålet med studiet er at argumentere for at den paternalistiske styringsform er en nødvendighed i samfundet. Der fremsættes tre argumenter for autonomi, som forfatteren afkræfter. | Teoretisk studie |
| Artikel 5 | Gostin, L.O. & Gostin, K.G. <i>A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health</i> | 2009 | Formålet med studiet er at kortlægge hvordan forskellige former for paternalisme bliver anvendt i styringen af befolkningen. Dernæst argumenteres der for de forskellige, hvor både fordele og ulemper fremkommer. | Teoretisk studie |
| Artikel 6 | Herrick S.E.K. & Thurston, M. <i>It's not the government's responsibility to get me out running 10 km four times a week" - Norwegian men's understandings of responsibility for health</i> | 2016 | Formålet med studiet er at forstå, hvordan norske mænd opfatter sundhed i hverdagen. Mændene interviewes hvor der spørges til hvor de mener ansvar for befolknings sundhed ligger samt om mændene føler de har kontrol over egen sundhed. | Kvalitativt studie |
| Artikel 7 | Owens, J. - Grubb, A. <i>Beyond Choice and Individualism: Understanding autonomy for public health ethics</i> | 2013 | Dette studie beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvordan begrebet autonomi bør forstås og anvendes inden for folkesundhed og i praksiserhningen sundhed. | Teoretisk studie |
| Artikel 8 | Smith, N. <i>Incorporating local knowledge(s) in health promotion</i> | 2010 | Studiet har til hensigt at argumentere for, at det er væsentligt at integrere og anvende befolkningens lokale viden i henhold til sundhedsfremme. | Teoretisk studie |
| Artikel 9 | Taylor, G. & Hawley, H. <i>Health promotion and the freedom of the individual</i> | 2006 | Studiet har til formål at problematisere sundhedsfremmestrategierne, idet de udgør en trussel mod den enkeltes frihed. De finder endvidere at ægte sundhedsnål er en nødvendighed at integrere hvis forebyggelsen skal virke. | Teoretisk studie |
| Artikel 10 | Vallgård, S. <i>Nudge - A new and better way to improve health?</i> | 2011 | Formålet med studiet er at klarlægge nudgingens nødvendighed i folkesundhedsfremme. Argumentet bygger på at befolkningen ikke selvstændigt er i stand til at træffe det bedste valg for egen sundhed. | Teoretisk studie |
| Artikel 11 | Verweij, M. & Hoven, M van den <i>Nudges in public health: Paternalism Is Paramount</i> | 2012 | Studiets formål er at stille spørgsmålstil hvorvidt nudging er tilstrækkeligt i forsøget på at forbedre folkesundheden. Her argumenteres de for at paternalistiske indgreb mod folkesundheden er en naturlig del af den demokratiske proces, hvor konsekvenserne bør opvejes med fordelene. | Teoretisk studie |

Figur 6: Præsentation af udvalgt litteratur på baggrund af den systematiske litteratursøgning.

6. Analyse

Analysen er, som beskrevet i metoden, en diskursanalyse udført ved dokumentanalyse af de fire folkesundhedsprogrammer fra 1989, 1999, 2002 og 2014 samt tilhørende materiale.

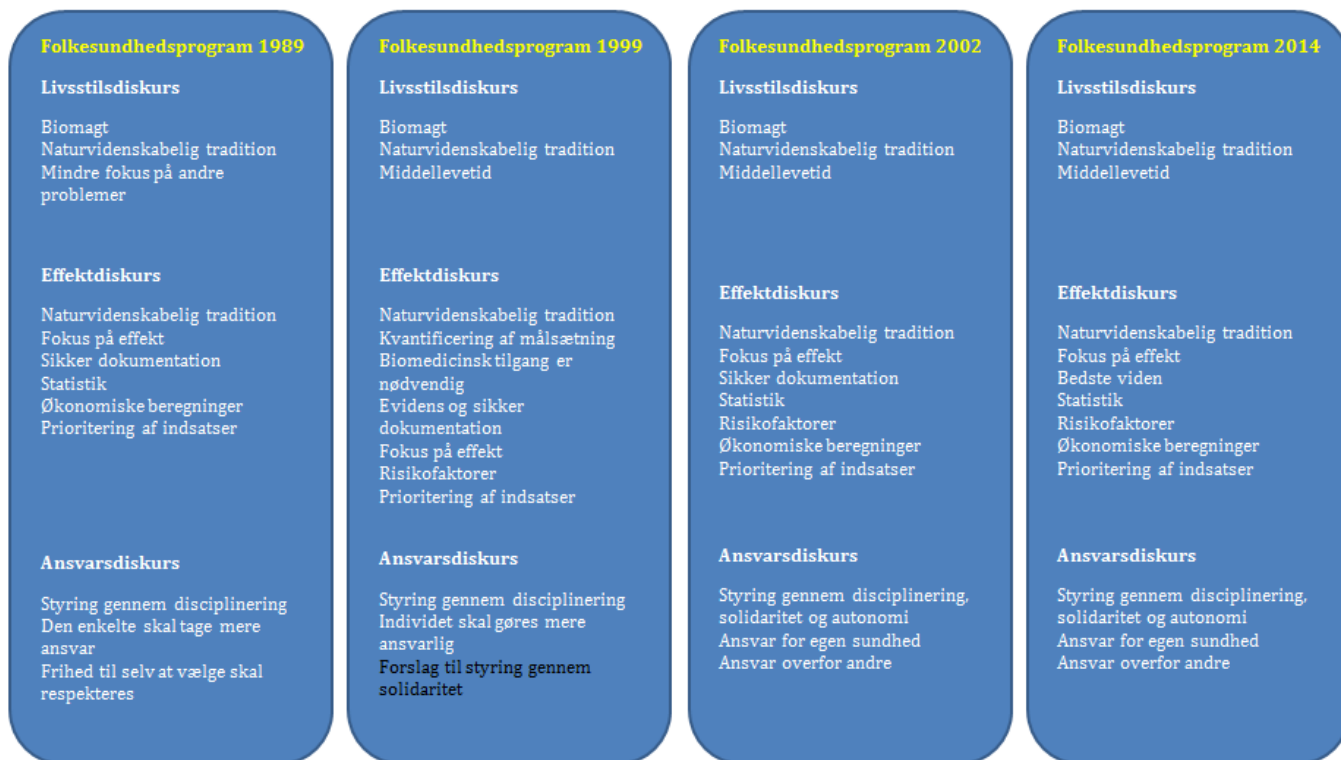
Analysen er opbygget med et indledende afsnit, hvori de overordnede resultater for folkesundhedsprogrammerne, og det tilhørende baggrundsmateriale præsenteres. Dette har til hensigt at give læseren et overblik over det materiale, analysen omhandler. I de efterfølgende fire afsnit, analyseres hvert enkelt folkesundhedsprogram og tilhørende materiale for programmet, hvilket samtidig er argumentation for de fundne resultater. Slutteligt analyseres der samlet på de overordnede resultater og den udvikling, der er fundet sted i perioden mellem de fire folkesundhedsprogrammer, med henblik på at udlede hvilke diskursive og sociale praksisser, der er konstituerende for, at den sundhedsfundamentalistiske tilgang har hegemoni i sundhedsdiskursen.

6.1 Præsentation af analysens resultater

Analysen tager udgangspunkt i den første del af nærværende speciales problemformulering: *Hvilke sociale og diskursive praksisser, i folkesundhedsprogrammerne samt det tilhørende materiale, er konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs, hvori det sundhedsfundamentalistiske sundhedsbegreb har hegemoni indenfor den danske forebyggelse...*

Dokumentanalysens udgangspunkt har været at finde de diskursive og sociale praksisser som konstituerer den senmoderne sundhedsdiskurs. Diskurser anses som værende en bestemt måde at tale om eller forstå verden på (Jørgensen & Phillips 1999), og på baggrund af den poststrukturalistiske tilgang fremstår dokumenternes italesættelse og forståelse af sundhed som meningsskabende og kan derfor beskrive hvordan den senmoderne sundhedsdiskurs er konstitueret. Dette er gjort ved at kortlægge de mønstre, der fremgår på tværs af dokumenterne og derved udlede de overordnede diskurser, der eksisterer mellem 1989 og 2014. Dokumenternes italesættelse og forståelse af fænomener, anses i specialets poststrukturalistiske tilgang som meningsskabende, og formålet er hertil at finde frem til, hvordan den nuværende viden opfattes som værende sand.

Der er udledt tre overordnede diskurser på baggrund af dokumentanalysen; *Livsstilsdiskurs*, *Effektdiskurs* og *Ansvarsdiskurs*. Nedenstående figur illustrerer hvorledes diskurserne konstitueres i de enkelte programmer.



Figur 7: Overblik over diskurserne *livsstilsdiskurs*, *effektdiskurs* og *ansvarsdiskurs* i folkesundhedsprogrammerne fra 1989, 1999, 2002 og 2014.

De tre diskurser er udledt som et overordnet mønster efter analyse af alle fire folkesundhedsprogrammer samt det tilhørende materiale. Programmerne er struktureret forskelligt, hvorfor diskurserne også konstitueres forskelligt i de fire folkesundhedsprogrammer. Figuren er derfor opbygget således, at der indenfor det enkelte program kan aflæses, hvad der konstituerer den enkelte diskurs. Tekst med sort skrift i figuren henviser til, at dette kun finder sted i det tilhørende materiale og ikke i selve programmet. I de følgende underafsnit beskrives de overordnede fund indenfor de tre diskurser.

6.1.1 Livsstilsdiskurs

Livsstilsdiskursen er udledt ved, at alle fire folkesundhedsprogrammer fremstiller 'problemet' som værende livsstilsadfærd. Gennem teknikker som statistik udledes det, at livsstilsfaktorer er det, der har størst betydning for folkesundheden. Livsstilen dominerer derfor i samtlige programmer på trods af, at der eksempelvis også tales om middellevetid, livskvalitet og social ulighed (P89,T89,P99,P02,P14,T14).

6.1.2 Effektdiskurs

Effektdiskursen er udledt ved, at der i samtlige folkesundhedsprogrammer forekommer et ønske om at opnå positiv målbar effekt med programmet. Der forekommer en grundantagelse om, at sandhed skabes gennem naturvidenskabelig og biomedicinsk tradition. Hertil anvendes forskellige teknikker, eksempelvis statistik og kvantificering af målsætninger, til at argumentere for, hvad der skaber effekt. I forlængelse af dette ønskes der bevis og evidens for, at tiltag i programmerne kan skabe effekt (P89,P99,P02,P14,T14).

6.1.3 Ansvarsdiskurs

Ansvarsdiskursen er udledt ved, at der i samtlige programmer tales for, at individet skal ansvarliggøres. Der forekommer udvikling i ansvarsdiskursen fra 1989 til 2014. I 1989 udfordres magtdiskursen af en liberalistisk diskurs som omhandler, at den enkelte skal have autonomi. I de senere programmer opnår diskursen hegemoni og diskuteres ikke. I stedet udvikler den sig til ikke blot at omhandle ansvar hos det enkelte individ men også et ansvar overfor samfundet og andre (P89,P99,T99,P02,P14).

6.2 Analyse af folkesundhedsprogrammerne

Analysen af de fire folkesundhedsprogrammer og tilhørende materiale er struktureret ud fra den beskrevne analysestrategi i afsnit 5.1.3. I de enkelte programmer analyseres der først, hvordan biomagten er udformet. Efterfølgende analyseres aktører og taleposition med henblik på at udfolde, hvorfor biomagten struktureres som den gør. Herefter undersøges

hvilken sandhed, der konstrueres i programmet på baggrund af talepositionerne og biomagten. Dernæst analyseres det, hvilken form for governmentality dette resulterer i og slutteligt, hvordan selvteknologier kommer til udtryk i programmet. I følgende fire underafsnit findes den enkelte analyse for henholdsvis 1989, 1999, 2002 og 2014.

6.2.1 Analyse af folkesundhedsprogrammet 1989 og tilhørende materiale

Forebyggelsesprogrammet fra 1989 består af to dele, en programdel og en dokumentationsdel. Programdelen beskriver, hvordan den daværende regering ønsker at prioritere forebyggelsesområdet. Dokumentationsdelen indeholder de faglige redegørelser for indsatsområderne og er udarbejdet i et samarbejde mellem sundhedsministeriets forskellige institutioner og styrelser. Programmet bærer præg af manglende viden på mange forebyggelsesområder, hvorfor den tidligere regering i nogle sammenhænge sår tvivl om hvorvidt, indsatsen kan bygges på den daværende tilgængelige viden (Sundhedsministeriet 1989b; Sundhedsministeriet 1989a).

Biomagt

De overordnede målsætninger i folkesundhedsprogrammet fra 1989 er "*...at sænke antallet af tidlige dødsfald, sænke antallet af invaliderede og lidende mennesker, give flere en alderdom uden forringet livskvalitet.*" (P89 s. 14). Biomagt, som er en magt der "*...søger at lede befolkningen med henblik på at fremme sundhed, livskvalitet og sikkerhed for at skabe nyttige og produktive samfundsmedlemmer...*" (Pedersen 2010) s. 33) er fremtrædende i programmet. Dette ekspliciteres ud fra de oveordnede målsætninger, hvori der fremgår et ønske om at fremme befolkningens sundhed og livskvalitet, samt følgende begrebssammensætning, der afspejler ønsket om at skabe nyttige og produktive samfundsmedlemmer: "*Sundhedsoplysningen sigter mod at ændre befolkningens adfærd således, at helbredet forbedres og sygdomsrisici formindskes.*" (P89 s. 23).

På trods af målsætningerne fremstilles det egentlige 'problem' i folkesundhedsprogrammet som værende den enkeltes livsstil: "*Årsagerne [til de store folkesygdomme] har i høj grad noget med vor livsstil at gøre, derfor er livsstilen i særlig grad fremhævet i forebyggelsesprogrammet. Indsatser, der skal støtte brede ændringer i danskernes livsstil, skal*

derfor opprioriteres." (P89 s. 9) og "De sygdomme, der i dag belaster befolkningen og behandlingssystemet, er livsstilssygdomme og forhold der er tæt knyttet til befolknings livsstil." (P89 s. 13). Dette kan identificeres som en livsstilsdiskurs, der italesætter en forbedring af folkesundheden gennem forandring af individets livsstil.

Ifølge Bacchi er det væsentligt at spørge ind til, hvad der ligger til grund for denne fremstilling af 'problemet'. Dette spørgsmål kan besvares ved at analysere nærmere i forhold til Nexø og Kochs talepositioner.

Taleposition

Talepositionen i folkesundhedsprogrammet er styret af aktører indenfor tre områder, disse er; Sundhedsministeriet, der har stået for det overordnede ansvar i forhold til udfærdigelsen af folkesundhedsprogrammet (P89), DIKE¹⁴, der har lavet det statistiske rationale bag programmet (P89,T89), og forskellige råd og organisationer, som er inddraget i forbindelse med de primære indsatsområder (P89,T89). Ud fra programmet kan det tolkes, at de aktører som har taleposition primært repræsenterer den naturvidenskabelige fagtradition. Dette fremstår ved, at biomagten i programmet intervenserer gennem bestemte teknikker, der udspringer heraf. Eksempelvis anvendes statistik som rationale og argumentation for, hvor indsatser bør implementeres. Indsatserne i programmet måles og afvejes i forhold til både omkostninger og effekt, og et centralt element i forebyggelsen er, at den baseres på udledte faktorer. Disse tre eksempler udtrykkes i programmet gennem følgende tre begrebssammensætninger: "*Forskningen har altså en meget stor betydning for erkendelsen af, hvor den forebyggende indsats kan og bør sættes ind med største effekt.*" (P89 s. 20), "*Disse indsatsområder er udpeget ved en afvejning af sygdomsproblemernes alvor – dels målt ved deres økonomiske konsekvenser, dels i tab af velfærd – og af mulighederne for ved en målrettet indsats at opnå resultater.*" (T89 s. 6), "*En nødvendig forudsætning for en rationel planlægning af det forebyggende arbejde er kendskab til de faktorer, der påvirker sundhedstilstanden, samt til udbredelsen af helbredsproblemer og sundhedsrisici i befolkningen.*" (T89 s. 27). I forlængelse af Bacchis spørgsmål fremstår livsstilsdiskursen derfor præget af de dominerende antagelser indenfor den naturvidenskabelige fagtradition. Problemet konstrueres derfor på baggrund af

¹⁴ Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

risikofaktorer og kausal effekt, hvilket kan være forklarende for, at fokus fjernes fra eksempelvis livskvalitet.

Folkesundhedsprogrammet er dog præget af flere tilgange, hvilket indikerer forskellige magtkampe i udfærdigelsen af den endelige publikation. Eksempelvis forekommer der magtkamp omkring selve anvendelsen af biomagt hvilket kommer til udtryk ved, at der på den ene side føres en diskurs om, at anvendelsen af biomagt er nødvendig i forebyggelsen: *"Der vil således være behov for en indsats over for såvel den enkeltes livsstilsfaktorer, f.eks. ved at påvirke kostvaner, rygevaner m.v., som over forhold samfundet, f.eks. ved lovinitiativer, afgiftssystemer, uddannelsesprogrammer m.v."* (T89 s. 77). På den anden side føres der en moddiskurs om frihed hos individet, hvilket blandt andet fremgår af følgende begrebssammensætninger: *"De offentlige udmeldinger... må ikke få karakter af frelser politik eller kunne opfattes som intolerante af dem, der ønsker at være anderledes, eller som ikke magter eller har forudsætninger for at følge de opstillede normer."* (P89 s. 15) og *"Indsatsen må derfor afpasses dels efter skadesvirkningerne, dels efter, hvor tæt indgrebet går på den enkeltes frihed."* (P89 s. 15). På trods af magtkampen fremstår diskursen om anvendelse af biomagt som dominerende, da programmet lægger op til, at individet må indfinde sig med indvirkning fra statens side: *"Vi må på den ene side fastholde, at den enkelte suverænt må bruge sit liv og dermed sin krop, som den pågældende føler det rigtigt, men vi må også acceptere, at det sker under nogle begrænsninger..."* (T89 s. 20).

At magtkampende kommer til udtryk i publikationen indikerer, at de nævnte aktører, på trods af deres taleposition, ikke har fuldstændig hegemoni i folkesundhedsprogrammet fra 1989.

Konstruktion af sandhed

Det perspektiv der identificerer biomagten er styrende for hvorledes, sandhed konstrueres i programmet. At biomagten qua talepositionen primært defineres ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv medfører derfor, at den konstruerede sandhed i folkesundhedsprogrammet også defineres ud fra den naturvidenskabelige fagtradition. Eksempelvis opstiller den daværende regering en forståelse for, at det gode liv og det sunde liv er det samme: *"Mennesker, der har gode liv, sunde liv, bliver sjældent syge, og når de bliver syge, lider de væsentligt mindre under det end folk, der ikke har – og har haft – gode liv."* (P89 s. 11). Denne konstruktion af sandheden tømmer begrebet 'det gode liv' for indhold, og

definerer det ud fra viden indenfor den biomedicinske forståelse. Den naturvidenskabelige tilgang teknificerer blikket således, at der forekommer atomiseret viden om verden. Det vil sige, at der blot anvendes et begrænset perspektiv. På baggrund heraf bliver kausaleffekt et nøglebegreb, men på grund af at dette perspektiv er begrænset, risikerer denne tilgang at overse andre dele af kontekst, der eventuelt måtte forekomme udenfor det blikket rettes mod.

Magtkampene i programmet er dog medvirkende til, at den konstruerede sandhed ikke udelukkende præges af den naturvidenskabelige teknificering. Dette fremkommer eksempelvis i følgende begrebssammensætning, hvor der føres en mere sundhedsrelativistisk tilgang og det gode liv som andet end fravær af sygdom: *"Opfattelsen af, hvad der er et godt liv, er naturligvis forskellige fra menneske til menneske, ligesom opfattelsen af, hvad sundhed er."* (P89 s. 11). Heraf fremstår der en magtkamp mellem en sundhedsfundamentalistisk og en sundhedsrelativistisk diskurs, hvoraf den sundhedsfundamentalistiske fremstår som den mest dominerende.

Governmentality

Begrebet governmentality henviser som nævnt til styring gennem selvstyring (Pedersen 2010). Den governmentale styring kommer til udtryk gennem programmets hensigt om at *"...ændre befolkningens adfærd således, at helbredet forbedres og sygdomsrisici formindskes."* (P89 s. 23), hvilket kan tolkes som et ønske om at skabe nyttige samfundsborgere.

Den governmentale styring forekommer i programmet primært som styring gennem disciplinering. Det fremstår som en diskurs, at folkesundhedsprogrammet ønsker ansvarliggørelse af befolkningen, da *"...en nok så stor indsats på de samfundsregulerede områder kan ikke løse de sundhedsproblemer, der er forårsaget af den enkeltes livsstil."* (P89 s. 11). I forlængelse heraf tales der for større ansvar i befolkningen, da *"De sundhedsproblemer, som skyldes usunde levevaner (...) skal forebygges ved, at den enkelte tager et større ansvar for sin egen sundhed og gøres i stand til at vælge sundt"* (T89 s. 23).

Der forekommer dog magtkamp i programmet i forhold til denne ansvarsdiskurs. Foruden at individet skal tage ansvar for egen sundhed (P89,T89) lægges der vægt på, at indsatsen ikke må gå for tæt på den enkeltes frihed (P89). Samtidig forekommer der etiske overvejelser om, at *"Interesse for sundhed må ikke føre til misforståelser eller overdrevne handlinger, der meget*

nemt kan blive direkte sundhedsskadelige." (T89 s. 24). Diskursen om ansvar fremstår derfor ikke som havende komplet hegemoni i folkesundhedsprogrammet.

Selvteknologier

Biomagten udpeger gennem governmentality begrebet specifikke elementer, der anvendes af individet som styring til selvstyring. Disse kan ses som selvteknologier, der tillader individet at transformere sig med henblik på at blive 'sundere'. De primære områder for selvteknologier, der fremhæves i programmet, er rygning, alkohol og ernæring. Den governmentale styring forsøger derved at styre til selvstyring ved, at befolkningen regulerer adfærden i forhold til de fremstående livsstilsfaktorer. Af den førnævnte begrebssammensætning *"De sundhedsproblemer, som skyldes usunde levevaner som forkert kost, for lidt motion, misbrug af tobak og alkohol, samt stress, skal forebygges ved, at den enkelte tager et større ansvar for sin egen sundhed og gøres i stand til at vælge sundt."* (T89 s. 23) fremgår det, hvordan folkesundhedsprogrammet forventer at selvteknologierne skal transformere individet til det sundere.

6.2.2 Analyse af folkesundhedsprogrammet 1999 og tilhørende materiale

Følgende er analyse af folkesundhedsprogrammet fra 1999 samt tilhørende materiale til programmet. Folkesundhedsprogrammet blev udgivet i maj 1999 og er ikke sendt i høring. I stedet har der været en debatfase frem til oktober 1999, hvorefter ministeren forelagde en redegørelse for folketinget. Det tilhørende materiale består af kommentarer til programmet, som er skrevet efter programmets udgivelse, samt mailkorrespondance mellem personer, der har relevans i forhold til redegørelsen i folketinget (P99,T99).

Biomagt

De overordnede målsætninger i folkesundhedsprogrammet fra 1999 er middellevetid og social ulighed: *"Mod disse to problemer [middellevetid og social ulighed] retter programmets to overordnede mål – og dermed hele programmets øvrige mål – sig."* (P99 s. 7). Programmet fremstiller dog det egentlige problem som værende lav middellevetid, hvilket i forlængelse heraf bliver et spørgsmål om livsstilsfaktorer, da: *"Årsagerne (tobak, alkohol m.v.) til de store*

folkesygdomme kræft, hjertekarsygdomme m.v., er i fokus for programmet, frem for sygdommene selv. Årsagerne findes i meget høj grad i danskernes livsstil.” (P99 s. 7).

Ligesom i programmet fra 1989 er biomagt derfor fremtrædende i folkesundhedsprogrammet fra 1999. Samtidig føres der ligeledes en livsstilsdiskurs i programmet men i modsætning til 1989, kan livsstilsdiskursen i 1999 anses som et udtryk for en bestemt diskursiv praksis, da diskursen har hegemoni og undertrykker andre eventuelle diskurser.

Taleposition

Aktørerne i programmet fra 1999 er; de 10 ministerier, der har udarbejdet programmet, Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, som har beskæftiget sig med middellevetiden i programmet samt forskellige interesseorganisationer, der har haft tilknytning til de enkelte mål i programmet (P99). Det kan, ligesom for programmet fra 1989, tolkes som, at gruppen af aktører overordnet er repræsenteret af den naturvidenskabelige fagtradition. I programmet anvendes der eksempelvis flere forskellige teknikker, der udspringer fra naturvidenskaben. Eksempelvis kvantificering af programmets målsætninger, anvendelse af statistik og at den biomedicinske forskning tilskrives at være bestemmende for skabelsen af sandhed. Dette udtrykkes ved: *”Hvert af programmets mål hviler på en sikker dokumentation for viden om sygdomsårsager (risikofaktorer), og der skal være udviklet og helst gennemprøvet forebyggelsesmetoder, der kan gennemføres i praksis.” (P99 s. 11), ”Den biomedicinske forskning er grundlæggende som forudsætning for erkendelse af de sygdomsvoldende mekanismer og risikofaktorer, og som også er en forudsætning for forebyggelsesforskning i forbindelse med udvikling af nye interventioner.” (P99 s. 105).* Foruden dette anvender folkesundhedsprogrammet kategorisering af individer, hvor grupperinger indenfor livsstilsfaktorerne rygning, alkohol, overvægt, kost og motion fremhæves.

De aktører der besidder autoritet præges således også i 1999 af den naturvidenskabelige fagtradition, hvilket er medvirkende til at fremstille livsstilsfaktorerne som 'problemet'.

Konstruktion af sandhed

I modsætning til det tidligere program forekommer der ikke tydelige magtkampe i folkesundhedsprogrammet fra 1999. Biomagten identificeres entydigt ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv, hvor middellevetid og livsstilsfaktorer fremhæves (P99).

Grundet denne entydige fremstilling af 'problemet', er det væsentligt at spørge ind til, hvad der forbliver usagt og hvilke områder, der forbliver uproblematiseret i denne repræsentation.

I programmet fremstår det som en diskurs, at folkesundhed beskrives ud fra et sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn. Dette understøttes blandt andet af følgende begrebssammensætning fra det tilhørende materiale: *"Folkesundhedsprogrammet bygger på den illusion, at folkesundhed er fravær af sygdom og svækkelse, og at det alene kan opnås ved forebyggelse af risikofaktorer og behandling."* (T99). Det overordnede fokus på livsstilsfaktorer er medvirkende til, at konteksten og rammerne for det enkelte individ overses: *"Man undgår at grave et spadestik dybere og beskæftige sig med de rammer, der er for den enkeltes livsudfoldelse..."* (T99). Ved at folkesundhedsprogrammet konstruerer 'problemet' som værende livsstilsfaktorerne, fjernes fokus fra de andre egenskaber som alkohol, tobak, kost og motion også kan have, og som ligger uden for programmets blik. Motion forbindes eksempelvis med sundhed på grund af kausal effekt, men der tales ikke om, hvorvidt for meget motion kan være sundhedsskadeligt. Alkohol konstrueres ligeledes som negativt: *"For børn og unge er det [på grund af alkohol] risikoen for de sociale konsekvenser, skolegang, og anden uddannelse, kriminalitet samt ulykker, der gør sig gældende."* (P99 s. 22), hvilket fjerner fokus fra, at alkohol også kan bidrage positivt til sociale sammenhænge, glæde og velvære.

Et andet område, der uproblematiseres i folkesundhedsprogrammet, er målet om den sociale ulighed. Netop dette pointeres i det tilhørende materiale: *"Det nytter ikke at sige til folk at de skal ændre deres livsstil, hvis de ikke har mulighed for selv at forme deres tilværelse."* (T99). I denne forbindelse argumenteres der for at målet om at reducere den sociale ulighed modarbejdes af regeringens livsstilsdiskurs, da *"Statistikkerne for tobaksforbruget viser tydeligt, at de, der har overskud til at holde op med at ryge, de er holdt op..."* (T99). I stedet er det den lave sociale klasse, der står tilbage, og *"...udover at have dårligt helbred yderligere skal stigmatiseres som selvforskyldt syge."* (T99).

Kritikken af folkesundhedsprogrammet vidner om, at der udenfor folkesundhedsprogrammet har eksisteret en moddiskurs til livsstilsdiskursen. Det tilhørende materiale vidner om kritik fra både Sundhedskomiteen og Sundhedsstyrelsen (T99). Kritikken bærer præg af en mere humanistisk tilgang, hvor individet anses som værende unikt og styret af de pågældende rammer og kontekst. På trods af den ensidige tilgang i folkesundhedsprogrammet vidner

kritikken om en magtkamp i sundhedsfeltet mellem aktører, der taler for henholdsvis naturvidenskaben og humanvidenskab samt en magtkamp mellem det sundhedsfundamentalistiske- og sundhedsrelativistiske sundhedssyn.

Governmentality

Ligesom i programmet fra 1989, forekommer den governmentale styring i 1999 også primært som styring gennem disciplinering. Kampagner og informationer har til hensigt at ansvarliggøre individet, så den enkelte får lyst til at efterleve den sunde adfærd. Eksempelvis tales der for, at *"...sikre, at befolkningen kender de anbefalede maksimumsgrænser [for alkohol]..."* (P99 s. 22), og at det offentlige bør *"...klart og tydeligt fortælle, hvad der gør folk syge, og hvordan sygdom kan undgås. Man bør også sende nogle klare signaler om sundhedsfremme, for eksempel at der ikke ryges i skole og på sygehuse."* (P99 s. 5). Derved forekommer der ligesom i 1989 en ansvarsdiskurs, hvor ønsket er at ansvarliggøre individet. Folkesundhedsprogrammets tilgang kan tolkes som en utilitaristisk tilgang, hvor målet helliger midlet. Middellevetiden skal forbedres, og midlet dertil er at ændre befolkningens adfærd: *"At forbedre folkesundheden kræver ændrede adfærdsmønstre..."* (P99 s. 111).

På trods af, at ansvarsdiskursen dominerer i programmet, forekommer der også her kritik. Generelt stilles der spørgsmål til folkesundhedsprogrammets tilgang til styring, hvilket eksempelvis udtrykkes i følgende begrebssammensætning fra Sundhedsstyrelsen: *"Hvad vil ministeren egentlig? Vil han bare forbyde rygning og colaautomater osv.?"* (T99), hvilket kan tolkes som, at der frygtes for befolkningens autonomi og muligheder for selv at træffe valg. I forlængelse heraf spørges der til: *"...etik og etiske overvejelser i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme..."* (T99). Som et muligt svar på kritikken foreslås det i en mail til sundhedsministeren, at forebyggelsen skal rette fokus mod styring gennem solidaritet: *"Jeg tror det vil være ganske afgørende for programmets gennemslagskraft i samfundet at fokus sættes på den enkeltes, gruppernes og institutionernes ansvar for andres og hinandens helbred. Den sociale eller solidariske ansvarlighed må være krumtappen i argumentationen, mener jeg."* (T99). Dette vidner om en magtkamp mellem en paternalistisk diskurs fra aktørerne bag folkesundhedsprogrammets og en liberalistisk diskurs fra aktører i Sundhedsstyrelsen.

Selvteknologier

I folkesundhedsprogrammet fra 1999 fremgår der en udvikling indenfor selvteknologier set i forhold til det foregående program. Rygning, alkohol og kost er stadig i fokus som områder til udvikling af selvteknologier, men foruden disse fremgår svær overvægt og motion også som et område for selvteknologier. Selvteknologiernes formål er stadigvæk at muliggøre, at individet bliver i stand til at transformere sig mod det sundere, set i forhold til den konstruerede sandhed.

6.2.3 Analyse af folkesundhedsprogrammet 2002 og tilhørende materiale

Følgende analyse er af folkesundhedsprogrammet fra 2002 samt det tilhørende materiale til programmet. Det tilhørende materiale består af regeringens umiddelbare tanker bag sundhedsprogrammet samt generel kritik af programmet, heriblandt fra udefrakommende aktører.

Biomagt

Folkesundhedsprogrammet fra 2002 bygger videre på målsætningerne fra 1999. Dette fremgår ved at programmet opstiller tre hovedmål; middellevetid, livskvalitet samt lighed i sundhed (P02). Livskvaliteten og lighed i sundhed nævnes dog kun sporadisk i programmet eksempelvis ved begrebssammensætninger som: *"Men det handler ikke kun om levetid. Mindst lige så vigtigt er livskvaliteten. ... Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal rettes både mod det livsforlængende og det livskvalitetsfremmende."* (P02 s. 6).

Det overordnede fokus i programmet tillægges dog middellevetiden og livsstilen, da regeringen i forebyggelsen tillægger risikofaktorer og middellevetid størst indflydelse (P02). Det egentlige 'problem', ligesom i programmet fra 1999 fremstilles derfor som den enkeltes livsstilsadfærd. Dette understøttes blandt andet af det tilhørende materiale: *"På visse centrale områder mødte folkesundhedsprogrammet dog kritik. Det gælder bl.a. fokuseringen på middellevetiden og livsstilen."* (T02).

Taleposition

Aktørerne i programmet fra 2002 er primært; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, som har stået for publikationen (P02), samt Statens Institut for Folkesundhed (P02,T02). Ligesom i programmerne fra 1989 og 1999, synes aktørerne i 2002 også at være præget af den naturvidenskabelige fagtradition. Ligesom i de andre programmer udtrykkes dette ved, at teknikkerne der anvendes som argumentation for programmets målsætninger udspringer af naturvidenskaben. Det er teknikker som for eksempel statistik, risikofaktorer samt økonomiske beregninger, der anvendes: *"Den samfundsøkonomiske effekt skal beskrives for hver risikofaktor..."* (T02), *"Andelen af dagligrygere i hele befolkningen nedsættes et procentpoint pr. År svarende til cirka en tredjedel i programperioden."*(T02). Foruden disse teknikker stilles der krav til, at *"Forebyggelsen skal baseres på professionel faglig og understøttes af forskningsbaseret metodeudvikling og evaluering samt på uddannelse."* (P02 s. 9), hvilket kan tolkes som et krav om anvendelse af de naturvidenskabelige teknikker.

At 'problemet' repræsenteres som værende livsstilsadfærd bygger derfor på en forforståelse om, at dette er den mest effektive måde at forebygge på. Grundlaget for dette er antagelsen om, at de naturvidenskabelige teknikker skaber sandhed.

Konstruktion af sandhed

Programmet er entydig i sin repræsentation af 'problemet' som værende livsstilsadfærd, hvilket, ligesom i de forrige programmer, defineres på baggrund af den naturvidenskabelige fagtradition. I 2002 er 'det gode liv' heller ikke et begreb, der får sit eget indhold, da programmet sidestiller det med det sunde liv: *"Det er afgørende for et godt liv at undgå sygdom..."* (P02 s. 6). Som beskrevet tidligere (afsnit 6.2.1) vil en sådan konstruktion tømme begrebet for andet indhold og i stedet definere det ud fra statens fremstilling af sundhed. Denne konstruktion er medvirkende til at undertrykke en sundhedsrelativistisk diskurs, da der ikke er plads til andet indhold i det sunde liv end eksempelvis efterlevelse af retningslinjerne for adfærden. Samtidig er dette et eksempel på, at der opstilles binære enheder i programmet, hvor 'det gode liv' og 'det sunde liv' er modsætninger til 'det dårlige liv' og 'det usunde liv'. Dette kan tolkes som en antydning om, at hvis ikke retningslinjerne følges, medfører det dårlige og usunde liv.

I et tidligere udkast af folkesundhedsprogrammet omtales sundhed som en individuelt defineret tilstand: *"Der kan anvendes flere forskellige mål for livskvalitet m.m. Det afhænger bl.a. af, hvad befolkningen selv lægger vægt på som udtryk for sundhed, god livskvalitet m.m."* (T02). At denne udlægning er frasorteret i det endelige folkesundhedsprogram kan tolkes som, at der har eksisteret en magtkamp mellem en sundhedsfundamentalistisk- og en sundhedsrelativistisk diskurs, og at den sundhedsfundamentalistiske tilgang har haft hegemoni indenfor forebyggelsen. Det kan heraf antages, at de dominerende aktører præges af en sundhedsfundamentalistisk forforståelse.

Governmentality

Den governmentale styring har i programmet fra 2002 udviklet sig i forhold til de tidligere folkesundhedsprogrammer. Ansvarsdiskursen i programmet har stadig til hensigt at ansvarliggøre det enkelte individ, men foruden styring gennem disciplinering forekommer den også i form af styring gennem solidaritet og styring gennem autonomi (P02).

Styring gennem disciplinering forekommer, ligesom i de tidligere programmer, ved at individet ansvarliggøres, og gennem informationer om sundhed og sygdom, påvirkes mod et ønske om at efterleve retningslinjerne for sundheden. Dette er eksempelvis hensigten med kampagner og informationer, som programmet anbefaler: *"Det [sundhedsfremme]sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til udvikling af nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for forebyggelsesindsatsen."* (P02 s. 7). Styring gennem solidaritet forekommer ved, at den enkelte gøres ansvarlig overfor samfundet, hvilket ekspliciteret i følgende begrebs sammensætninger: *"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning."* (P02 s.6) og *"Den enkelte har et ansvar for sig selv, sine nærmeste og for at tage del i fællesskaberne... Vi har her et ansvar overfor hinanden. I fællesskaberne er vi med til at skabe hinandens liv."* (P02 s. 7). I forlængelse heraf kan styring gennem autonomi findes i programmet. Programmet skaber en illusion om, at der eksisterer et frit valg, og at den enkelte kan vælge, hvad vedkommende selv vil. Men solidariteten medfører et ansvar overfor samfundet, og opstilling af binære enheder som det sunde liv og det usunde liv er medvirkende til at skabe et ideal om, hvad der bør efterleves.

Foruden udvikling i metoderne til at få individet formet mod at styre til selvstyring forekommer der også en anden udvikling i governmentality. Programmets vægt på fællesskabet og den solidariske tilgang er medvirkende til, at der skabes et panoptikonlignende samfund, hvor befolkningen aktivt er medvirkende til at overvåge hinanden.

Det forekommer endvidere interessant, at der i det bagvedliggende materiale argumenteres for, at forebyggelsen ikke skal være præget af magtanvendelse som sker oppefra: *"Det drejer sig om at undgå de hævede moraliserende pegefingre. Det drejer sig om at erstatte "top-down" tilgang og overalt erstatte den af opfordring til samarbejde med lokale initiativer."* (T02). Det kan derfor tyde på, at regeringen ønsker en mere skjult magtform, hvor befolkningen påvirkes uden selv at være klar over det.

Selvteknologi

De områder for selvteknologier, der fremhæves i programmet fra 2002, er de samme som i 1999; rygning, kost, alkohol, motion og overvægt. Individet skal, gennem efterlevelse af retningslinjerne for den 'korrekte' adfærd, transformere sig selv til det sundere. Dette kan eksempelvis være gennem konkrete selvteknologier som rygestoptilbud eller tilbud om fysisk aktivitet (P02).

6.2.4 Analyse af folkesundhedsprogrammet 2014 og tilhørende materiale

Følgende er analyse af folkesundhedsprogrammet samt tilhørende materiale til programmet. Det tilhørende materiale består af mailkorrespondance mellem personer i Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt tidligere udkast af og rettelser til folkesundhedsprogrammet.

Biomagt

Folkesundhedsprogrammet fra 2014 har til formål at skabe flere gode leveår og mindske den øgede ulighed i sundhed. På baggrund heraf opstilles der syv mål, der omhandler; livsstilsfaktorer, mental sundhed og social ulighed (P14). Ligesom i alle de tidligere programmer flyttes biomagtens hovedfokus dog til livsstilsadfærden: *"Målene tager afsæt i*

KRAM-faktorerne kost (overvægt), rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsudfordringer for middellevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed.” (P14 s. 5), hvorfor 'problemet' også i 2014 repræsenteres som forkert livsstilsadfærd i befolkningen.

Taleposition

Der findes flere forskellige aktører bag programmet fra 2014. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har haft hovedansvaret for publikation (P14), og har haft et nært samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed (T14). Derudover har Finansministeriet været inddraget samt eksperter i tilgængelige tal på forebyggelsesområdet (T14). Slutteligt inddrages diverse interesseorganisationer indenfor de enkelte mål (T14).

Aktørerne bag programmet fra 2014 synes, ligesom for de tidligere programmer at være præget af den naturvidenskabelige fagtradition. Det essentielle i denne forbindelse er ikke, at aktørernes forforståelse er præget af dette men, at aktørerne bag publikationen overvejende har en naturvidenskabelig ontologi. Ifølge Bacchi er regeringen derfor medvirkende til at skabe en bestemt type 'problem', da naturvidenskaben er styrende for de grundantagelser, der ligger til grund for det 'problem', der fremstilles. Eksempler på denne forforståelse kan findes i det tilhørende materiale: *"Rygning er uden diskussion den livsstilfaktor, der har størst negativ indflydelse på vores sundhed."* (T14) og *"Jeg mener, at man kunne lade alle Kim Larsen typerne ryge og rejse, hvis vi bare undgik at de unge begyndte at ryge."* (T14).

At den naturvidenskabelige fagtradition er styrende kommer eksempelvis til udtryk ved anvendelsen af teknikkerne statistik, kvantificering af målsætninger og risikofaktorer, hvilket udtrykkes i begrebssammensætningerne: *"De nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år fokuserer ligesom forebyggelsespakkerne på de risikofaktorer, der har størst betydning for danskernes sundhed."* (P14 s. 20), *"...danskere, der ryger dagligt, skal reduceres med en tredjedel"* (P14 s. 12) og *"For hvert mål, er der fastsat 1 til 4 indikatorer."* (T14). Foruden dette er programmets anbefalinger *"...baseret på den aktuelt bedste viden..."* (P14 s. 20), hvilket er en teknificering af viden. Men da denne fremstilling er kontingent, kunne den være konstrueret anderledes eksempelvis, hvis et bredt evidensbegreb havde større indflydelse i feltet.

Der forekommer 'stilhed' i udfærdigelsen af programmet ved, at der ikke stilles spørgsmål til livsstilsfaktorerne undervejs i programmets udfærdigelse. Den manglende skepsis overfor

livsstilsfaktorerne kan tolkes som, at det tages for givet, at livsstilsfaktorerne har en væsentlig indflydelse og rolle i forebyggelsen. Ligesom for programmerne fra 1999 og 2002 medvirker fremstillingen af problemet til, at fokus fjernes fra andre områder, hvilket også får indflydelse på, hvordan 'sandheden' konstrueres i programmet.

Konstruktion af sandhed

Eftersom biomagten også i 2014 er identificeret ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv, konstrueres sandheden på baggrund af dette. Det fremstår som en diskurs i programmet, at sundhed er noget, der kan opnås ved at efterleve en bestemt livsstil. Dette fremgår ved, at livsstilsfaktorerne fremstilles som enten sundhedsskadelige eller sundhedsfremmende: *"...der er stadig bedre dokumentation for, at alkohol er kræftfremkaldende."* (P14 s. 14) og *"Regelmæssig fysisk aktivitet hos voksne er afgørende for at reducere risikoen for kroniske sygdomme..."* (P14 s. 18). På baggrund af dette forsøges 'det sunde liv' at ligestilles med 'det gode liv'. Denne diskurs understøttes af det tilhørende materiale hvori, der stilles spørgsmål til en sætning om, at der ikke kan sættes lighedstegn mellem det gode og det sunde liv: *"Et lidt pudsigt udsagn, for det kan der måske i virkeligheden godt. Det er sådan vi på andre områder i forebyggelsesverden hyppigt argumenterer."* (T14). Denne tilgang giver udtryk for en bestemt diskursiv praksis, som er medvirkende til at skabe den diskursive formations mulighedsbetingelser, det vil siges, de rammer der giver mulighederne for, hvordan forebyggelsen finder sted.

I det tilhørende materiale fremgår det, at der har været magtkamp om målene for mental sundhed: *"Finansministeriet pillet målene om mental sundhed ud af publikationen. ...deres begrundelse været, at de ikke mener, at mental sundhed bidrager til midlertidigheden og til at mindske ulighed i sundhed."* (T14). Denne tilgang til sundhed medfører, at formålet med livet bliver antal leveår, det vil sige et spørgsmål om at fremme midlertidigheden og ikke lykke, tilfredshed eller livskvalitet. Mental sundhed inddrages dog alligevel i den færdige publikation, men med skærpede krav om dokumentation for, at mental sundhed bidrager til sundheden. Mental sundhed bliver derved defineret på baggrund af den biomedicinske viden. Kravet om dokumentation og målbar effekt er medvirkende til at skabe baggrund for de teknikker, der anvendes til at argumentere for sandhederne, eksempelvis statistik. Igen er

denne fremstilling dog kontingent og kunne være defineret anderledes eksempelvis, hvis aktører med en mere sundhedsrelativistisk forforståelse havde taleposition.

Governmentality

Governmentality i 2014 fortsætter den tilgang, der blev anvendt i programmet fra 2002. Programmet fra 2014 lægger således stadig op til, at individet både skal tage ansvar for egen sundhed, men også er ansvarlig overfor andre. Dette kan betegnes som styring gennem disciplinering, solidaritet og autonomi. Ligesom i programmet for 2002 opstår disse ved at appellere til individets eget ansvar, individets ansvar overfor samfundet samt at give den enkelte illusionen om et frit valg. Dette fremstår eksempelvis ud fra følgende begrebssammensætninger: *"...kræver det også, at den enkelte selv tager ansvar og er opmærksom på egen sundhed og har lyst og vilje til at ændre vaner."* (P14 s. 21), *"...den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred."* (P14 s. 4) og *"Ved at løfte i flok kan vi løfte mere."* (P14 s. 5).

Det fremgår fra mailkorrespondance i det tilhørende materiale, at der er en bevidst tanke bag ordlyden i folkesundhedsprogrammet: *"Nu er jeg jo ikke hendes spindoktor, men... ..det vil være rigtig godt at teksten blev gennemskrevet med henblik på "Jeg går forrest"."* (T14). Derudover indeholdt et tidligere udkast af folkesundhedsprogrammet følgende sætning: *"Flest muligt skal opleve at have frihed til at kunne leve det liv, de værdsætter. Det er ikke alle, der er lige sunde. Det er heller ikke alle, der ønsker at være det."* (T14). At denne sætning er fjernet i den endelige publikation kan tolkes som, at programmet ikke må associeres med, at anden adfærd end den sunde er acceptabel. En anden sætning der ligeledes er fjernet er: *"Filosofien bag målene er simpel. Ved at ændre på omgivelserne, kan vi ændre på mange af de ofte ubevidste valg, vi træffer i hverdagen, og som har betydning for vores sundhed."* (T14). Dette kan tolkes som, at det ikke er hensigten, at befolkningen skal træffe individuelt begrundede valg men i stedet følge den officielle diskurs.

Denne tilgang vidner om governmentality, der foruden ønsket om at gøre den enkelte ansvarlig, også qua den solidariske tilgang forsøger at udbrede ansvaret til det fælles rum eksempelvis familierne og arbejdspladserne. Som nævnt i programmet fra 2002 kan det tolkes som et forsøg på at skabe en panoptikon lignende overvågning ved, at befolkningen overvåger hinanden.

Selvteknologi

De områder for selvteknologier der fremhæves i 2014 er; rygning, alkohol, motion og overvægt. I forhold til programmerne fra 1999 og 2002 fremhæves kosten ikke som et mål for sig selv. Kosten fremgår dog flere steder i programmet som havende negativ indflydelse på sundheden, hvilket skaber grundlag for, at kost som område kan danne grundlag for udvikling af selvteknologier.

6.3 Analyse af de samlede resultater

Følgende afsnit analyserer udviklingen indenfor de tre overordnede diskurser, livsstilsdiskurs, effektdiskurs og ansvarsdiskurs, og afrundes ved at udlede de sociale og diskursive praksisser, der er konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs.

6.3.1 Udvikling indenfor livsstilsdiskurs

På trods af at livsstilsdiskursen er fremtrædende i alle fire folkesundhedsprogrammer, så har diskursen gennemgået en udvikling siden 1989 (P89,P99,P02,P14). I 1989 fremstilles livsstilen som det egentlige 'problem' i programmet på baggrund af, at biomagten identificeres ud fra et naturvidenskabeligt perspektiv. Denne fremstilling af livsstilen som 'problemet' er dog præget af diskursive magtkampe, hvorfor livsstilsdiskursen ikke forekommer som suverænt dominerende i programmet fra 1989 (P89,T89).

I 1999 får livsstilen som 'problemet' mere rodfæste og har hegemoni i folkesundhedsprogrammet (P99). Denne udvikling kan formentlig tilskrives, at Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg i 1994 udgiver en rapport, hvori det fremgår, at udviklingen i Danmarks middellevetid er stagneret (Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994). Samtidig kan det tolkes, at den naturvidenskabelige diskurs har udviklet sig i tidsrummet, og derved er begyndt at definere flere og flere områder. Teknikker som statistik opnår derfor større magt hvilket er medvirkende til, at livsstilsdiskursen konstitueres med større sikkerhed.

I programmet fra 2002 fremstår livsstilsdiskursen ikke ligeså dominerende som i 1999. Denne udvikling kan tolkes som, at diskursen er nedtonet på grund af kritikken af det forrige program, og at diskursen derfor blot er mere subtil i programmet fra 2002. Der forekommer eksempelvis stadigvæk teknificering af viden, og konstruktion af sandheden på baggrund af den naturvidenskabelige fagtradition (P02).

Livsstilsdiskursen udvikler sig yderligere frem til 2014. Diskursen fremstilles også her som 'problemet' for folkesundheden (P14), men der stilles ikke længere spørgsmål til livsstilsfaktorerne kost, rygning, alkohol og motion i udfærdigelsen af programmet (T14). Dette vidner om, at de naturvidenskabelige teknikker, statistik og risikofaktorer har opnået så stor magt indenfor forebyggelsen, at der ikke længere stilles spørgsmål til livsstilsfaktorerne. I stedet er livsstilsadfærden blevet en fast genstand i forebyggelsen, der ikke kan negligeres.

6.3.2 Udvikling indenfor effektdiskurs

Effektdiskursen er fremtrædende for alle fire folkesundhedsprogrammer. Der stilles ikke spørgsmål til diskursen. I stedet er det overordnede ønske i alle programmerne, at opnå den størst mulige effekt indenfor folkesundhed (P89,P99,P02,P14). På trods af variation i italesættelsen af effektdiskursen fremstår det som en grundlæggende antagelse, at der skal opnås positiv målbar effekt. Denne forforståelse er medvirkende til at danne rammerne for programmerne. Effektdiskursen fremstiller den kontingente sandhed om, at formålet med livet bliver antal leveår hvilket er medvirkende til, at der ikke stilles spørgsmål til en anden tilgang såsom lykke og livskvalitet.

Der forekommer dog en udvikling i diskursen, da målsætningerne i de seneste programmer dækker over et bredere felt end i 1989. Et eksempel herpå er mental sundhed, der i 1989 beskrives som et relevant men forsømt område (P89). I programmet fra 2014 inddrages dette som en målsætning, der på baggrund af målbare indikatorer, har indflydelse på effekten (P14,T14). Denne udvikling vidner om, at naturvidenskaben gennem teknikker som for eksempel statistik, definerer flere og flere områder med tiden, hvorfor effektdiskursen vinder ind på et større område og får større magt.

6.3.3 Udvikling indenfor ansvarsdiskurs

Ansvarsdiskursen gennemgår en større udvikling fra 1989 til 2014. I programmet fra 1989 fremstår diskursen om at tage ansvar som værende i magtkamp mod en liberal diskurs. Der tales derfor både om, at den enkelte skal tage mere ansvar for egen sundhed men samtidig, at det suverænt er den enkeltes eget valg (P89).

I programmet fra 1999 fremstår ansvarsdiskursen alene, idet der ikke forekommer magtkampe om diskursen. På baggrund heraf taler programmet suverænt for at individet skal gøres mere ansvarlig. Governmentality skal ske i form af disciplinering, hvor individet gennem selvteknologier skal styres til selvstyring (P99). Ud fra det tilhørende materiale fremgår det dog, at der efter programmets publikation og frem mod høringen forekommer magtkamp om styringen, idet en liberaldiskurs stiller spørgsmål til den enkeltes frie valg. I forlængelse af dette fremstilles der forslag til, at styringen kan ske gennem en solidarisk tilgang (T99).

Diskursen udvikler sig yderligere frem mod programmet fra 2002, hvor den governmentale styring både anvendes gennem disciplinering, solidaritet og autonomi (P02). Styring gennem autonomi fremhæves flere steder i programmet, og forekommer som en ny styringsform sammenlignet med eksempelvis 1999 (P02). Da programmet er udformet af en regering dannet af Venstre og Det Konservative Folkeparti, kan denne styringsform være et udtryk for skjult styring, da regeringen fremstår som havende stort fokus på de liberale værdier. Styring gennem solidaritet er i 2002 blevet et centralt element i ansvarsdiskursen (P02). Dette er samtidig medvirkende til at udvikle diskursen fra, at den enkelte udelukkende havde ansvar for egen sundhed til også at have ansvar overfor andre. Heraf udledes det, at baggrunden for et panoptikon lignende samfund dannes, hvor befolkningen er medvirkende til at overvåge hinandens sundhed.

Programmet fra 2014 fortsætter i fodsporene fra 2002. Governmentality finder sted ud fra de samme teknikker, og styring gennem disciplinering, solidaritet og autonomi er stadig grundlæggende for programmet. Befolkningen kan derved, ligesom i 2002, subjektiveres til at indgå i et panoptikon lignende samfund. Til forskel fra 2002 er programmet dog fremstillet af socialdemokratisk regering, hvorfor ansvarsdiskursen i højere grad appellerer til fællesskabet og den solidariske tilgang, hvorfor styring gennem solidaritet fremhæves i programmet (P14).

Styring er derfor blevet et centralt element i forebyggelsen. Efter at adfærden er kommet i fokus, har den diskursive praksis, livsstilsadfærd, transformeret diskursordenen, så der skabes social forandring indenfor styring. Set i forhold til magtkampen om det frie valg og autonomi hos individet som eksisterede i programmet fra 1989 (P89), har den diskursive praksis udfordret magtpositionerne og fremstillet virkeligheden på en ny måde til fordel for styring af individet. I de senere programmer er denne udvikling fortsat, hvorfor de ulige magtforhold i samfundet blot er blevet forstærket i en sådan grad, at styring er blevet et centralt element i forebyggelsen, hvor det ikke længere diskuteres, om der skal styres men kun hvordan der skal styres.

6.3.4 Sociale og diskursive praksisser

I følgende afsnit udledes de sociale og diskursive praksisser, der er identificeret som konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs.

Som beskrevet i operationaliseringen forstås diskursive praksisser som regulerede måder, hvorved diskursens mulighedsbetingelser praktiseres (Nissen & Vardinghus-Nielsen 2007). Efter analyse af folkesundhedsprogrammerne forekommer der netværk af relationer mellem udsagn, begreber og antagelser, som danner de diskursive praksisser; *livsstil, effekt og ansvar*.

De sociale praksisser forstås som samfundsmæssige fænomener, der bidrager til at konstituere den sociale verden, men som ikke har lingvistisk diskursiv karakter (Jørgensen & Phillips 1999). Problemformuleringen undersøger, hvad der er konstituerende for den nuværende sundhedsdiskurs, hvorfor interessen i specialet omhandler, de sociale praksisser der findes i programmet fra 2014. Ifølge Bacchi er det væsentligt at erkende, at repræsentationen af problemet er kontingent og kunne være udfoldet anderledes. Derfor er det relevant at analysere de italesættelser og begivenheder, der ligger forud for den givne repræsentation af 'problemet' (Bacchi 2009). Under analysen er der derfor spurgt ind til, 'hvordan repræsentationen af problemet er opstået' i de enkelte programmer. Gennem analyse af den kontekst eller interaktion, der producerer biomagten i alle fire programmer, er det muligt at se udvikling og forandring over tid. Heraf udledes de sociale praksisser, der bidrager til repræsentationen af problemet livsstilsadfærd; *biomedicin, naturvidenskab og styring*.

Der findes et dialektisk forhold mellem de diskursive og de sociale praksisser, hvorfor de henholdsvis konstituerer og er konstitueret af hinanden. Eksempelvis indeholder den danske forebyggelsespolitik især træk af en biomedicinsk forståelse, med fokus på sygdomme og risikofaktorer (Vallgård 2009a). Den biomedicinske indflydelse har derfor været grundlæggende for, hvordan sundhed anskues i forebyggelsen, og hvordan selve forebyggelsen tilrettelægges. Dette er blandt andet medvirkende til at konstituere den nuværende sundhedsdiskurs, hvor sundhedsfundamentalismen har hegemoni. På baggrund heraf fremstilles der en specifik virkelighed og et specifikt 'problem' i sundhedsfeltet, hvorfor biomedicinen som social praksis er medvirkende til at konstituere den diskursive praksis 'livsstil'. Omvendt influerer livsstil på konstitutionen af den sociale praksis biomedicin. På grund af fravær af magtkampe i diskursen reproducerer den diskursive praksis livsstil diskursorden og forstærker biomedicinen som magtposition.

Et andet eksempel kan ses indenfor naturvidenskaben som social praksis. Ligesom for biomedicinen er den naturvidenskabelige tradition grundlæggende for, hvordan forebyggelsen finder sted. Som nævnt baseres forebyggelsespolitikkerne eksempelvis på risikofaktorer (Vallgård 2009a), hvilket udledes gennem teknikker som statistik og kategorisering. Ian Hacking taler om, at der allerede i 1820'erne opstod en lavine af tal, idet flere og flere elementer blev berørt af statistikker (Hacking 2016). Denne udvikling synes kun at være fortsat, idet statistik ikke blot forekommer i forebyggelsen, men også fremstår som en teknik, der dominerer (P89,P99,P02,P14). Indflydelsen fra den naturvidenskabelige tradition er derfor medvirkende til at konstituere, hvordan sundhed italesættes i forebyggelsen. For eksempel er det, som beskrevet tidligere i analysen, blandt andet på denne baggrund, at diskurserne livsstil og effekt opstår.

Styring som social praksis kan ses i forlængelse af den diskursive praksis, ansvar. Som beskrevet under ansvarsdiskursen (afsnit 6.3.3), har italesættelsen af sundhed forandret sig mellem 1989 og 2014. Finn Kamper-Jørgensen taler om, at der i forbindelse med fokusering på sygdomme og risikofaktorer opstod en *blaming the victim* tilgang, hvorfor det forventedes, at det enkelte menneske selv skulle tage ansvar (Kamper-Jørgensen 2009). Denne ansvarliggørelse af individet har medført, at styring er blevet et centralt element i forebyggelsen. Dette fremgår eksempelvis af folkesundhedsprogrammet fra 2014 og dets tilhørende materiale, idet der udelukkende stilles spørgsmål til, hvordan befolkningen skal

styres (P14,T14). Spørgsmålet om styring fremstår som noget, der tages for givet af aktørerne, hvilket medvirker til, at ansvarsdiskursen praktiseres i forhold til, hvordan styring af befolkningen bør finde sted. Dette kan ses som endnu et eksempel på det dialektiske forhold mellem de diskursive og sociale praksisser, hvor styring er medvirkende til at konstituere ansvarsdiskursen, og ansvarsdiskursen omvendt er medvirkende til at opretholde den sociale praksis.

Overordnet set fremgår det af analysen, at de diskursive og sociale praksisser reproducerer den nuværende sundhedsdiskurs og bidrager til at opretholde eller forstærke det ulige magtforhold, der finder sted i konstitueringen diskursen.

7. Diskussion

Specialets diskussion er opbygget i to afsnit. I første afsnit diskuteres sidste del af specialets problemformulering i forhold til analysen og international litteratur. Formålet er, at kunne besvare den sidste del af problemformuleringen i form af et bud på et forandringstiltag. Den anvendte litteratur er identificeret på baggrund af den systematiske litteratursøgning (afsnit 5.3.2). I det andet afsnit diskuteres specialets valg af metode.

7.1 Forandring af den nuværende sundhedsdiskurs

Den sidste del af specialets problemformulering lyder: *...hvordan kan forandringen finde sted således de utilsigtede konsekvenser mindskes?*. Analysens resultater er essentielle i besvarelsen af dette, da de udledte sociale og diskursive praksisser er nødvendige områder, der skal inddrages i forandringen. Først er det dog relevant at undersøge nærmere, hvorledes forandringen bør finde sted. Hertil er det hensigtsmæssigt at diskutere sundhedsfremme, og hvordan dette skal udføres. Afsnittet er derfor opdelt i tre underafsnit: Først diskuteres sundhedsfremme i forhold international litteratur identificeret ud fra den systematiske litteratursøgning (afsnit 5.3.2), samt inddragelse af analysens resultater og relevant teori. Dernæst inddrages pointerne til at danne et beslutningsgrundlag for forandring. Sidste afsnit omhandler evaluering af specialets forandring.

7.1.1 Sundhedsfremme på baggrund af international litteratur

Afsnittet tager udgangspunkt i tre elementer som fremhæves i litteraturen; *livsstil, styring og sundhedssyn*.

Livsstil

Ligesom i de danske folkesundhedsprogrammer fremstiller den internationale litteratur livsstilen som essentiel for forebyggelsen (Gostin & Gostin 2009; Owens & Cribb 2013; Taylor & Hawley 2006; Smith 2010; Allmark 2006). Livsstilsområdet fremhæves primært af to årsager. For det første er det området, hvor det største antal personer udsættes for

sundhedsskadelige foranstaltninger, og for det andet anses livsstilsområdet i mange henseender, som et område, hvor forholdsvis 'små' ændringer kan have stor betydning for folkesundheden (Allmark 2006). Endvidere så omtaler litteraturen, at livsstilen i det senmoderne samfund influeres af omgivelserne, som forsøger at påvirke den i en bestemt retning (Gostin & Gostin 2009). Dette kan ses i overensstemmelse med afsnittet om aktører i sundhedsfeltet, hvori det beskrives, at stat, marked og civilsamfund influerer hinanden (afsnit 2.5). Her kan der eksempelvis være tale om fødevareindustrien der markedsfører produkter, som de ønsker befolkning skal benytte sig af. På baggrund heraf fremhæves det i litteraturen, at individet ikke er i stand til at træffe en upåvirket rationel beslutning, hvorfor der argumenteres for, at staten bør gå ind og påvirke befolkningens livsstil (Gostin & Gostin 2009).

Livsstilen forekommer umiddelbart relevant at inddrage i forebyggelsen. Dog er det i forlængelse af Bacchis spørgsmål nærliggende at spørge ind til, hvorfor litteraturen fremhæver livsstilen på denne måde. Hvis der kastes et kritisk blik på litteraturen der omtaler livsstil, forekommer den influeret af både naturvidenskabelig og biomedicinsk forforståelse. Det forekommer derfor nærliggende at påstå, at litteraturen er medvirkende til at forstærke og tilsløre de ulige magtforhold, der findes i samfundet. Omvendt er det svært at rette kritik imod livsstilen som tiltag, da et upåvirket valg i hverdagen forekommer som umuligt. På baggrund heraf fastholdes livsstilen som fokuspunkt i nærværende specialets beslutningsgrundlag til forandring.

Sundhedssyn

Et andet essentielt emne der omtales i den internationale litteratur er synet på sundhed. Litteraturen er dog splittet i forhold til, hvilket sundhedssyn forebyggelse bør indeholde. Det tolkes, at dele af litteraturen taler for, at et smalt sundhedssyn er nødvendigt for at opnå en sund befolkning (Gostin & Gostin 2009; Conly 2014; Borovoy & Roberto 2015; Verweij & Hoven 2012). Denne tolkning er udledt på baggrund af studierne fokus på målbar effekt. Sundhed fremstilles i studierne som noget, der kun kan måles gennem risikofaktorer og fysiologiske konsekvenser. Der forekommer flere argumenter for, hvorfor der bør anvendes det, der i nærværende speciale, betegnes som et sundhedsfundamentalistisk sundhedssyn.

Eksempelvis argumenterer et studie for, at det er problematisk for individet, hvis der er for mange muligheder og valg. Samfundets holdning, og ikke individets, bør derfor være afgørende, da samfundet bedre kan træffe et rationelt valg. På baggrund af dette argumenteres der for, at individet ikke er i stand til at træffe et neutralt og upåvirket valg, og at staten derfor bør rette fokus på livsstilsadfærd, da staten bedre er i stand til at definere sundhed for individet (Verweij & Hoven 2012).

I modsætning hertil taler andre studier for et mere relativistisk sundhedssyn i form af en bredere tilgang til sundhed (Allmark 2006; Owens & Cribb 2013). Allmark taler for, at individer forstår sundhed forskelligt og tillægger det forskellige subjektive værdier. Derfor kan det ikke rummes af en fælles definition, der udelukkende baseres på kvantitative data. Hertil konkluderes det, at individet ikke nødvendigvis vil træffe det såkaldte 'sunde' valg, på trods af at være velinformerede (Allmark 2006). Dette understøttes af Møller og Halkier, der taler om, at de fleste mennesker udmærket er klar over, hvad der gavner helbredet (Møller 2009) samt, at det ikke er uvidenhed men helt andre faktorer, der er styrende for individets adfærd (Halkier 2010). Owens og Cribb understøtter dette og tilføjer, at sundhedspolitikker bør antage en bredere sundhedsforståelse, da befolkningens forskellighed indenfor sundhed også skyldes forskellige forudsætninger såsom baggrund, viden og lyst (Owens & Cribb 2013). Samtidig stilles der spørgsmål til den biomedicinske argumentation i forhold til, hvad sundhed er. Eksempelvis om den sundhedsskadelige adfærd er så entydig, som der påstås. Med det menes der, at rygning uden tvivl er usundt for helbredet, men hvis cigaretterne giver individet et frirum i hverdagen og herigennem livskvalitet, så kan dette valg i princippet forbindes med mental sundhed, hvorfor rygning for nogle kan betegnes som sundhed.

På baggrund af ovenstående kan det diskuteres, hvorledes sundhedssynet bør tilrettelægges i forhold til specialets formål om at forandre den nuværende sundhedsdiskurs. Set i forhold til de utilsigtede konsekvenser, der blev udledt i problemanalysen, forekommer det mest hensigtsmæssigt at inddrage et mere sundhedsrelativistisk sundhedssyn. Et bredere sundhedsbegreb kan eksempelvis være medvirkende til at undgå medikalisering, da dette åbner mulighederne for andre definitioner end medicinske. Samtidig påpeger Allmark, at der bør foreligge et ægte mål om en ændring i for eksempel livsstilen før, der foretages adfærdsændring (Allmark 2006). Dette understøttes af Wackerhausens teori om ægte og uægte mål, der netop påpeger, at individet vil have nemmere ved at efterleve ægte mål, som

vedkommende selv opstiller frem for uægte mål, der bliver påtvunget (Wackerhausen 1995). Ud fra dette forekommer det derfor essentielt med et bredere sundhedsbegreb, hvis netop livsstilen hos individet skal inddrages i forebyggelsen. Samtidig vil dette give muligheden for, at der kan tages højde for rammerne og konteksten hos det enkelte individ, hvilket ifølge Owens og Cribb er væsentligt for effektiv forebyggelse (Owens & Cribb 2013). Et studie finder i denne forbindelse, at hvis det er muligt at engagere målgruppen på deres egne betingelser, vil det i højere grad være muligt at ændre deres adfærd (Smith 2010). I forlængelse hertil, forekommer det, at folkesundhedsprogrammernes fokus på livskvalitet og social ulighed blandt andet fejler, fordi den sundhedsfundamentalistiske tilgang ikke tilser individets behov. Dette kan understøttes af Abraham Maslows behovspyramide, som kan være forklarende for, at alle individer ikke kan underlægge sig det smalle sundhedsbegreb. Ifølge Maslows teori skal menneskets basale behov, såsom mad, tryghed og kærlighed, være dækket før, en person vil være i stand til at dyrke sig selv. Eksempelvis kan adfærdsændring i forhold til sundhedsdyrkelse først finde sted når de basale behov er dækket (Greenhalgh & Wessely 2004). På denne baggrund forekommer det relevant med et bredere sundhedssyn, hvis de grupper, som ikke får udfyldt deres basale behov, skal inddrages i forebyggelsen. Et mere sundhedsrelativistisk sundhedssyn bør derfor inddrages i forebyggelsen, og som en del af forandringen af den nuværende sundhedsdiskurs.

Styring

Det sidste element der inddrages i litteraturen er styring. I henhold til forandring omhandler følgende diskussion derfor, hvilken form for statslig styring, der bør anvendes, hvis der i det hele taget skal styres? Der tages i denne forbindelse udgangspunkt i de elementer som allerede ønskes anvendt i forandringen; livsstilsadfærd og sundhedsrelativisme. Styring diskuteres derfor med henblik på, at kunne inkorporeres med et bredt sundhedssyn og fokus på livsstilsadfærd.

Den paternalistiske tilgang har til hensigt at styre befolkningen uden hensyntagen til individets autonomi. Hovedargumentet herfor er, at individet er irrationelt, og derfor ikke er i stand til at træffe det bedste valg alene (Conly 2014; Vallgård 2012). Det kan tolkes, at denne tilgang influeres af både den biomedicinske og naturvidenskabelige tradition. At der tales om

'bedste valg' indikerer, at der allerede er fastlagt en definition af sundhed, og at individet derfor kan vælge forkert. Dette modarbejder det som blev udledt indenfor livsstil og sundhedssyn om, at det er vigtigt at inddrage det enkelte individ i forebyggelsen. Styringen bør derfor ikke blive så dominerende, at den fuldstændigt fratager individet sin autonomi.

I denne forbindelse findes den neoliberale styringsform eller det, som Rose kalder styring gennem autonomi (P02,P14). Indenfor den neoliberale tilgang har individet fortsat autonomi men påvirkes i sine valg imod et bestemt ideal. Den neoliberale styringsform kritiseres blandt andet i litteraturen, idet Ayo taler om, at tilgangen pålægger individet øget selvansvar og derved fjerner ansvaret fra staten. Dette har medført, at mange af de mest fundamentale sociale determinanter for sundhed i højere grad ignoreres af staten. Herigennem fralægges en del af statens rolle i forhold til sundhed, idet der fokuseres på at informere befolkningen om deres ansvar i forsøget på at skabe en sundere stat (Ayo 2012). Derudover argumenteres der for, at en neoliberal styringsform er medvirkende til at øge den sociale ulighed i sundhed, da selvbestemmelsen kun gavner den ressourcestærke del af befolkningen, hvis basale behov allerede opfyldes (Ayo 2012; Hervik & Thurston 2015). Den neoliberale tilgang tager derfor ikke hensyn til individets kontekst og rammer, som Owens og Cribb fremhævede som værende essentielle (Owens & Cribb 2013). Litteraturen er dog ikke udelukkende negativ i forhold til neoliberalismen. Et studie taler for, at befolkningens forudsætninger er styrende for hvor stor graden af sundhedsdeltagelse der opnås. Der kan således profiteres ved den neoliberale tilgang, hvis det er muligt at sikre, at befolkningens basale behov opfyldes (Hervik & Thurston 2015).

Der tales også direkte imod styring i litteraturen. Buchanan påpeger, at autonomi er væsentligt at inddrage i forebyggelsen, da et godt liv er et med ægte valg og ikke et, der udelukkende styres af staten (Buchanan 2008). Netop de ægte valg kan relateres til Wackerhausens ægte og uægte mål (Wackerhausen 1995). I denne forbindelse er det interessant at diskutere, om der kan styres til ægte mål. Hvis eksempelvis resourcesvage individer får tilføjet ressourcer gennem ændring i styringen, hvilket kan dække deres basale behov, kan de formentlig få overskud til at forholde sig til selvrealisering i forhold til sundhed. Derved forekommer det muligt, at styringen er medvirkende til, at individer kan opstille ægte mål for livsstilsændringer. Taylor taler i denne forbindelse om, at staten skal have større frihed til at intervenere, så der kan skabes et fundament for individets udvikling (Taylor &

Hawley 2006). Derfor bør forebyggelsen have befolkningens behov i fokus, så interventioner kan begrænse de omstændigheder, der begrænser befolkningen. Derigennem kan befolkningen selv blive i stand til at varetage egen sundhed og styre til selvstyring, idet ansvaret placeres hos staten og ikke hos individet (Taylor & Hawley 2006).

Staten kan derved skabe betingelserne for, at befolkningen er i stand til at tage ansvar for den biomedicinske sundhed, hvilket ifølge et norsk studie er medvirkende til, at flere vælger at efterleve disse (Hervik & Thurston 2015). Studiet påpeger dog, at dette ikke udelukkende er positivt. Idet der er muligheder for, at alle kan tage ansvar for egen sundhed, opstår der en forventning om, at alle burde. Dette kan meget vel medføre, at befolkningen begynder at bebrejde andre for deres usunde adfærd (Hervik & Thurston 2015). For at begrænse stigmatisering og diskrimination findes det væsentligt at ændre den nuværende styring gennem solidaritet. Hvis der skal være plads til, at den enkelte kan opstille sine egne ægte mål, nytter det ikke, at disse ikke respekteres. Styringen skal derfor tilpasses således, at den ikke fratager individet sin autonomi eller påtvinger individet uægte mål.

7.1.2 Forandring

Følgende afsnit er et beslutningsgrundlag som danner et overblik over, hvordan forandring af den nuværende sundhedsdiskurs kan finde sted. Beslutningsgrundlaget tager udgangspunkt i de udledte diskursive og sociale praksisser. Herefter skabes der et overordnet bud på forandring på baggrund af de elementer, der blev udledt i forrige diskussionsafsnit.

Diskursanalysen fandt en række diskursive og sociale praksisser, som konstituerer den danske senmoderne sundhedsdiskurs. Netop disse kan anses som værende de mulighedsbetingelser og de samfundsmæssige strukturer, der medfører en reproduktion af det samme sundhedssyn, som tidligere i specialet er blevet fundet problematisk. De diskursive- og ikke-diskursive praksisser fremstår således som nogle af de elementer, der med fordel kan forandres, hvorved specialet ikke blot bør forstås som en kritik af sundhedsdiskurs, men i stedet kan give en forståelse for, hvorledes forandring af diskursen kan bidrage positivt til folkesundheden. Set i lyset af, at de sociale praksisser biomedicin og naturvidenskab i øjeblikket er medvirkende til, at teknikker som statistik bliver styrende for argumentationen for sundhed, kan det forekomme problematisk at få fremhævet specialets

fund i sundhedsfeltet. Dette skyldes, at specialet ikke opfylder de krav, der findes til validitet og reliabilitet indenfor den naturvidenskabelige tradition, hvorfor det er muligt, at specialets resultater ikke vil blive taget seriøst. Inddragelse af flere eksperter med tværfaglig eller humanistisk baggrund er derfor relevant, hvis talepositionen bag beslutningerne skal ændres, og forebyggelsen skal kunne indeholde et mere holistisk syn på sundhed. Forud for en fremtidig forebyggende indsats kan der derfor med fordel inddrages flere tværvidenskabelig synpunkter i beslutningerne, hvis ikke specialets bud på forandring blot skal forkastes som ugyldig viden.

Som tidligere beskrevet, er den biomedicinske model blevet så integreret i sundhedsarbejdet, at forebyggelse i dag primært omhandler, hvordan en given sygdom kan forebygges. På den baggrund forekommer en forandring nødvendig, hvis sundhedsdiskursen ikke blot skal reproducere sig selv. Derfor kan en forandring i den sociale biomedicinske praksis være, at forebyggelsen skal fokusere på hvordan livskvaliteten hos den enkelte fremmes, i stedet for udelukkende at fokusere på at mindske forekomsten af sygdom. Dette kan eksempelvis ske gennem en forandring i forståelsen for, at det sunde liv er lig med det gode liv. Yderligere fremkom det som en nødvendighed at inddrage konteksten i forebyggelsen. Sundhed er subjektivt betinget, hvorfor den enkeltes forståelse af sundhed skal inddrages, hvis forebyggelsen skal være meningsfuld for individet.

Den naturvidenskabelige effektorienterede argumentation er som tidligere nævnt styrende for nutidens sundhedsdiskurs. Dette har medført en kvantificering af målsætningerne, og det er blevet indforstået, at indsatsområder udledes på baggrund af effektmæssige mål og samtidig, at mål som ikke er effektorienterede udelukkes. I den forbindelse skal det nævnes, at de kvantitative effektmål såsom middellevetid ikke nødvendigvis er problematiske.

Længere middellevetid kan være ønskværdig for befolkningen, dog bliver der i sundhedsdiskursen udelukkende lagt fokus på, at alle danskere skal leve længere. Herved bliver kvaliteten af de ekstra leveår ikke inddraget. Ekstra levetid for den enkelte er derfor ikke nødvendigvis godt, hvis de sidste to-tre år bliver brugt på et hospital. På den baggrund er det sundhedsdiskursens forståelse af de kvantitative effektmål, der med fordel kan forandres. For at forandre sundhedsdiskursen bliver det derfor en nødvendighed at indtænke, hvor der kan sættes ind, således den naturvidenskabelige traditions dominans i forebyggelsen reduceres. Her kan mere kvalitative mål, som livskvalitet og livstilfredshed inddrages i

forsøget på at ændre forebyggelsen. Ved inddragelse af disse i forebyggelsen, kan forebyggelsen fremstå som betydningsfuld for det enkelte individ. En sådan forestilling kan medføre, at individet er mere tilbøjeligt til at deltage aktivt, da des større betydning forebyggelsen har for den enkelte, des større er sandsynligheden for, at den enkelte deltager (Gostin & Gostin 2009). Endvidere er det en nødvendighed, at staten sikrer den enkeltes behov, før individet overhovedet bliver i stand til at efterleve forebyggelsen (Owens & Cribb 2013). I forsøget på at opfylde disse behov er det nødvendigt at staten sikrer færre bekymringer og en mere sikkerhedsfyldt hverdag for befolkningen. Dette indbefatter, at den understøtter befolkningens valg gennem udvikling af strukturelle tiltag og lignende (Hervik & Thurston 2015).

Livsstilens betydning er anerkendt som et vigtigt element i forebyggelsen, hvorfor den fastholdes som relevant i nærværende speciales anbefaling for forandring. Dog er det væsentligt at inddrage befolkningens autonomi, da det blot handler om at give befolkningen større frihed til at vælge men også, at staten skal påtage et større ansvar og blandt andet sikre et mere hensigtsmæssigt miljø, hvor det selvstændige valg bliver understøttet (Hervik & Thurston 2015). Befolkningens reelle behov skal således være omdrejningspunktet, idet staten i højere grad skal tilpasse de folkesundhedsrelaterede mål i forhold til de mål, der opstilles af den enkelte. For at disse mål kan tilpasses, skal staten forinden opnå en forståelse for de individuelle behov og efterfølgende differentiere indsatserne mod dele af befolkningen, idet der kan være forskellige behov og mål. Således kan en differentieret indsats være hensigtsmæssig, hvor statens primære forebyggelsesfokus målrettes den del af befolkningen med mindst ressourcer (Owens & Cribb 2013; Allmark 2006). Indsatsen mod denne målgruppe skal dog ikke være information og løftede pegefingre, men i stedet målrettes mod hvilke behov og mål denne gruppe har, for derigennem at sikre tilslutning til indsats og på den måde ændre den u hensigtsmæssige livsstilsadfærd.

Endvidere medfører det nuværende syn på livsstilsadfærden, at andre forebyggelsesområder bliver negligerede, hvorfor andre områder potentielt fravælges. Derfor skal forebyggelsen fortsat inddrage livsstilsadfærden dog udelukkende som et af flere indsatsområder for at sikre, at sundhedsdiskursen ikke reproducerer sig selv, og de utilsigtede konsekvenser blot fortsætter. Her kan det eksempelvis være hensigtsmæssigt at indtænke sundhed som andet en blot livsstil men også fokusere på sociale og miljømæssige determinanter, som ligeledes kan

være bestemmende for sundheden hos den enkelte. Ved at fokusere på strukturelle tiltag kan samfundets rolle øges og muligvis fratage befolkningen ansvar. Dette kan skabe bedre forudsætninger for, at de mest basale menneskelige behov kan blive dækket, hvorved sundhedsdyrkelsen i højere grad bliver mulig (Owens & Cribb 2013).

7.1.3 Evaluering af forandring

Efter enhver igangsat aktivitet eller forandring vil det være hensigtsmæssigt at foretage en evaluering for at kortlægge, om forandringen har resulteret i det tilsigtede eller, om potentielle utilsigtede konsekvenser er opstået. I følgende afsnit tages der udgangspunkt i evaluering specialets bud på forandring, hvorefter der slutteligt undersøges potentielle utilsigtede konsekvenser ved forandringen.

Evaluering er en systematisk bedømmelse af udfald, præstationer og organisering, som tiltænkes en rolle i forbindelse med en handlingssituation (Dahler-Larsen 2010). Hertil forekommer det relevant at medtænke evaluering i forhold til konkret forandring, og i forhold til en mere overordnet forandring. Den konkrete forandring er den ændring der skal finde sted i forlængelse af nærværende speciale. Dette kan eksempelvis være forandring i det politiske felt eller i fremtidige folkesundhedsprogrammer. Eksempelvis kan en sådan evaluering tage udgangspunkt i, om fremstillingen af 'problemet' i folkesundhedsprogrammerne ændrer sig, og om italesættelsen af sundhed og styring tilpasses specialets bud. Set i relation til, om de overordnede bud på forandring mindsker de utilsigtede konsekvenser i befolkningen, kan det være hensigtsmæssigt at foretage en spørgeskemaundersøgelse efter et 'passende'¹⁵ tidsrum. Da spørgeskemaundersøgelser kan spørge ind til beskrivelser af fænomener (Olsen 2005), kan der spørges ind til, om italesættelsen af sundhed har ændret sig til et bredere perspektiv, eksempelvis ved at spørge til, om det er blevet mere acceptabelt at efterleve sin egen forståelse af sundhed. Derudover kan der spørges til forandring af styring, og om den enkelte føler, at en del af ansvaret er flyttet over til staten. Hertil kunne det være fordelagtigt at supplere

¹⁵ Det optimale vil være, at spørgeskemaundersøgelsen tilpasses i forhold til den udvikling der sker på baggrund af de konkrete tiltag. Da denne udvikling er uvis, er det ikke muligt at præcisere yderligere, hvornår spørgeskemaundersøgelsen bør finde sted.

spørgeskemaundersøgelsen med interviews således, der opnås mere dybdegående forståelse for, hvordan forandringen opleves i befolkningen (Brinkmann & Tanggaard 2010).

Foruden evalueringen af tiltag er det relevant at undersøge, om tiltaget medfører potentielle utilsigtede konsekvenser. Eksempelvis er formålet med inddragelsen af et sundhedsrelativistisk sundhedssyn blandt andet at det pres og ansvar, der pålægges det enkelte individ lempes, hvorved den mentale sundhed ønskes forbedret i befolkningen. En mulig utilsigtet konsekvens er dog, at hensigten med det bredere sundhedssyn misforstås. Dette kan medføre, at befolkningen ændrer adfærd, der eksempelvis fremmer overvægt og inaktivitet i samfundet i stedet for, at størstedelen træffer sunde valg på baggrund af deres egne ægte mål. I forlængelse af dette kan en anden utilsigtet konsekvens være, at markedet får større mulighed for at påvirke befolkningen. Det forekommer eksempelvis problematisk, hvis befolkningen påvirkes mod et større indtag af fedt-, salt- og sukkerholdig kost. Netop derfor er det også essentielt, at staten sætter fokus på det, som begrænser individets muligheder således, at aktører i markedet ikke skaber dårligere forudsætninger for, at individet kan vælge frit.

7.2 Metodediskussion

I følgende afsnit diskuteres de metodemæssige valg, der er foretaget i nærværende speciale i henhold til besvarelse af problemformuleringen. Diskussionen vil tage udgangspunkt i de kvalitetskriterier kvalitativ forskning bør bestræbe sig på at opfylde. Metodediskussionen består af fem overordnede underafsnit, som vurderes kritisk; *poststrukturalismen som teoretisk blik, diskursanalyse som metodologisk strategi, dokumentanalyse som metode, søgning af litteratur og overførbarhed i specialet.*

7.2.1 Diskussion af poststrukturalisme som teoretisk blik

I henhold til det teoretiske perspektiv, poststrukturalisme, opstår der en række kritikpunkter. Kritikere hævder eksempelvis, at tilgangen er et tegn på relativisme hvilket anses som, at enhver opfattelse af feltet er lige så gyldig som enhver anden. Afhængig af kritikernes egen videnskabsteoretiske retning ses relativisme som et udtryk for subjektivism, antirealisme

eller irrationalitet. Kritikkerne påpeger at en sådan tilgang til sandhedsopfattelse indebærer, at en given viden kan være lige så sand som en anden viden, hvorfor viden relativiseres. Således bliver der ifølge kritikerne ikke nogen sand viden inden for genstandsfeltet, hvorved den viden der produceres ikke kan anses som gyldig og i stedet fører til et irrationelt syn på videnskabelig aktivitet (Stormhøj 2006). Denne kritik er dog ifølge poststrukturalismen underordnet, idet opfattelsen er, at der ikke nødvendigvis behøver være en universel eller absolut gyldighed, hvilket objektivister i høj grad ville hævde (Stormhøj 2006).

Med udgangspunkt i ovenstående kritik af den poststrukturalistiske tilgang kan der stilles spørgsmålstejn ved, om nærværende speciales fund kan betegnes som værende gyldige. Kritikere ville hævde, at resultaterne er udledt på baggrund af en subjektiv tilgang til empirien hvorfor andre, der havde samme empiri ville udlede andre resultater. Denne påstand kan ikke afvises, idet arbejdet med kvalitative metoder ikke kan afskrive forskers subjektive tilgang til materialet, hvilket har indflydelse på den måde sproget opfattes og forstås. At sproget i materialet kan opfattes forskelligt har ydermere betydning for fundenes overførbarhed, da disse ikke kan ses som værende objektiv og universel viden eller sandhed (Nexø & Koch 2011). Derudover kan der ikke, som indenfor den naturvidenskabelige fagtradition, gøres krav på reproducerbarhed, fordi specialets fund er kontingente, og derfor altid kunne præsenteres anderledes, hvis analysen af samme materiale var udfærdiget af andre eller ud fra et andet blik (Nexø & Koch 2011).

Det er dog ikke formålet med den poststrukturalistiske tankemåde at underlægge sig de kvantitative krav. Poststrukturalister arbejder ud fra situeret og positioneret viden, hvor viden skabes ud fra specifikke perspektiver eller positioner. Derfor er det, de positioner og perspektiver specialet påtager sig som afgør, hvad der anses som gyldig viden.

Poststrukturalismen påstår derfor, at påstande aldrig kan være uafhængige af positionen, hvorfor viden ikke kan og bør være universel gyldig (Stormhøj 2006). Således skal den viden analysen fremstiller ikke anses som et forsøg på at skabe en universel gyldighed men i stedet en fremstilling af sandheden, som den ser ud på baggrund af specialets position. Herigennem afvises den positivistiske forestilling om, at der findes universelle kriterier og samtidig den relativistiske påstand, som poststrukturalismen ofte bliver kritiseret for.

7.2.2 Diskussion af diskursanalyse som metodologisk strategi

Når der arbejdes med diskursanalyse, er der en række kvalitetskriterier, som skal overvejes i forsøget på at skabe gyldig viden af høj kvalitet. Disse omfatter, at forskeren foretager en intern kritik af forskningen for derigennem at vurdere den i forhold til den indre konsistens og sammenhæng (Phillips 2010).

Den interne kritik bygger blandt andet på forforståelsen, hvor Jørgensen og Phillips eksempelvis hævder, at forskeren altid vil have en forforståelse i henhold til det undersøgte felt. Af denne årsag vil forsker altid på en eller anden måde påvirke udfaldet af analysen. Således skal forsker forsøge at kontrollere sin forforståelse, idet det ellers kan være vanskeligt at iagttage de sprogligt konstruerede forståelser af virkeligheden. Derved kan der, som kritikkerne påpeger, være en risiko for subjektivering af de analyserede resultater. I forsøget på at kontrollere forforståelsen vil en legitimering af den producerede viden være hensigtsmæssig, hvilket kan ske ved stringent anvendelse af teori og metode. Ved at se verden gennem en teori er det muligt at fremmedgøre nogle af de selvfølgeligheder, forskeren ellers kunne se og samtidig stille nogle andre spørgsmål end dem forskerens forforståelse vil lægge op til (Jørgensen & Phillips 1999). I nærværende speciale benyttes Foucault som teoretisk perspektiv, hvorved verden anskues gennem hans begreber. Således bliver specialet i stand til at stille andre spørgsmål, hvorved forforståelsen bliver kontrolleret.

En anden problematik er selve sundhedsfeltet, som specialet bevæger sig i, og som forsker selv er en del af. Bacchi taler i den forbindelse om, at det er væsentligt som forsker at reflektere over egen forståelse af det givne problem, eftersom diskursive og sociale praksisser kan have betydning for måden bestemte problemstillinger forstås (Bacchi 2009). Dette medfører, at hvis udledninger i specialet udelukkende er fundet på baggrund af en forudantaget forståelse af problemet, vil denne i en vis grad påvirke resultatet af undersøgelsen. Bredsdorff kritiserer yderligere diskursanalysen for at være empiriafhængig, idet forskerens valg af empiri er afgørende for analysens resultat (Bredsdorff 2002). I forlængelse heraf, fremkommer spørgsmålet om, hvad der er gyldig viden relevant. Foucault beskæftiger sig ikke umiddelbart med dette spørgsmål, hvorfor der i nærværende speciale tages udgangspunkt i en hermeneutisk forståelse af gyldighed. Gyldighed henviser i denne forbindelse til, at de slutninger som drages er veldokumenterede og i overensstemmelse med datamaterialets ytringer (Brinkmann & Tanggaard 2010). Endvidere er hverken den

hermeneutiske eller diskursanalytiske forståelsesproces endegyldig, hvorfor Steinar Kvaless princip om at opnå en god gestalt kan inddrages. Dette omhandler, at fortolkning af dokumenterne fortsætter til, der er en indre enighed i teksten uden nogen logiske modsætninger (Brinkmann & Kvale 2009). Slutteligt skal læseren have mulighed for at rette et kritisk blik mod forskningen, hvorfor forskningsprocessen skal gøres transparent. Dette kan gøres ved at eksplicite hvilke regler, der følges, og endvidere sikre en konsistent sammenhæng mellem forskningens forskellige faser, eksempelvis teori og metode i relation til opstillede regler (Phillips 2010).

Set i relation til nærværende speciale, blev der, på baggrund af arbejdet med problemanalysen, oparbejdet en forforståelse for problemfeltet. Gennem løbende italesættelse blev denne forforståelse klart defineret for derigennem at få en forståelse for, hvordan den potentielt kunne influere i arbejdsprocessen. For at mindske denne betydning, blev specialets videnskabsteoretiske og metodologiske opbygning anvendt til at give en struktureret tilgang til analysen, hvilket ifølge Jørgensen og Phillips kan underminere forforståelsen i forsøget på at skabe gyldig viden. Fortsat så bidrog Bacchis spørgsmål til at skabe bevidsthed om den indflydelse, egen sundhedsforståelse kan have haft på repræsentationen af problemet. Her kan den uddannelsesmæssige baggrund muligvis medføre, at specialet influeres af de diskursive og sociale praksisser som eksisterer i sundhedsdiskursen. Således kunne en ukritisk tilgang have medført en bestemt repræsentation af problemet, hvilket er forsøgt udbedret gennem en kontrolleret forforståelse. Samtidig kunne bevidstheden om egen indflydelse på problemfeltet bidrage til, at nærværende speciale har forsøgt at opretholdt et bredt og mere kritisk syn på problemstillingen.

Specialets problemformulering har afgrænset problemfeltet, hvilket kan anses som en subjektiv afgrænsning. Dette anses dog ikke som problematisk, da hensigten med diskursanalysen ikke er at stille spørgsmål til virkelighedens sande karakter, men derimod at forstå, hvordan italesættelsen af udsagnene forstås som værende sand på det givne tidspunkt (Nexø & Koch 2011). Yderligere har valget af empiri ifølge Bredsdorff betydning for resultatet af analysen (Bredsdorff 2002). Nærværende speciale baserer sig på folkesundhedsprogrammerne samt det tilhørende materiale, hvorfor der kan argumenteres for, at specialets konklusion kunne have set anderledes ud, hvis anden empiri var benyttet. I

denne forbindelse kan der videre nævnes, at de dele af folkesundhedsprogrammerne og tilhørende materiale, der anvendes i analysen, er udvalgt på baggrund af en subjektiv vurdering. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt det kunne være valgt anderledes, hvis analysen skulle foretages af andre, da et andet blik på problemfeltet kunne medføre, at andre elementer blev udvalgt som værende de væsentligste. I forlængelsen af udvælgelsen af materialet kan der ligeledes rettes et kritisk blik mod det anvendte materiale. Idet analysen indeholder alle de publicerede folkesundhedsprogrammer siden 1989, må det formodes, at datamaterialet har været et godt udgangspunkt til at identificere, hvad der konstituerer sundhedsdiskursen i folkesundhedsprogrammerne. Endvidere så har sundhedsstyrelse på baggrund af aktindsigtsansøgningen foretaget en sortering af det tilhørende materiale. Dette kan have betydet, at dokumenter, som potentielt kunne bidrage med et andet perspektiv på problemfeltet kan være frasorteret, idet sundhedsstyrelsen ikke har haft de samme forudsætninger for problemstillingen.

I forhold til, om resultaterne af nærværende speciale kan anses som værende gyldige, er de udvalgte citater fra empirien inddraget i et skema (bilag 1). Herigennem er det muligt for læseren selv at vurdere tolkningerne, og hvorvidt de er i overensstemmelse med datamaterialets ytringer. Hensigten er at skabe en transparent analyse, så resultaterne fremstår som pålidelige, og ikke blot udledt på baggrund af specialets kritiske holdning. Endvidere er specialets forskningstilgang forsøgt struktureret, for herigennem at give læser et indblik i hvilken tilgang, der er benyttet i specialets metodologi og teori samt hvilke grundantagelser, der har dannet grundlag forud for arbejdet. Herigennem er der således forsøgt at sikre transparens gennem hele processen for derigennem at sikre gyldige og pålidelige resultater.

Foruden den mere generelle kritik af diskursanalyse som metodologisk tilgang, kan specialets Foucault inspirerede diskursanalytiske tilgang ligeledes diskuteres. Ved at benytte Foucaults begreber i diskursanalysen, anskues datamaterialet gennem bestemte briller, der bliver styrende for, hvordan empirien vurderes (Høyer 2011). Det kan således diskuteres, hvorledes specialets syn kan have overset andre relevante sammenhænge, som potentielt kan have betydning for problemstillingen. Endvidere forekommer det relevant at diskutere, hvorvidt en Foucault inspireret diskursanalyse har været velvalgt i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Statens udlægning af sundhed er jævnfør analysen betydende for den

måde, staten gennem folkesundhedsprogrammerne forsøger at styre befolkningens adfærd. Foucaults begreber kan således bidrage til at identificere betydningen af sundhedsudlægningen samt give en dybere forståelse for den styring, staten benytter samt betydningen af denne. Eksempelvis kunne en kritisk diskursanalyse have bidraget med analyse af det konkrete sprogbrug, hvor sammenhængen mellem de kommunikative begivenheder og diskursordner indgår i et dialektisk samspil (Jørgensen & Phillips 1999). Dette kunne potentielt bidrage med yderligere forståelse i forhold til de begrebssammensætninger som bliver anvendt i specialets analyse. Herigennem vil de konkrete formuleringer, som staten benytter i sundhedsdiskursen kunne bidrage med en anden forståelse, hvorfor det kan antages, at analysens resultater kunne se anderledes ud.

7.2.3 Diskussion af dokumentanalyse som metode

Ved anvendelse af dokumentmateriale er det ifølge Kennet Lynggaard hensigtsmæssigt at vurdere dem i forhold til deres autenticitet, troværdighed, repræsentativitet og mening. Autenticitet henviser til overvejelser om, hvorvidt oprindelsen og afsenderen kan identificeres entydigt. Begrebet troværdighed omhandler overvejelser om der er usikkerheder forbundet med dokumentmaterialet. Repræsentativitet omhandler overvejelser om hvorvidt et dokument repræsenterer et typisk fænomen eller en uregelmæssighed i forhold til diskursen. Slutteligt henviser mening til overvejelser om, hvorvidt meningen i et dokument fremstår klart (Lynggaard 2010). Formålet er at gøre det klart, at der kan være forskellige elementer i dokumentmaterialet som kan influere på resultatet. Det vil endvidere ikke ændre på, at dokumenterne er adgangen til sandheden, men at måden, hvorpå dokumenterne anvendes skal overvejes (Lynggaard 2010).

Set i relation til nærværende speciale kan der stilles spørgsmålstejn til dele af det tilhørende materiales autenticitet. En del af dokumenterne består her af mailkorrespondance, hvor det ikke i alle tilfælde har været muligt at identificere afsenderen. Dette betyder dog ikke, at de forskellige budskaber ikke er autentiske eller brugbare men blot, at materialet i denne forbindelse kan være vanskeligt at forholde sig til, eksempelvis ved at talepositionen kan være svær at identificere. På baggrund af ovenstående kan det samme ses i relation til spørgsmålet om troværdighed. Da afsenderen ikke i alle tilfælde har været mulig at identificere, kan dette

influere på specialets vurdering af betydningen af budskabet. I forhold til repræsentativitet blev alle dokumenter fundet repræsentative og kan bidrage til analysen. Dog er der, på baggrund af aktindsigtsansøgningen, sket en frasortering af dokumenter, som ikke blev fundet repræsentative. Eksempelvis blev korrespondance mellem sundhedsministeriet og finansministeriet frasorteret, idet disse ligger udenfor undersøgelsesområdet. I relation til mening, så forekom der dele af dokumenter, hvori formuleringerne til tider var indforståede og mangelfulde. Dette medførte, at budskabet ikke fremstod klart og meningen blev sløret, hvorfor der kan være overset værdifulde meninger, som kunne bidrage til specialets perspektiv. Foruden disse fire elementer skal der ifølge Lynggaard medtænkes, at der typisk eksisterer en forventning fra udgiveren om, at dokumentet vil blive inddraget i en dokumentanalyse på et tidspunkt. Derfor kan der være tale om modificerede sandheder (Lynggaard 2010). På den baggrund er det medtænkt, at dokumenterne ikke nødvendigvis giver direkte adgang til sandhed men blot repræsenterer den ønskværdige fremstilling fra udgiverens side. I forlængelse heraf forekommer det relevant, at diskursanalysen også inddrager det tilhørende materiale, da dette materiale muligvis kan indeholde eventuelle bagvedliggende sandheder.

Slutteligt bør specialets position diskuteres, idet der kan være bestemte tidsmæssige og teoretiske forståelser som uhensigtsmæssigt kan blive inddraget (Lynggaard 2010). Nærværende speciale præsenterer en kritisk teoretisk position til den nuværende sundhedsdiskurs hvilket medfører, at der i arbejdet er taget udgangspunkt i et bredt udvalg af litteratur, som har udfordret specialets perspektiv. Således forsøges specialets position at være baseret på logiske slutninger og ikke subjektiv eller tidsmæssig forforståelse.

7.2.4 Diskussion af litteratursøgning

De beslutninger, som er blevet truffet i relation til litteratursøgning, har betydning for både resultatet og kvaliteten. Derfor forekommer det relevant at diskutere betydningen af de trufne valg samt inddrage refleksioner om, hvorvidt det har været de mest hensigtsmæssige valg.

De udvalgte databaser er valgt på baggrund af deres relevans i forhold til problemfeltet. Endvidere er der udelukkende søgt i engelsksprogede databaser. Søgningen er foretaget med engelske termer, og det kan således diskuteres, hvorvidt der med fordel kunne være

inddraget andre sprog. Eksempelvis kunne eventuelle danske undersøgelser med relevans for problemformuleringen være forbigået. Yderligere så har valget af databaser haft betydning for den litteratur som er identificeret. Databaserne dækker et bredt tværfagligt indhold, hvorfor litteratursøgningen lokaliserede en relativ stor mængde litteratur med relevans for specialet. Det kan dog ikke udelukkes, at potentiel relevant litteratur er forbigået. På trods af, at de udvalgte databaser dækker et bredt område i feltet af litteratur, er der stadig risiko for at brugbare artikler kun findes i andre databaser.

Et andet aspekt, som har betydning for kvaliteten af litteratursøgning er valget af søgetermer, eftersom disse er bestemmende for søgningens resultat. Det kan derfor diskuteres i hvilket omfang, søgetermerne er dækkende i forhold til det overordnede formål med søgningen. Søgetermerne blev kortlagt på baggrund af arbejdet med specialets problemanalyse samt i forbindelse med den ustrukturerede søgning. Hvorvidt andre og mere hensigtsmæssige termer er blevet forbigået i søgningen vides derfor ikke. Dette kunne potentielt have bidraget til, at resultatet af søgningen havde været anderledes, og anden litteratur var identificeret. I søgningen blev der så vidt muligt anvendt kontrollerede søgetermer i databaserne. Dette var dog ikke muligt i alle tilfælde, hvorfor der i så fald blev anvendt fritekstsøgning. I disse tilfælde kan det potentielt have medført, at relevante relaterede emneord er blevet frasorteret, således søgningens resultat er blevet påvirket.

Søgetermerne er valgt på baggrund af deres relevans for problemfeltet, hvor de afspejler en bestemt vinkel på problemstillingen. Dette kan medføre, at litteratur som udfordrer speciales syn på sundhedsdiskursen kan være udeladt. Herved kan andre potentielle nuancer af problemfeltet blive overset, hvilket kan have betydning for specialets fund. Dog har litteratursøgningen medvirket til, at flere forskellige perspektiver inddrages, hvilket medfører at diskussionen er nuanceret og forsøger at drage logiske slutninger, og ikke blot baseres på ensidig kritik.

7.2.5 Overførbarhed i specialet

I specialet tages der udgangspunkt i analytisk generalisering, som indebærer en velovervejet bedømmelse af i hvilken grad, resultaterne af én undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden lignende situation (Brinkmann & Kvale 2009). Overførbarheden

baseres således på en analyse af ligheder og forskelle mellem to situationer. Her vil generaliseringspåstanden bygge på et udsagn, som er faktisk sandt men ikke nødvendigvis logisk sandt hvor der ved, at ekspliciterer argumenterne og præsenterer dokumentation giver læseren muligheden for at vurdere holdbarheden af generaliseringspåstanden (Brinkmann & Kvale 2009). Det forekommer således nærliggende at diskutere den analytiske generaliserbarhed i relation til den anvendte litteratur. Dette skyldes, at hvis der i diskussion inddrages argumenter for forandringen, som bygger på usammenlignelige kontekster, vil disse muligvis forekomme anderledes i en dansk kontekst. Den inddragede litteratur, som blev fundet gennem den systematiske litteratursøgning, er fra andre vestlige samfund som, USA, England, Canada, Tyskland, Holland og Norge. Det er endvidere anerkendt, at den politiske styring i eksempelvis USA eller England er forskellige fra den styring, den danske stat benytter. Dog er der tale om OECD lande, som typisk bliver benyttet, når den danske sundhedstilstand skal sammenlignes med andres (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2010). Således vurderes det, at de forandringserfaringer den internationale litteratur beskriver, kan forekomme relevante i en dansk kontekst. Dog er litteraturen forsøgt kritisk vurderet i relation til hvilke forskelle, der kan adskille sig fra den danske norm.

8. Konklusion

Følgende er nærværende speciales konklusion på problemformuleringen. Konklusionen er opdelt i to, således der først konkluderes på den første del af problemformuleringen: *Hvilke sociale og diskursive praksisser i folkesundhedsprogrammerne samt tilhørende materiale er konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs, hvor det sundhedsfundamentalistiske sundhedsbegreb har hegemoni indenfor den danske forebyggelse...*, og efterfølgende på den sidste del: *...hvordan forandring kan finde sted, således de utilsigtede konsekvenser mindskes.*

Udledte sociale og diskursive praksisser

På baggrund af nærværende speciales diskursanalyse blev tre diskursive og tre sociale praksisser identificeret. De udledte diskursive praksisser er: *Livsstilsdiskurs, effektdiskurs og ansvarsdiskurs*. De udledte sociale praksisser er: *biomedicin, naturvidenskab og styring*.

Både de diskursive og sociale praksisser indgår i et dialektisk samspil, hvor de både konstitueres og er konstituerende for hinanden. På baggrund af de sociale praksisser opstår de diskursive praksisser, livsstil, effekt og ansvar, hvilket diskursanalysen finder som de primære fænomener indenfor den senmoderne sundhedsdiskurs. Ud fra diskursanalysen fremgår det, at biomedicin og naturvidenskaben er grundlæggende elementer for, at biomagten er effektorienteret og forsøger at fremme befolkningens sundhed qua ændringer i livsstilsadfærden. I forlængelse heraf finder governmentality sted, hvilket blandt andet har ansvarliggjort individet og medført, at styring af befolkningen er blevet et grundlæggende element i forebyggelsen. Både de sociale og diskursive praksisser er i den forbindelse medvirkende til, at italesættelsen af sundhed sidestiller det sunde liv med det gode liv, hvilket resulterer i at det sundhedsfundamentalistiske sundhedsbegreb har hegemoni i forebyggelsen.

Forandring som kan mindske de utilsigtede konsekvenser

På baggrund af specialets diskussion af den inddragede litteratur, teori og resultaterne af analysen, konkluderes det, at livsstil, sundhedssyn og styring er væsentlige elementer, der skal medtænkes i forandring for, at de utilsigtede konsekvenser mindskes. På baggrund af den internationale litteratur fremgår det, at livsstilen er et nødvendigt element som skal at inddrages, hvis sundheden skal fremmes i befolkningen. Fokus på livsstilen er derfor et

væsentligt element, der skal fastholdes, hvis de utilsigtede konsekvenser skal reduceres. I henhold til forandring vil det være relevant med et bredere sundhedsrelativistisk sundhedssyn, som anerkender individets behov. Herigennem skal forebyggelsen inddrage målgruppen og konteksten i henhold til sundhedsfremme, idet populationen i samfundets har forskellige forudsætninger i forhold til at tage imod forebyggelsen. Slutteligt skal den nuværende styring af befolkningen ændres. Fokus skal rettes mod, at den enkelte i højere grad får autonomi over egen sundhed således, at individet har mulighed for at efterleve ægte sundhedsmål. Endvidere skal staten gennem strukturel forebyggelse skabe betingelserne for, at befolkningen er i stand til at efterleve sundheden således, at en del af ansvaret fjernes fra individet og pålægges staten.

9. Perspektivering

I henhold til nærværende speciales forandring er det relevant at inddrage overvejelser om, hvordan budet på forandring kan fastholdes på længere sigt, således den medtænkes i fremtidig sundhedsfremme og forebyggelse.

I denne forbindelse forekommer det væsentligt med et godt samarbejde i det politiske felt, da der i øjeblikket eksisterer mange modsatrettede holdninger på tværs af partier og ministerier (Reinbacher 2009). Et eksempel på disse modsatrettede holdninger ses ligeledes i nærværende speciale, hvor der i det tilhørende materiale til folkesundhedsprogrammet fra 2014 eksisterer en uenighed omkring, hvorvidt mental sundhed skal inddrages i folkesundhedsprogrammet (T14). For at en samlet indsats i sundhedsområdet kan fungere optimalt, er det således væsentligt med god kommunikation mellem de relevante ministerier og områder, hvis ikke de forskellige instanser i sundhedssystemet blot skal handle ud fra hver sit perspektiv (Knudsen 2008). Hvis ikke kommunikationen er velfungerende risikeres det eksempelvis, at der argumenteres for højere afgifter på tobak, sukker og fedt for at mindske salget, mens andre myndigheder ønsker lavere afgifter på grund af skatteindtægter (Reinbacher 2009). På denne måde inddrages staten yderligere i forebyggelsen, hvilket er væsentligt, hvis en sundhedsfremmende eller forebyggende indsats skal opnå en optimal effekt (Taylor & Hawley 2006). Et andet væsentligt perspektiv som er afgørende for, hvorvidt nærværende specialets resultater kan fastholdes, er det økonomiske aspekt. De danske kommuner og regioner har begrænsede økonomiske midler i arbejdet med at fremme folkesundheden. Dette medfører, at den behandlende indsats i højere grad prioriteres i forhold til den forebyggende indsats (Reinbacher 2009). Derfor er det essentielt, at der inddrages økonomiske argumenter i forbindelse med nærværende speciales budskab såsom, at det forebyggende arbejde medbringer langsigtede økonomiske gevinster (Merkur et al. 2013).

Der forekommer altså en række forbehold, som forekommer relevante at tage i betragtning, hvis forandringen skal have gennemslagskræft og samtidig være vedvarende. På baggrund af ovenstående er der potentiale for, at nærværende speciales forandring kan implementeres og måske ligefrem få indflydelse i fremtidig forebyggelse og sundhedsfremme. Derved kan de

utilsigtede konsekvenser, som den senmoderne sundhedsdiskurs medfører, potentielt mindskes.

10. Referenceliste

Adipositas foreningen, 2016. Adipositas foreningen. Available at:

<http://adipositasforeningen.dk/> [Accessed April 18, 2016].

Allmark, P., 2006. Choosing Health and the inner citadel. *Journal of medical ethics*, 32(1), pp.3–6.

Alt for damerne, 2015. Sundhedsfanatismens har taget overhånd. Available at:

<http://www.alt.dk/sundhed/artikler/ny-bog-sundhedsfanatismens-har-taget-overhaand/?action=Index> [Accessed March 11, 2016].

Andersen, N.Å., 1999. *Diskursive analysestrategier* 1st ed., Nyt fra samfundsvidenskaberne.

Anderson, J. & Bresnahan, M., 2012. Communicating Stigma About Body Size. *Health Communication*, (August 2013), pp.1–13.

Aveyard, H., 2010. *Doing a Literature Review in Health and Social Care - A practical guide* 2nd ed., Berkshire: Open University Press.

Ayo, N., 2012. Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens. *Critical Public Health*, 22(1), pp.99–105.

Bacchi, C., 2009. *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* 1st ed., Pearson.

Bağcı Bosı, A.T., Çamur, D. & Güler, Ç., 2007. Prevalence of orthorexia nervosa in resident medical doctors in the faculty of medicine (Ankara, Turkey). *Appetite*, 49(3), pp.661–666.

Barsky, A.J., 1988. The Paradox of Health. *New England Journal of Medicine*, 318(7), pp.414–418.

Berlingske, 2010. Sundhed er danskernes nye religion. Available at:

<http://www.b.dk/danmark/sundhed-er-danskernes-nye-religion> [Accessed March 11, 2016].

Borovoy, A. & Roberto, C.A., 2015. Japanese and American public health approaches to preventing population weight gain: A role for paternalism? *Social Science and Medicine*, 143, pp.62–70.

- Borrell, L.N., 2014. The effects of smoking and physical inactivity on advancing mortality in U.S. adults. *Annals of Epidemiology*, 24(6), pp.484–487.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B.R., 2002. The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Revista PSICO-USF*, 6(22), pp.175–183.
- Bratman, S., 1997. Orthorexia.com. Available at: <http://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/> [Accessed March 10, 2016].
- Bredsdorff, N., 2002. *Diskurs og konstruktion - En samfundsvidenskabelig kritik af diskursanalyser og socialkonstruktivismen* 1st ed., København: Sociologi.
- Brinkmann, S. & Kvale, S., 2009. *Interview - Introduktion til håndværk* 2nd ed., Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L., 2010. *Kvalitative metoder en grundbog* 1. ed. B. S. & T. L, ed., København: Hans Reitzels Forlag.
- Brytek-Matera, A., 2012. Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsivedisorder or disturbed eating habit? *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14(1), pp.55–60.
- Buchanan, D.R., 2008. Autonomy, paternalism, and justice: Ethical priorities in public health. *American Journal of Public Health*, 98(1), pp.15–21.
- Burr, V., 2003. *Social Constructionisme* 2. ed., Taylor and Frances Group.
- Carter, E.D., 2015. Making the Blue Zones: Neoliberalism and nudges in public health promotion. *Social Science and Medicine*, 133, pp.374–382.
- Cohen, R. & Blaszczynski, A., 2015. Comparative effects of Facebook and conventional media on body image dissatisfaction. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), p.23.
- Conly, S., 2014. Against autonomy: justifying coercive paternalism. *Journal of Medical Ethics*, 40(5), pp.349–349.
- Couch, D. et al., 2016. Obese people's perceptions of the thin ideal. *Social Science and Medicine*, 148, pp.60–70.

- Crawford, R., 2006. Health as a meaningful social practice. *Health (London, England : 1997)*, 10(4), pp.401–420.
- Crawford, R., 1980. Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), pp.365–388.
- Crawford, R., 2004. Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture. *Health (London, England : 1997)*, 8(4), pp.505–528.
- Crotty, M., 1998. *The foundations of Social Research - Meaning and perspective i the research process*, SAGE.
- Dahler-Larsen, P., 2010. Evaluering. In *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzel Forlag, pp. 105–180.
- Dahl-petersen, I.K. et al., 2015. *Stillesiddende Adfærd – En Helbredsrisiko ? Adfærd –*,
- Danaei, G. et al., 2009. The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Medicine*, 6(4).
- Dartois, L. et al., 2014. Association between five lifestyle habits and cancer risk: Results from the E3N cohort. *Cancer Prevention Research*, 7(5), pp.516–525.
- Datatilsynet, 2015. Opbevaring, sletning og videregivelse. Available at: <http://www.datatilsynet.dk/offentlig/tv-overvaagning/opbevaring-sletning-og-videregivelse/> [Accessed December 17, 2015].
- Djoussé, L., Driver, J.A. & Gaziano, J.M., 2009. Relation between modifiable lifestyle factors and lifetime risk of heart failure. *Jama*, 302(4), pp.394–400.
- Eknoyan, G., 2006. A history of obesity, or how what was good became ugly and then bad. *Advances in chronic kidney disease*, 13(4), pp.421–7.
- Fardouly, J. & Vartanian, L.R., 2015. Negative comparisons about one's appearance mediate the relationship between Facebook usage and body image concerns. *Body Image*, 12(1), pp.82–88.
- Fidan, T. et al., 2010. Prevalence of orthorexia among medical students in Erzurum, Turkey.

Comprehensive Psychiatry, 51(1), pp.49–54.

Forebyggelseskommissionen, 2009. *Vi kan leve længere og sundere*, København:

Forebyggelseskommissionen. Available at:

http://www.forebyggelseskommissionen.dk/Files/Billeder/betaenkning/Forebyggelseskommissionen_rapport.pdf.

Foucault, M., 2000. *Klinikkens Fødsel* 1st ed., København: Hans Reitzel Forlag.

Foucault, M., 2005. *Vidensarkæologien*, Århus, Philosphia.

Foucault, M., 1998. *Viljen til viden - Seksualitetens historier 1*, Det lille Forlag.

Frandsen, T.F. et al., 2014. *En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger*, Odense.

Frederiksen, M. & Lucassen, S., 2015. *Kildehoj.dk. Patientforeningen Spis for Livet*. Available at:

<http://www.kildehoj.dk/vi-behandler/ortoreksi,-megarexi-og-andre-spiseforstyrrelser/>. [Accessed March 10, 2016].

Garrard, J., 2007. *Health Sciences Literature Review Made Easy - The Matrix Method* 2nd ed., Sudbury: Jones and Bartlett.

Giddens, A., 1996. *Modernitet og selvidentitet* 1. ed., Hans Reitzels Forlag.

Giddens, A., 1994. *Modernitetens konsekvenser* 1. ed., Hans Reitzels Forlag.

Glasdam, S., 2009. *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv* 1st ed., Dansk sygeplejeråd.

Gostin, L.O. & Gostin, K.G., 2009. A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health. *Public Health*, 123(3), pp.214–221.

Greenhalgh, T. & Wessely, S., 2004. "Health for me": A sociocultural analysis of healthism in the middle classes. *British Medical Bulletin*, 69, pp.197–213.

Gyldendal Den Store Danske, 2009. *Bruttonationalprodukt*. Available at:

http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Samfund_og_statistik/bruttonationalprodukt [Accessed May 31, 2016].

- Hacking, I., 2016. Biopower and the Avalanche of Printed Numbers. In V. W. Cisney & N. Morar, eds. *Biopower: Foucault and Beyond*. Chicago: University of Chicago Press, pp. 65–81.
- Halkier, B., 2010. *Consumption Challenged - Food in Medialised Everyday Lives*, Farnham: Ashgate. Available at: 9780754674764.
- Henriksen, L.S., 1995. *Frivillige organisationer i den decentrale velfærdsstat*, Aalborg: Aalborg Universitet.
- Hervik, S.E.K. & Thurston, M., 2015. "It's not the government's responsibility to get me out running 10 km four times a week' - Norwegian men's understandings of responsibility for health. *Critical Public Health*, pp.1–10.
- Howarth, D., 2000. *Diskurs - en introduktion* 1st ed., København: Hans Reitzel Forlag.
- Hvas, L., 2010. Medicin til raske – en syg ide? , pp.1–13.
- Høyer, K., 2011. Hvad er teori og hvordan forholder teori sig til metode. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Gyldendals Akademisk, pp. 17–41.
- Illich, I., 1976. *Medical nemesis: The expropriation of health* 1st ed., Pantheon Books.
- Information, 2009. Det sunde liv er ikke automatisk det gode liv. Available at: <https://www.information.dk/kultur/2009/05/sunde-liv-automatisk-gode-liv> [Accessed March 11, 2016].
- Jensen, J.M., 2009. Hverdagsliv og sundhedspædagogik - kultureren af en pædagogik, der er sensitiv over for det levende liv. In *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Teori, forskning og praksis*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag, pp. 63–81.
- Juel, K., 2004. *Dødeligheden i Danmark gennem 100 år*, Statens Institut for Folkesundhed.
- Jørgensen, M.W. & Phillips, L., 1999. *Diskursanalyse som teori og metode* 1st ed., København: Samfundslitteratur Roskilde Universitetsforlag.
- Jørgensen, T., Christensen, E. & Kampmann, J., 2011. *Klinisk forskningsmetode: en grundbog* 3rd ed., København: Gyldendals Akademisk.

- Kamper-Jørgensen, F., 2009. Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. In *Forebyggende sundhedsarbejde*. Munksgaard, pp. 21–42.
- Knudsen, M., 2008. Sygdomssystemet - og andre sociale systemer. In *Sundhedsvæsenet i et konstruktivistisk perspektiv*. København: Forlaget UP - Unge Pædagoger, pp. 15–33.
- Lynggaard, K., 2010. Dokumentanalyse. In *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans Reitzel Forlag, pp. 137–150.
- Markula, P., 2001. Beyond the perfect body - Women's body image distortion in fitness magazine discourse. *Journal of sport & social issues*, 25, pp.158–179.
- Martin, J.B., 2010. The Development of Ideal Body Image Perceptions in the United States. *Nutrition Today*, 45(3), pp.111–112.
- Merkur, S., Sassi, F. & McDaid, D., 2013. Promoting health, preventing disease: is there an economic case? *WHO Regional Office for Europe*, p.72.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2010. *International benchmarking af det danske sygehusvæsen*, København.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2014. *Sundere liv for alle - Nationale mål for Danmarks sundhed de næste 10 år*, København.
- Møller, R.B., 2009. Et forsvar for sundhedfundamentalismen - til kritik af en tidstypisk tankegang. In *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk sygeplejeråd, pp. 67–92.
- Den nationale videnskabsetiske Komité, 2015. Den nationale videnskabsetiske komité. Available at: <http://www.cvk.sum.dk/> [Accessed December 17, 2015].
- Nexø, S.A. & Koch, L., 2011. Diskursanalyse. In *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Gyldendals Akademisk, pp. 119–141.
- Nielsen, G. & Wagner, U., 2011. Giddens' strukturationsteori og idrætten i moderniteten. In *Grundbog i Idrætssociologi*. København: Munkgaard, pp. 67–81.
- Nielsen, M.E.J., 2015. *Forbandede Sunddom*, København: Dreamlitt.

- Nissen, M.A. & Vardinghus-Nielsen, H., 2007. Diskurs eller ekskurs? - diskursanalysens sociologiske muligheder og begrænsninger. In *Håndværk & horisonter - tradition og nytænkning i kvalitativ metode*. Odense: Syddansk Universitetsforlag, pp. 161–188.
- OECD, 2016. About the OECD.
- Olsen, H., 2005. *Fra spørgsmål til svar - konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskemadata* 1. ed., København: Akademisk Forlag.
- Ottesen, L. & Ibsen, B., 1999. *Idræt, motion og hverdagsliv – i tal og tale –*,
- Otto, L., 2003. Forholdet mellem medicinhistorie og kulturhistorie. *Bibliotek for Læger*, Årgang 195(Hæfte 4), pp.204–244.
- Otto, L., 2012. *Foucaults "Governmentalitetsteori". Styringsteknologi Og Subjektivitet*,
- Otto, L., 2009. Sundhed i praksis. In *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. Dansk sygeplejeråd, pp. 31–53.
- Owens, J. & Cribb, A., 2013. Beyond choice and individualism: Understanding autonomy for public health ethics. *Public Health Ethics*, 6(3), pp.262–271.
- Oxford Brookes University, 2011. "Be more critical." *Oxford Brookes University*. Available at: [http://www.brookes.ac.uk/library/health/Be More Critical Guide 2011_web.pdf?fDocumentId=2622](http://www.brookes.ac.uk/library/health/Be%20More%20Critical%20Guide%202011_web.pdf?fDocumentId=2622).
- Pedersen, I.K., 2010. Michel Foucault. In *Sundhedssociologi - En grundbog*. København: Hans Reitzel Forlag, pp. 29–42.
- Pedersen, O., 2013. *Sundhedspleje - Studier af en normaliserende praksis*, Aalborg: Aalborg universitet.
- Pestoff, V.A., 1992. Third sector and co-operative services - An alternative to privatization. *Journal of Consumer Policy*, 15(1), pp.21–45.
- Peto, R. et al., 1992. Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics. *The Lancet*, 339(8804), pp.1268–1278.
- Phillips, L., 2010. Diskursanalyse. In *Kvalitative metoder: en grundbog*. København: Hans

Reitzel Forlag, pp. 263–285.

- Politiken, 2014. Klarlund: For stort fokus på sundhed kan godt blive usundt. Available at: <http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/sundhedsp/ECE2386739/klarlund-for-stort-fokus-paa-sundhed-kan-godt-blive-usundt/> [Accessed March 11, 2016].
- Pungitore, R. et al., 1994. Bias Against Overweight Job Applicants in a Simulated Employment Interview. *Journal of Applied Psychology*, 79(6).
- Regeringen, 2002. *Sund hele livet: de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*,
- Reinbacher, G.S., 2009. *Fedme som et individuelt problem eller et samfundsproblem – Fedme i spændingsfeltet mellem individ, stat og marked*,
- Reinbacher, G.S. & Verwohlt, B., 2009. *Sundhed i spændingsfeltet mellem stat, marked og borger*, Aalborg.
- Reinecker, L. & Jørgensen, P.S., 2006. *Den Gode Opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*, Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Schnohr, C.W. & Mauritson, M., 2008. Sandheden om mælk? *Politiken*. Available at: <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE614990/sandheden-om-maelk/>.
- Sharma, M. & Majumdar, P.K., 2009. Occupational lifestyle diseases: An emerging issue. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 13(3), pp.109–112.
- Smink, F.R.E., Van Hoeken, D. & Hoek, H.W., 2012. Epidemiology of eating disorders: Incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), pp.406–414.
- Smith, N., 2010. Incorporating local knowledge(s) in health promotion. *Critical Public Health*, 20(2), pp.211–222.
- Spittlehouse, C., Mary, A. & Katie, E., 2000. Introducing critical appraisal skills training in UK social services: another link between health and social care? *Journal of Interprofessional Care*, 14(4), pp.397–404.
- Statens Institut for Folkesundhed, 2009. *KRAM-undersøgelsen i tal og billeder*, København.
- Steinhausen, H.C. & Jensen, C.M., 2015. Time trends in lifetime incidence rates of first-time

diagnosed anorexia nervosa and bulimia nervosa across 16 years in a danish nationwide psychiatric registry study. *International Journal of Eating Disorders*, 48(7), pp.845–850.

Stormhøj, C., 2006. *Poststrukturalismer - videnskabsteori, analysestrategi, kritik* 1st ed., København: Samfundslitteratur.

Sulzberger, A.G., 2011. Hospitals Shift Smoking Bans to Smoker Ban. *New York Times*. Available at: http://www.nytimes.com/2011/02/11/us/11smoking.html?_r=0 [Accessed February 28, 2016].

Sundhedsministeriet, 1999. *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008* 1st ed., København: TL Offset A/S.

Sundhedsministeriet, 1989a. *Regeringens forebyggelsesprogram - Dokumentationsdel* 1st ed., København.

Sundhedsministeriet, 1989b. *Regeringens forebyggelsesprogram - Programdel* 1st ed., København.

Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg, 1994. *Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg 1994: Levetiden i Danmark*,

Sundhedsstyrelsen, 2014. *Danskernes Sundhed - Den nationale sundhedsprofil 2013*, Available at: http://proxy.danskernessundhed.dk/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer_guest.jsp?reportName=Overvaegt&reportPath=/Danskernes_sundhed/.

Sundhedsstyrelsen, 2010. *Faktaark om Den nationale sundhedsprofil – Hvordan har du det? 2010*,

Sundhedsstyrelsen, 2006. *Fysisk aktivitet og evidens - Livsstilssygdomme, folkesygdomme og risikofaktorer mv.*, København.

Sundhedsstyrelsen, 2001. Historisk baggrund og udvikling af motionsanbefalinger.

Sundhedsstyrelsen, 2009. Projekt PRIK. Available at: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/puljer-og-projekter/2005/projekt-prik> [Accessed

April 13, 2016].

Sundhedsstyrelsen, 2012. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. Available at: [http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/Bøger og rapporter/2012/Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 og udviklingen siden 1987.aspx](http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/Bøger_og_rapporter/2012/Sundhed_og_sygelighed_i_Danmark_2010_og_udviklingen_siden_1987.aspx) [Accessed February 26, 2016].

Taylor, G. & Hawley, H., 2006. Health promotion and the freedom of the individual. *Health Care Analysis*, 14(1), pp.15–24.

Thing, L.F., 2011. Beck og idrætten i et risikosamfund. In *Grundbog i Idrætssociologi*. København: Munkgaard, pp. 82–95.

Timm, H., 1997. At have en krop og at være en krop: om sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Toxvig, L., Bak, C.K. & Kristiansen, T.M., 2016. Governing the conduct of health: A discourse analysis of the relation between governmentality and subjectivity in the prevention of overweight among pregnant women in public health policy in Denmark, 1999-2013.

Tv2, 2013. Besat af sund mad: Den syge sundhed. Available at: <http://livsstil.tv2.dk/kropogsundhed/2013-09-28-besat-af-sund-mad-den-syge-sundhed> [Accessed March 11, 2016].

Vallgård, S., 2003. *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag* 1st ed., Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Vallgård, S., 2009a. Forebyggelse og sundhedsfremme - definitioner, historie og magtudøvelse. In *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk sygeplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 95–113.

Vallgård, S., 2001. Governing people ' s lives. *European Journal of Public Health*, 11, pp.386–392.

Vallgård, S., 2012. Nudge-A new and better way to improve health? *Health Policy*, 104(2), pp.200–203.

- Vallgård, S., 2009b. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. København: Dansk sygeplejeråd i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, pp. 166–185.
- Varga, M. et al., 2014. When eating healthy is not healthy: orthorexia nervosa and its measurement with the ORTO-15 in Hungary. *BMC psychiatry*, 14(1), p.59.
- Verweij, M. & Hoven, M. van den, 2012. Nudges in Public Health: Paternalism Is Paramount. *The American Journal of Bioethics*, 12(2), pp.16–17.
- Verwohlt, B., 2013. *Den rygende rEvolution: Interdependent medikalisering mellem stat, borger og epidemiologi*, Aalborg.
- Wackerhausen, S., 1995. Et åbent sundhedsbegreb - mellem fundamentalisme og relativisme. In U. J. Jensen & P. F. Andersen, eds. *Sundhedsbegreber - filosofi og praksis*. Århus: Forlaget Philosophia, pp. 43–73.
- WHO, 2016. About WHO. Available at: <http://www.who.int/about/en/> [Accessed April 18, 2016].
- World Health Organization, 2009. *The European Health Report 2009 - Health and health systems*,
- World Health Organization, 1948. WHO definition of Health. Available at: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Accessed June 30, 2016].
- Wykes, M. & Gunter, B., 2005. *The Media and Body Image: If looks Could Kill*, London: Sage Publications.

11. Bilag

Bilagsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| 1. Skema over anvendte citater fra folkesundhedsprogrammerne samt tilhørende materiale | 1 |
| 2. Søgebilag til beskrivelse og dokumentation af informationsøgning og udvælgelse | 15 |
| 2.1 Problemformulering | 15 |
| 2.2 Facetskema | 15 |
| 2.3 Valgte informationskilder | 19 |
| 2.4 Resultat af søgning | 20 |
| 2.5 Dokumentation af den systematiske litteratursøgning | 21 |
| 2.6 Kriterier for udvælgelse af relevant information | 23 |
| 2.7 Dato og identifikation | 23 |
| 2.8 Kritisk vurdering af udvalgt litteratur | 24 |
| 2.9 Model til kritisk vurdering af teoretiske studier | 25 |
| 2.10 Kritisk vurdering af teoretiske studier | 26 |
| 2.11 Kritisk vurdering af kvalitativ studie (CASP) | 36 |
| 3. Aktindsigt | 42 |

1. Skema over anvendte citater fra folkesundhedsprogrammerne samt tilhørende materiale

| Tekst | Talepositioner | Objekter | Begreber/Begrebssammensætninger | Andet |
|--|---|--|---|--|
| Folkesundhed sprog 1989 | <p>DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi)</p> <p>Sundhedsministeriet (VK regering)</p> <p>Forskellige råd og offentlige institutioner inden for de primære indsatsområder: - Levnemiddelsstyrelsen - Tobaksskadesrådets sekretariat - Alkohol- og narkotikarådet</p> | <p>Livsstilen er problemet</p> <p>Delvis liberal tilgang</p> <p>Ansvar for sundhed</p> <p>Elementer af sundhedsrelativisme</p> | <p>"Men alt for mange er udsat for belastninger på arbejdspladsen og lever måske samtidig et usundt fritidsliv." (s. 8)</p> <p>"Men en nok så stor indsats på de samfundsregulerede områder kan ikke løse de sundhedsproblemer, der er forårsaget af den enkeltes livsstil." (s. 11)</p> <p>"De sygdomme, der i dag belaster befolkningen og behandlingssystemet, er livsstilssygdomme og forhold der er tæt knyttet til befolkningens livsstil: hjerte-karsygdomme, kræft, alkoholforårsagede ulykker og psykiske lidelser." (s. 13)</p> <p>"Sundhed er således ikke alene et produkt af den enkeltes handlinger – den enkeltes livsstil. Men på den anden side må man se i øjnene, at sygdomsmønstres peget på vores vaner som en stadig mere væsentlig sygdomsårsag." (s. 13).</p> <p>"Årsagerne har i høj grad noget med vor livsstil at gøre, derfor er livsstilen i særlig grad fremhævet i forebyggelsesprogrammet. Indsatser, der skal støtte brede ændringer i danskernes livsstil, skal derfor opprioriteres." (s. 9)</p> <p>"Mennesker, der har gode liv, sunde liv, bliver sjældent syge, og når de bliver syge, lider de væsentligt mindre under det end folk, der ikke har – og har haft – gode liv." (s. 11)</p> | <p>En publiceret programdel som endnu ikke har været i høring eller er blevet drøftet med andre politiske partier end VK som har udarbejdet den.</p> |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|--|--|
| | | | <p><i>"De overordnede konkrete målsætninger for programmerne, at: sænke antallet af tidlige dødsfald, sænke antallet af invaliderede og lidende mennesker, give flere en alderdom uden forringet livskvalitet." (s. 14)</i></p> <p><i>"Opfattelsen af, hvad der er et godt liv, er naturligvis forskellige fra menneske til menneske, ligesom opfattelsen af, hvad sundhed er." (s. 11)</i></p> <p><i>"De offentlige udmeldinger skal hvile på et klart fagligt grundlag og må ikke få karakter af frelser politik eller kunne opfattes som intolerante af dem, der ønsker at være anderledes, eller som ikke magter eller har forudsætninger for at følge de opstillede normer." (s. 15)</i></p> <p><i>"Indsatsen må derfor afpasses dels efter skadesvirkningerne, dels efter, hvor tæt indgrebet går på den enkeltes frihed." (s. 15)</i></p> <p><i>"Det er i øvrigt regeringens opfattelse, at vægten i forebyggelsesarbejdet skal lægges på den egentlige forebyggelse og ikke på -fejlfinding- f.eks. ved hjælp af screening. Ikke mindst fordi denne synsvinkel medvirker til, at ansvaret for den enkeltes helbred forskydes fra én selv til de andre." (s. 16).</i></p> <p><i>"Sundhedsministeriets informationspolitik på det forebyggende område har til formål at skabe en bedre sundhedstilstand hos befolkningen, altså ikke blot at øge befolkningens viden om sundhed. Sundhedsoplysningen sigter mod at ændre befolkningens adfærd således, at helbredet forbedres og sygdomsrisici formindskes. Adfærdsændringerne opnås ikke alene via øget viden, men først og fremmest ved påvirkning af holdninger." (s. 23)</i></p> | |
| | | | <p><i>"Forskningen har altså en meget stor betydning for erkendelsen af, hvor den forebyggende indsats kan og bør sættes ind med største effekt." (s. 20)</i></p> <p><i>"Området [psykiske lidelser] er forsømt og præget af mange fordomme. Det er vigtigt fremover at arbejde for, at området i videst muligt omfang indplaceres på linje med øvrige lidelser og sygdomme." (s. 40)</i></p> <p><i>"Det bliver mere og mere indlysende - både for fagfolk og borgere - at den stadig mere avancerede hospitalsbehandling ikke længere på alle områder er den rigtige vej."</i></p> | |
| Tilhørende materiale for 1989 | <p>DIKE (Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi)</p> <p>Forskellige råd og offentlige institutioner inden for de primære indsatsområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Levnemiddelsstyrelsen - Tobaksskadesrådets sekretariat - Alkohol- og narkotikarådet | <p>Livsstilen er problemet</p> <p>Ansvar for sundhed</p> | <p>Regeringen →</p> <p><i>"Disse indsatsområder er udpeget ved en afvejning af sygdomsproblemernes alvor - dels målt ved deres økonomiske konsekvenser, dels i tab af velfærd - og af mulighederne for ved en målrettet indsats at opnå resultater." (s. 6)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"Samtidig har der udviklet sig et nyt sygdomsmønster, præget af de såkaldte velfærdssygdomme som f.eks. hjerte-karsygdomme og kræft. Der må sættes målrettet ind over disse sygdomme for så vidt angår for tidlige dødsfald og forringelse af livskvalitet. Denne indsats skal betjene sig af andre midler end dem, der for år tilbage skaffede os af med de tidligere fremherskende sygdomstyper, men indsatsen skal på mange måder sættes ind over for en "velfærdsudgave" af de problemer, der tidligere bekæmpedes så virkningsfuldt." (s. 10)</i></p> | <p>Et publiceret baggrunds materiale som er indeholder den faglige redegørelse for indsatsområderne og er udviklet i et samarbejde mellem sundhedsministeriets styrelser og institutioner.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Regeringen →</p> <p><i>"Den fremtidige sundhedspolitik kan således ikke nøjes med som målsætning at have fravær af sygdom, men må bygge på en målsætning om at sikre den enkelte livsbetingelser, der kan danne rammen om et liv præget af fysisk og psykisk velbefindende." (s. 10)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"De praktiske muligheder for at gennemføre sundhedsfremmende ændringer vil sammen med økonomiske overvejelser inden for de enkelte sektorer derfor ofte blive de centrale for prioritering af forebyggelsen på dette niveau." (s. 14)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"De sundhedsproblemer, som skyldes usunde levevaner som forkert kost, for lidt motion, misbrug af tobak og alkohol, samt stress, skal forebygges ved, at den enkelte tager et større ansvar for sin egen sundhed og gøres i stand til at vælge sundt." (s. 23)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"Vi må på den ene side fastholde, at den enkelte suverænt må bruge sit liv og dermed sin krop, som den pågældende føler det rigtigt, men vi må også acceptere, at det sker under nogle begrænsninger, nemlig:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Når adfærden skader andre uforholdsmæssigt - Når adfærden belastersamfundet ressourcer uforholdsmæssigt meget - Når adfærden skyldes uvidenhed om eller manglende forudsætninger for at vurdere konsekvensen af egen adfærd." (s. 20) | |
| | | <p>DIKE →</p> <p><i>"Befolkningens egen oplevelse og egen vurdering af deres helbred er en meget vigtig faktor til forståelse af, hvorledes sygdom i medicinsk betydning påvirker folk i deres dagligdag, og hvordan man reagerer på sygdom f.eks. i form af forbrug på sundhedsvæsenet." (s. 33)</i></p> <p>Sundhedsstyrelsen →</p> <p><i>"Der vil således være behov for en indsats over for såvel den enkeltes livsstilsfaktorer, f.eks. ved at påvirke kostvaner, rygevaner m.v., som over forhold samfundet, f.eks. ved lovinitiativer, afgiftssystemer, uddannelsesprogrammer m.v. Ved den først nævnte indsats er formålet at øge det personlige ansvar for en sund livsstil og ved den anden at ændre samfundets holdninger over for sundhed f.eks. ved at gøre det sunde alternativ lettest tilgængeligt." (s. 77)</i></p> <p>Sundhedsstyrelsen →</p> <p><i>"I forbindelse med planlægning og gennemførelse af den forebyggende indsats i amtskommuner og kommuner vil embedslægeinstitutionerne lokalt og sundhedsmyndighederne centralt være rustet til at yde rådgivning, overvågning og vurdering af indsatsen." (s. 84)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"En nødvendig forudsætning for en rationel planlægning af det forebyggende arbejde er kendskab til de faktorer, der påvirker sundhedstilstanden, til udbredelsen af helbredsproblemer og sundhedsrisici i befolkningen." (s. 27)</i></p> | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| | | | <p>Sundhedsstyrelsen →</p> <p><i>"På den anførte baggrund må det således kraftigt understreges, at de anførte procentangivelser må tages med store forbeholde." (s. 58)</i></p> <p>Regeringen →</p> <p><i>"Interesse for sundhed må ikke føre til misforståelser eller overdrevne handlinger, der meget nemt kan blive direkte sundhedsskadelige." (s. 24)</i></p> | |
| <p>Folkesundhed sprog 1999</p> | <p>Forskellige ministerier - Arbejdsministeriet - By- og Boligministeriet - Erhvervsministeriet - Fødevarerministeriet - Kulturministeriet - Miljø- og Energiministeriet - Socialministeriet - Sundhedsministeriet - Trafikministeriet - Undervisningsministeriet</p> <p>Sundhedsministeriets middellevetidsudvalg</p> <p>Interesseorganisationer, f.eks. Kræftens Bekæmpelse</p> | <p>Middellevetid</p> <p>Livsstilsfaktorer</p> <p>Sundhed opnås gennem livsstil</p> <p>Ansvar for sundhed</p> <p>Effekt orienteret</p> | <p><i>"Hvor årsagerne til sygdom er kendte, skal vi sætte ind med kraft i forebyggelsen. Samfundet og den enkelte i forening." (s. 5)</i></p> <p><i>"Vores livsstiler årsagen [til lav middellevetid] – tobak, alkohol, ulykker samt for fedt kost og ingen eller for lidt motion." (s. 5)</i></p> <p><i>"Selvom livsstilen er den enkeltes valg, bør det offentlige klart og tydeligt fortælle, hvad der gør folk syge, og hvordan sygdom kan undgås." (s. 5)</i></p> <p><i>"I det næste tiår skal vi have reduceret den alt for tidlige død blandt de midaldrende. Vi skal stoppe udviklingen i de unges alkoholforbrug og have reduceret tobaksforbruget. Information i medierne er ikke nok. Vi skal sikre børn og unge en sundere hverdag. Vi skal skabe bedre rammer for den enkeltes sundhed, dér hvor folk arbejder og bor, og sundhedsvæsenets mange og gode muligheder for at være med til at forebygge skal udvikles." (s. 5-6)</i></p> | |
| | | | <p><i>"Programmet er tilrettelagt med den praktiske forebyggelse for øje. Årsagerne (tobak, alkohol m.v.) til de store folkesygdomme kræft, hjertekarsygdomme m.v., er i fokus for programmet, frem for sygdommene selv. Årsagerne findes i meget høj grad i danskernes livsstil, men denne livsstil kan ikke søges ændret uafhængigt af levikår og de sociale sammenhænge i hverdagen." (s. 7)</i></p> <p><i>"Mod disse to problemer [middellevetid og social ulighed] retter programmets to overordnede mål – og dermed hele programmets øvrige mål – sig." (s. 7)</i></p> <p><i>"Hvert af programmets mål hviler på en sikker dokumentation for viden om sygdomsårsager (risikofaktorer), og der skal være udviklet og helst gennemprøvet forebyggelsesmetoder, der kan gennemføres i praksis." (s. 11)</i></p> <p><i>"Danmark er det land, der klart har haft den mindste stigning i middellevetiden i perioden 1970-1996..." (s. 14)</i></p> <p><i>"For børn og unge er det risikoen for de sociale konsekvenser, skolegang, og anden uddannelse, kriminalitet samt ulykker, der gør sig gældende." (s. 22).</i></p> <p><i>"Sundhedsvæsenet har en betydelig kontaktflade til befolkningen... Enhver behandlingssituation giver mulighed for et forebyggende arbejde i form af vejledning om nødvendigheden af at omlægge livsstilen, henvisning til relevante aktiviteter eller egentlige rehabiliteringsprogrammer." (s. 26)</i></p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>"Middellevetiden er et godt samlet udtryk for sundhedstilstanden, og er operationelt og internationalt sammenligneligt." (s. 29)</p> <p>"Den biomedicinske forskning er grundlæggende som forudsætning for erkendelse af de sygdomsvoldende mekanismer og risikofaktorer, og som også en forudsætning for forebyggelsesforskning i forbindelse med udvikling af nye interventioner." (s. 105)</p> <p>"De væsentligste forudsætninger for den enkeltes sundhed er på den ene side viden om, hvad der er sundhedsskadeligt, og hvad der fremmer sundhed, og på den anden side færdigheder i og rammer for at omsætte denne til praktisk handling – i dagligdagen. Er dette samspil dårligt, enten fordi den enkelte ikke kan omsætte viden til handling i sin hverdag (på grund af manglende færdigheder eller motivation), eller fordi rammerne for hverdagen ikke tillader det, kan forebyggelse og sundhedsfremme virke moraliserende eller i værste fald føre til skyldfølelse hos den enkelte." (s. 110) - (sidste del forekommer dog ingen andre steder i programmet)</p> <p>At forbedre folkesundheden kræver ændrede adfærdsmønstre, men ikke nødvendigvis voldsomme ændringer – set fra den enkeltes synspunkt." (s. 111)</p> | |
|--|--|--|---|--|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <p>Tilhørende materiale for 1999</p> | <p>Sundhedskomiteen - Savner kontekst, kritik af kampagner</p> <p>Professor Public Health - Solidaritet er vejen frem</p> <p>Sundhedsstyrelsen - Kritik af styring,</p> | <p>Mangel på kontekst</p> <p>Ansvar for sundhed</p> <p>Individorienteret</p> <p>Solidaritet</p> | <p>"Vi ved at de grupper af mennesker der har den største udfordring af sygdom, tidlig død og manglende livskvalitet er dem som få ønsker at beskæftige sig med." (s. 2).</p> <p>"Folkesundhedsprogrammet opererer med risikofaktorerne: Tobak, alkohol, kost og motion, trafik og svær overvægt. Det undrer lidt, at social ulighed ikke figurerer som en selvstændig risikofaktor. Social ulighed er i sig selv en lige så stor sygdomsvolder som f.eks. tobak eller sagt mere brutalt: Social ulighed er en dræber på lige fod med tobakken. (s. 3).</p> <p>"Man undgår at grave et spadestik dybere og beskæftige sig med de rammer, der er for den enkeltes livsudfoldelse." (s. 3)</p> <p>"Statistikkerne for tobaksforbruget viser tydeligt, at de, der har overskud til at holde op med at ryge, de er holdt op eller på vej til det. Tilbage står gruppen af arbejdsløse, førtidspensionerede og socialgruppe V, hvor op mod halvdelen er dagligrygere, der altså udover at have dårligt helbred yderligere skal stigmatiseres som selvforskyldt syge." (s. 3)</p> <p>"Og når man spørger "hvordan", lyder svaret i folkesundhedsprogrammet ofte "kampagner". Regeringens overordnede mål 2 med folkesundhedsprogrammet er som nævnt social lighed i sundhed. Det stemmer dårligt med brugen af kampagner til sundhedsfremme. Kampagner øger tværtom den sociale ulighed, idet effekten er, at de sunde bliver sundere og de usunde forbliver usunde. Effekten af de ofte dyre kampagner forsvinder, hvis vi ikke tager de sociale forhold i</p> | <p>Kommentarer til folkesundhedsprogrammet frem mod vedtagelse i slutningen af 1999</p> |
|---|---|---|---|---|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>betragtning. Hvordan vi undgår at vore tiltag endnu en gang vil øge den sociale ulighed, ved vi faktisk ikke. Det stiller store krav til sundhedsvæsenet i de kommende år at tage denne udfordring på sig og pege på, hvor behovet for forskning ud udvikling er stort i sundhedsfremmen. En vejer dialogen med de mennesker man vil nå, hvor folkesundhedsprogrammet er præget af monologen fra systemet/behandlerne til borgerne." (s. 4).</p> <p>"I folkesundhedsprogrammet bruger man en individorienteret arbejdsmodel frem for at anvende strukturelle forandringer. Man bruger løftede pegefingre til trods for at man ved at moraliserede kampagner snarere vækker modvilje, blandt andet fordi de giver folk dårlig samvittighed. Og endnu værre giver den ensidige fokusering på individet det indtryk at sundhedsproblemer i Danmark løser sig, så at sige af sig selv, hvis blot den enkelte tager sig sammen – man tilslører kort sagt de bagved liggende årsager." (s. 4).</p> <p>"Sagt på hverdagsplan, som Folkesundhedsprogrammet ønsker at bevæge sig på. Så nytter kampagner om kost, tobak, alkohol, motion, samvær med børn osv. ikke overfor en enlig, dårligt uddannet og arbejdsløs kvinde med to børn, for hun har ikke nogen mulighed for at vælge det sunde. Det nytter ikke at sige til folk at de skal ændre deres livsstil, hvis de ikke har mulighed for selv at forme deres tilværelse. Man kan nu engang ikke individuelt ændre urimelige arbejdsvilkår eller psykosocialt stress. Der skal strukturændringer til." (s. 5).</p> | |
| | | | <p>"Folkesundhedsprogrammet bygger på den illusion, at folkesundhed er fravær af sygdom og svækkelse, og at det alene kan opnås ved forebyggelse af risikofaktorer og behandling." (s. 6)</p> <p>"Folkesundhedsprogrammet stiller ikke mål for de store folkesygdomme, sandsynligvis sygdom ikke kan rumme i programmets sundhedsbegreb. Men derved udelukker man også ganske store befolkningsgrupper fra folkesundhedsbegrebet, mennesker der lever et sundt liv med sygdom. Et godt eksempel er en velreguleret diabetiker. Der findes vel ikke mange raske mennesker der lever sundere end en diabetiker, der har lært at leve med sin sygdom." (s. 6)</p> <p>"Sagt på en anden måde: Den subjektive livskvalitet burde man nok have skænket en større opmærksomhed." (s. 7)</p> <p>"..det ærgrer mig at der er så megen modstand [af programmet] i den offentlige debat." (s. 8)</p> <p>"Jeg tror det vil være ganske afgørende for programmets gennemslagskraft i samfundet at fokus sættes på den enkeltes, gruppernes og institutionernes ansvar for andres og hinandens helbred. Den sociale eller solidariske ansvarlighed må være krumtappen i argumentationen, mener jeg." (s. 8)</p> <p>"Jeg mener, at samme type argumentation kan føres igennem stort set hele regeringens program for så vidt angår de dele der vedrører den livsstil vi personligt er mere eller mindre herre over og tror er så herlig at den skal forsvares med næb og klør!" (s. 8)</p> | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | | <p><i>"Jeg synes godt at redegørelsen kan være lidt mere offensiv og tage direkte fat i nogle af de problemstillinger, som blandt andet har kendetegnet debatten om programmet og om sundhed her i løbet af foråret og sommeren. Jeg tænker her på debatten – forbud eller ej. Hvad vil ministeren egentlig? Vil han bare forbyde rygning og colaautomater osv.?" (s. 17)</i></p> <p><i>"Hvad med etik og etiske overvejelser i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme generelt med især forhold til den sociale ulighed i sundhed. Hvorfor har udgangspunktet for programmet været risikofaktorer, middellevetid og sygdom og ikke i højere grad sundhed og sygdom som folk oplever det?" (s. 17)</i></p> <p><i>"Og hvordan kan man med udgangspunkt i programmet reelt inddrage befolkningen i udviklingen af programmet – eller i tiltag, som programmet lægger op til – hvordan kommer danskernes folkesjæl ind i det kommende arbejde?" (s. 17)</i></p> | |
| Folkesundhed sprog 2002 | Indenrigs- og Sundhedsministeriet Sundhedsministeren | Middellevetid Livsstilsfaktorer Sundhed opnås gennem livsstil Ansvar for sundhed Risikofaktorer Effektorienteret | <p><i>"En målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tidlige dødsfald og tab af livskvalitet." (s. 10).</i></p> <p><i>"Men det handler ikke kun om levetid. Mindst lige så vigtigt er livskvaliteten... Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal rettes både mod det livsforlængende og det livskvalitetsfremmende." (s. 6).</i></p> <p><i>"Det er afgørende for et godt liv at undgå sygdom. Og får man en kronisk lidelse at få mulighed for og støtte til at leve et liv med god livskvalitet." (s. 6)</i></p> | |
| | | | <p><i>"Forebyggelsen skal baseres på professionel faglig og understøttes af forskningsbaseret metodeudvikling og evaluering samt på uddannelse." (s. 9)</i></p> <p><i>"At forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os ansvar og påtager os vores del af opgaverne." (s. 4)</i></p> <p><i>"Den enkelte har et ansvar for sig selv, sine nærmeste og for at tage del i fællesskaberne... Vi har her et ansvar overfor hinanden. I fællesskaberne er vi med til at skabe hinandens liv." (s. 7)</i></p> <p><i>"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning." (s. 6)</i></p> <p><i>"At forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne" (s. 4).</i></p> <p><i>"Regeringen har i regeringsgrundlaget varslet at sætte fokus på en række store folkesygdomme og de store tab af livskvalitet for befolkningen, de indebærer (s. 6).</i></p> <p><i>"Det sker ved at sikre formidling af viden om sundhed og sygdom, ved at overvåge sundheden i befolkningen, ved at bidrage til udvikling af nye metoder og ved at formulere fælles mål og strategier for forebyggelsesindsatsen" (s. 7).</i></p> | |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| | | | <p>Hvad kan den enkelte gøre?" Etablere sunde levevaner, ændre sundhedsadfærd, støttefunktioner i nære netværk"(s. 8).</p> <p>"Den sundhedsfremmende og forebyggende indsats skal rettes både mod det livsforlængende og det livskvalitetsfremmende (s. 6).</p> <p>"Regeringen lægger med sundhedsprogrammet, "Sund hele livet", op til en bredere og mere helhedsorienteret tilgang til forebyggelsesindsatsen, så der skabes en bedre sammenhæng mellem den primære forebyggelse, den enkeltes egenindsats og patientrådgivning." (s. 5)</p> | |
| Tilhørende materiale for 2002 | <p>Indenrigs- og Sundhedsministeriet</p> <p>Statens Institut for Folkesundhed</p> <p>Afdelingslæge ph.d.</p> | <p>Middellevetiden og livsstilen</p> <p>Livskvalitet</p> <p>Den enkeltes ansvar for sundhed</p> <p>Risikofaktorer</p> | <p>5. kontor udarbejdede oplæg omhandlende kritik af sundhedsprogrammet 20 februar 2002 (der står ikke hvem der specifikt kommenterede) →</p> <p>"På visse centrale områder mødte folkesundhedsprogrammet dog kritik. Det gælder bl.a. fokuseringen på middellevetiden og livsstilen." (s. 42).</p> <p>Regeringen vil på baggrund af kritikpunkterne imødekomme nogle af kritikpunkterne. →</p> <p>"Tydeliggøre at målet er livskvalitet for alle og i alle aldre." (s. 42).</p> <p>"tydeliggøre den enkeltes ansvar og mulige handlingsalternativer, konkret ved at vise handlingerne på tre planer: individets handlinger, fællesskabernes handlinger og regeringens handlinger."(s. 42).</p> | |
| | | | <p>"Slå fast at allersvageste skal nås og det skal ske uden stigmatisering."(s. 42).</p> <p>Regeringen taler for nytænkning i sundhedsprogrammet. →</p> <p>"Det drejer sig om en klar vægtning af livskvalitet – og med en tydelig markering af, at det gælder for de ældre og for mennesker med langvarig sygdom."(s. 44).</p> <p>"Den samfundsøkonomiske effekt skal beskrives for hver risikofaktor..." (s. 44)</p> <p>Regeringen taler om ansvaret i sundhedsprogrammet. →</p> <p>"Det drejer sig også om markering af den enkeltes og familiens ansvar for eget liv, men i en ramme af ansvarlige fællesskaber. Det drejer sig om at undgå de hævede moraliserende pegefinger. Det drejer sig om at erstatte "top-down" tilgang og overalt erstatte den af opfordring til samarbejde med lokale initiativer." (s. 44).</p> <p>Regering beskriver individets ret til at leve livet →</p> <p>"Særligt skal programmet gennemsyre at vi alle har ret til at leve livet som vi vil. Men samtidig, at det er fællesskabets opgave at gøre noget for, at den enkeltes valg sker på informeret grundlag. De betydelige forskelle i livsstil og helbred hænger mere end noget sammen med forskelle i uddannelsesniveau." (s. 44).</p> <p>Regeringen beskriver forebyggelse mod de udsatte risikogrupper. →</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p><i>"Det skal der rettes op på, ved at komme risikogrupperne i møde på deres præmisser. Sundhedsvæsenet har en stor opgave her ved at tage ansvar for de udsatte ikke blot i behandling, men også i forebyggende øjemed." (s. 45).</i></p> <p><i>Regeringen i henhold til information. →</i></p> <p><i>"Mere dagligdags og mere tilgængelig handlingsorienteret information skal frembringes. Folk oplever at det at leve sundt kræver alt for mange afsavn. Folk vil ikke have flere gode råd, de vil vide hvad de konkret kan gøre, hvordan og hvor lidt." (s. 45).</i></p> <p><i>Indenrigs og sundhedsministeriet 3 juni 2002. Opstillede indikatorer for risikofaktorerne, de fire folkesygdomme, målgrupperne og de store miljøer → meget kvantificerbare data - delmål →</i></p> <p><i>Eksempler:</i></p> <p><i>Rygning: "Andelen af dagligrygere i hele befolkningen ned sættes med et procentpoint pr. År svarende til cirka en tredjedel i programperioden." (s. 93).</i></p> <p><i>Alkoholforbrug: "Andelen af danskere, der drikker mere end de anbefalende genstands- grænser skal nedbringes med et kvart procentpoint årligt i perioden." (s. 94).</i></p> <p><i>Ensidig/forkert/for meget kost: "indtaget af frugt og grøntsager hæves til 600 gram dagligt pr. Person." (s. 94).</i></p> <p><i>Fysisk inaktivitet: "Voksne skal være en halv time fysisk aktiv dagligt." (s. 95).</i></p> | |
| | | <p><i>Overvægt: "Væksten i andelen af svært overvægtige (bmi>30) skal stoppes, og andelen skal ved periodens slutning være bragt ned under det nuværende niveau." (s. 96).</i></p> <p><i>Mail korrespondance mellem statens institut for folkesundhed til indenrigs- og sundhedsministeriet. →</i></p> <p><i>"Det er nødvendigt at samtidig med den øgning i den forventede levetid også sker en tilsvarende øgning i de år, der leves uden sygdom, med god livskvalitet, funktionsduelighed eller andre udtryk for en god sundhedstilstand" (s. 47)</i></p> <p><i>"der kan anvendes flere forskellige mål for livskvalitet m.m. Det afhænger bl.a. af hvad befolkningen selv lægger vægt på som udtryk for sundhed, god livskvalitet m.m.</i></p> <p><i>En sundhedsfremmende og forebyggende indsats og sundhedspolitik skal rettes både mod det livsførlængende og livskvalitetsfremmende." (s.47).</i></p> <p><i>Indenrigs- og sundhedsministeriet 2. juli modtager mail fra Afdelingslæge →</i></p> <p><i>"I sundhedsprogrammet "sund hele livet" beskrives udvalgte risikofaktorer, der vides have betydning for danskernes sundhed med henblik på status og strategi for forebyggelse på de enkelte områder. Det drejer sig om rygning, stort alkoholforbrug, uhensigtsmæssig kost, fysisk inaktivitet, overvægt, ulykker, ydre miljø og arbejdsmiljø. Af disse er rygning, stort alkoholforbrug, uhensigtsmæssig kost, fysisk inaktivitet og overvægt eksempler på uhensigtsmæssig livsstil, som på kortere eller længere sigt kan have helbredsmæssige konsekvenser og medføre forringet livskvalitet og sociale konsekvenser for den enkelte og familien." (s. 67).</i></p> | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|--|
| | | | <p>Mail korrespondance mellem indenrigs- og sundhedsministeriet, Specialkonsulent indenrigs- og sundhedsministeriet og ministeriet for sundhed og forebyggelse.</p> <p>Småkommentarer til synopsis for VK-sundhedsprogram – 29 maj 2002 →</p> <p>"Kun dødsårsager og sygelighed nævnes. Hvad med det positive budskab i middlelevetid? Det kan tidligt i rapporten målrette fokus på livskvalitet som et (opprioriteret?) supplement til flere leveår." (s. 24).</p> | |
| Folkesundhed sprog 2014 | Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse Sundhedsministeren | Midlelevetid Livsstilsfaktorer Sundhed opnås gennem livsstil Ansvar for sundhed | <p>"Målene tager afsæt i KRAM-faktorerne kost (overvægt), rygning, alkohol og motion, der skaber de største sundhedsudfordringer for middlelevetid, gode leveår og social ulighed i sundhed." (s. 5)</p> <p>"Ved at løfte i flok kan vi løfte mere" (s. 5)</p> <p>"Det betyder også, at den enkelte har et ansvar for at have opmærksomhed på eget helbred." (s. 4)</p> <p>Forhåbentlig vil de nationale mål for danskernes sundhed sprede sig som ringe i vandet, og sunde valg blive en helt naturlig del af fleres hverdag." (s. 5)</p> <p>"Færrest muligt skal have lyst til at begynde at ryge.." (s. 12)</p> <p>"Kortsagt skal vi skabe rammer, der giver mulighed for at træffe sundere valg. Det er til gavn for os alle." (s. 5)</p> | |
| | | | <p>"..gode eksempler på forebyggelsesindsatser ... Fødevarestyrelsen går sammen og får flere danskere til at vælge at spise mere fuldkorn." (s. 5)</p> <p>"Andelen af danskere, der ryger dagligt, skal reduceres med en tredjedel" (s. 12)</p> <p>"Andelen af danskere, der drikker over 14/21 genstande om ugen, skal reduceres med en tredjedel." (s. 14)</p> <p>"Andelen af overvægtige 14-15-årige skal reduceres med 10 pct." (s. 16)</p> <p>"Andelen af danskere på 16 år eller derover, der bevæger sig i fritiden, skal øges med 10 pct." (s. 18)</p> <p>Anbefalingerne er baseret på den aktuelt bedste viden..." (s. 20)</p> <p>"De nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år fokuserer ligesom forebyggelsespakkerne på de risikofaktorer, der har størst betydning for danskernes sundhed." (s. 20)</p> <p>"Hvis vi skal øge middlelevetiden og sikre bedre leveår for alle, kræver det også, at den enkelte selv tager ansvar og er opmærksom på egen sundhed og har lyst og vilje til at ændre vaner." (s. 21)</p> | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <p>Tilhørende materiale for 2014</p> | <p>Sundhedsstyrelsen</p> <p>Statens Institut for Folkesundhed</p> <p>Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse</p> <p>Finansministeriet</p> <p>Ekspert i tilgængelige tal på forebyggelsesområdet</p> <p>Interesseorganisationer</p> | <p>Livsstilsfaktorer</p> <p>Mental sundhed</p> <p>Styring</p> <p>Ansvar for sundhed</p> <p>Indikatorer for sundhed</p> | <p><i>Mål fra sundhedsministerens sekretariat til eksperter →</i></p> <p><i>"For at sikre balancen mellem det ambitiøse og realistiske ønsker ministeren en fortrolig drøftelse af målene med en lille gruppe eksperter inden for forebyggelse og mental sundhed."</i></p> <p><i>- (Her deltog 5 eksperter - 4 med primært naturvidenskabelig/epidemiologisk baggrund)</i></p> <p><i>Intern mailkorrespondance i sundhedsstyrelsen →</i></p> <p><i>"Andelen af børn med overvægt ved ind- og udskoling er alt for højt og skal reduceres ift. det nuværende niveau, hvis man ønsker færre overvægtige i fremtiden. Det er den tidlige indsats, der er altafgørende for at undgå overvægt i voksenalderen."</i></p> <p><i>Kommentar fra sundhedsstyrelsen til et tidligere udkast af folkesundhedsprogrammet →</i></p> <p><i>"Vil det lyde lidt mindre dikterende, hvis ordet skal tages ud af alle mål, så dette mål hedder "flere vælger et røgfrit liv". Man kan stadig sige: "Målet er at flere vælger et røgfrit liv.""</i></p> <p><i>Ukendt dato, før 29. august 2013: Følgende er en del af teksten i folkesundhedsprogrammet på daværende tidspunkt →</i></p> <p><i>"Rygning er uden diskussion den livsstilfaktor, der har størst negativ indflydelse på vores sundhed."</i></p> <p><i>Mailkorrespondance mellem minister sekretariat og sundhedsstyrelsen →</i></p> | <p>Mail korrespondancer, tidligere versioner af publikationen samt kommentarer til udkast</p> |
| | | | <p><i>"Finansministeriet pillede målene om mental sundhed ud af publikationen. Det har vi meddelt dem, at vi ikke kan acceptere. Telefonisk har deres begrundelse været, at de ikke mener, at mental sundhed bidrager til midlertidigheden og til at mindske ulighed i sundhed. ... I argumentationen til finansministeriet og til ministerens brug senere har vi brug for et kort notat (ca. 1 side) om, hvordan mental sundhed bidrager til midlertidigheden og påvirker ulighed i sundhed."</i></p> <p><i>Generel kommentar til udkastet på dette tidspunkt (20. september 2013), afsender ukendt →</i></p> <p><i>"Kan skrivningen evt. tones en smule ned, så det bliver en smule mindre skarpt i forhold til, hvordan man "bør" leve sit liv."</i></p> <p><i>Følgende er en del af teksten i folkesundhedsprogrammet på daværende tidspunkt (20. september 2013) →</i></p> <p><i>"Et godt helbred er en grundlæggende forudsætning for menneskers frihed til at kunne leve det liv, de værdsætter."</i></p> <p><i>Følgende er en del af teksten i folkesundhedsprogrammet på daværende tidspunkt (20. september 2013) →</i></p> <p><i>"Flest muligt skal opleve at have frihed til at kunne leve det liv, de værdsætter. Det er ikke alle, der er lige sunde. Det er heller ikke alle, der ønsker at være det."</i></p> | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | | <p>Følgende er en del af teksten i folkesundhedsprogrammet på daværende tidspunkt (20. september 2013), men fjernet i den endelige publikation →</p> <p>"Filosofien bag målene er simpel. Ved at ændre på omgivelserne, kan vi ændre på mange af de ofte ubevidste valg, vi træffer i hverdagen, og som har betydning for vores sundhed."</p> <p>Fra sundhedsstyrelsen til minister sekretariatet (for sundhed) →</p> <p>"Jeg sender dig kapitlet om forebyggelse... Du kan finde en lang række argumenter for at målet om mental sundhed, som det ser ud nu, er relevant forebyggelse af psykisk sygdom. Dvs. at indikatorerne ikke "bare" handler om at øge trivslen, men direkte at forebygge psykisk sygdom (og at det bl.a. drejer sig om børns skolegang og beskæftigelse generelt)."</p> <p>Fra minister sekretariatet (for sundhed) til sundhedsstyrelsen →</p> <p>"Kære [Navn]. ... Bare for en lille orientering, så var vi til møde med ministeren i går og det gik godt. Vi kæmper for at få mental sundhed med."</p> <p>Ukendt afsender →</p> <p>"Hermed vores bud på ny tekst til mental sundhed. Vi har forsøgt at gøre teksten mere reflektiv og mindre kausal og samtidig fastholde fokus på den enkelte mentale sundhed."</p> <p>Fra minister sekretariatet til sundhedsstyrelsen →</p> | |
| | | <p>Fra minister sekretariatet til sundhedsstyrelsen →</p> <p>"Finansministeriet vil stadigvæk ikke have de mentale sundhedsmål med. Blandt andet har de skrevet følgende under deres indstilling i relation til de mentale mål: "Endvidere konstaterer Finansministeriet, at der er betydelig usikkerhed omkring fastsættelse og målbarhed af indikatorer, ligesom det er usikkert i hvor høj grad indikatorerne har en sammenhæng med mental sundhed."</p> <p>Det er vi uenige i. Udover at gøre dem opmærksom på det i en mail (der endnu ikke er sendt) vil vi skrive følgende i sagsfremstillingen: "For hvert mål, er der fastsat 1 til 4 indikatorer. Mål og indikatorer er udvalgt på baggrund af ministerens drøftelser med en række eksperter og vurderinger fra Sundhedsstyrelsen, der sikrer at indikatorerne er fagligt velfunderede og afspejler de opstillede mål."</p> <p>Er det en sætning, som I også kan stå på mål for? Altså at indikatorerne er fagligt velfunderede og afspejler de opstillede mål – vi måler faktisk det, vi ønsker at måle."</p> <p>Fra Statens Institut for Folkesundhed til Ministeriets center for Primært Sundhed →</p> <p>"Nu er jeg jo ikke hendes spinddokter, men... ..det vil være rigtig godt at teksten blev gennemskrevet med henblik på "Jeg går forrest". ... Det vil således være elegant hvis ministeren sagde "Se hvad jeg vill" på en lidt klarere måde end hvad teksten her lægger op til."</p> | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | <p>Fra Statens Institut for Folkesundhed til Ministeriets center for Primært Sundhed →</p> <p>"... kunne moderere især budskabet omkring ulighed i sundhed. ... uligheden er fordoblet... konsekvens af at sundheden er steget betydeligt i store dele af den danske befolkning, mens kun ganske svagt i et andet segment af befolkningen... skriv på en mere interessant måde som "Nu skal alle med på den stigende kurve"."</p> <p>Fra Statens Institut for Folkesundhed til Ministeriets center for Primært Sundhed →</p> <p>"Jeg har et par lidt mere tekstnære ting. ... "Der kan ikke sættes lighedstegn mellem det gode og det sunde liv". Et lidt pudsigt udsagn, for det kan der måske i virkeligheden godt. Det er sådan vi på andre områder i forebyggelsesverden hyppigt argumenterer."</p> <p>Fra Statens Institut for Folkesundhed til Ministeriets center for Primært Sundhed →</p> <p>"Rygning synes jeg er decideret uambitiøst. Der er lande der slet ikke har rygere i 2024, så en halvering af unge rygere er ikke specielt imponerende. Der er desuden et ærgeligt fravær af børn og unge. Jeg mener, at man kunne lade alle Kim Larsen typerne ryge og rejse, hvis vi bare undgik at de unge begyndte at ryge. Det er der intet af i dette oplæg, her skal Kim Larsen hjælpes med krykker og stokke, og det eneste der handler om unge er en håndhævelse af lov om salg og tobak til unge under 18 år, som vist i øvrigt ikke går særlig godt."</p> <p>"Det vigtigste er, som vi fremhævede i går, at du fjerner det tvivlsomme udsagn om en direkte årsagssammenhæng mellem mental sundhed og hjertekar- og kræftsygdomme."</p> | |
| | | <p>Fra Statens Institut for Folkesundhed til Sundhedsstyrelsen →</p> <p>"Kære [navn]. Jeg synes at målet 'Ingen børn skal ryge i 2023' er rigtig godt, og det kan vel ingen være i mod. Desuden kan det vel ikke koste så meget?"</p> <p>Svar på finansministeriets kommentarer (Ukendt afsender) →</p> <p>"Det ønskes, at andelen af børn mellem 11-15 år, der cykler i skole hver dag, skal stige med en tredjedel svarende til ca. 48.000 børn.</p> <p>FM spørger hvad med den femtedel, der går, skal de cykle? Hvad med de 16 pct, der bruger kollektiv transport? Hvor stor den del af dem bruger tog eller bus pga. afstand eller trafikikkerhedsmæssige årsager?</p> <p>Svar: Vi ved meget lidt om, hvor mange af dem som ikke cykler, der reelt kan cykle. SIF vurderer dog, at der er potentiale for at flere børn kan cykle til skole. Selv korte cykelture til skole øger koncentrationsevnen og at det vil være en mulighed for at kombinere transport på cykel med offentlig transport."</p> | |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| | | | <p>Fra minister sekretariatet (for sundhed) til sundhedsstyrelsen →</p> <p>"I forbindelse med oversendelsen af vores kommentarer til finansministeriet, skriver vi også en mail med lidt bemærkninger. Her har vi skrevet følgende: I jeres indstilling undrer vi os over, at I skriver at: "Endvidere konstaterer Finansministeriet, at der er betydelig usikkerhed omkring fastsættelse og målbarhed af indikatorer, ligesom det er usikkert i hvor høj grad indikatorerne har en sammenhæng med mental sundhed". Sundhedsstyrelsen har opstillet og godkendt indikatorerne under målene i tætsamarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, og står fagligt inde for, at indikatorerne kan monitoreres, er målbare og afspejler målene. Der er opstillet i alt fire indikatorer under de mentale sundhedsmål, der handler om stressniveau (voksne), dårlig mental sundhed (voksne), mobning (børn), fortrolig forældrekontakt (børn) og lav livstilfredshed (børn). Alle indikatorer er velkendte og anerkendte i faglige sammenhænge både nationalt og internationalt. Samtidig er det muligt at genfinde indikatorerne som dele af begrebet mental sundhed i en række offentliggjorte publikationer fra Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. ... Vi vil derfor gerne vide, hvilke indikatorer I ikke mener har sammenhæng til mental sundhed, herunder hvilke indikatorer I mener, der er usikkerhed om i forhold til målbarhed og fastsættelse, og hvad I bygger dette på."</p> | |
| | | | <p>Fra minister sekretariatet (for sundhed) til Statens Institut for Folkesundhed →</p> <p>"Kære [navn] Så ruller målprocessen igen. FM er kommet frem til, at det nok er bedst at tage de mentale sundhedsmål med alligevel. Dog har de visse krav til indholdet. Vi har derfor brug for at mødes med jer i samme kreds som sidst ([navn], [navn], dig, [navn] og [navn]) for at gentænke indikatorerne på det mentale sundhedsmål så hurtigt som muligt og i denne uge."</p> <p>Fra sundhedsstyrelsen til minister sekretariatet (for sundhed) →</p> <p>"...vi kom til at tale om, at hvis man skulle vælge en enkelt indikator for fysisk helbred, så ville man vælge selvvurderet helbred, fordi det er en særdeles god prædikator for sygelighed og dødelighed. Det er bare for at understrege, at folks egen vurdering af helbred tages alvorligt og ikke kun deres afrapportering af antal cigaretter, løbeture mv."</p> | |

2. Søgebilag til beskrivelse og dokumentation af informationssøgning og udvælgelse

2.1 Problemformulering

Hvilke sociale og diskursive praksisser, i folkesundhedsprogrammerne samt det tilhørende materiale, er konstituerende for den senmoderne sundhedsdiskurs, hvori det sundhedsfundamentalistiske sundhedsbegreb har hegemoni indenfor den danske forebyggelse, og hvordan kan forandring finde sted, således de utilsigtede konsekvenser mindskes?

2.2 Facetskema

Til den systematiske litteratursøgning blev der anvendt et facetskema indeholdende tre facetter. Facetskemaet indeholder de forskellige søgetermerne, samt hvilke der er benyttet inden for de forskellige databaser. Facetterne blev valgt, i forsøget på at få en så bred indsigt i problemstillingen som muligt og består af følgende:

Facet 1: Befolkningen samt regeringen blev valgt, idet nærværende speciale har til hensigt at få indsigt i måden samfundet fremstiller og modtager sundhed.

Facet 2: Sundhed som facet blev udledt, idet specialet ville søge indsigt i sundhedspromovering samt sundhedsreguleringer fra statens side.

Facet 3: Styring som facet blev udledt, idet specielt fandt det relevant at få indsigt i forskellige måder styring kan influere på sundhedsdiskursen.

Yderligere blev der i søgning anvendt forskellige redskaber som fremgår nedenstående.

- Trunkering inkluderede alle bøjninger med ordet. Trunkering sættes ved ordstammen
- "..."- hvilket henviser til at ordene i "... " skal komme efter hinanden.
- [Fritekst] - angiver de ord der i søgningen er søgt som fritekst.
- [Emtree], [MeSH] og [Thesaurus] – viser de søgeord der er søgt som kontrollerede emneord, dog har databaserne forskellige måder at beskrive disse kontrollerede termer.

I selve opbygningen af søgningen indeholdte hver facet de nedenstående søgetermer, som blev kombineret med de boolske operatører 'OR' og 'AND'. Den boolske operatør 'OR' blev anvendt til at kombinere de forskellige søgetermer med hinanden, hvilket udvider søgningen. Flere ord blev anvendt under hver facet, da disse kunne være hinandens synonym, eller være ord der kunne have relevans inden for den givne facet. Efter sammensætningen af facetterne blev de kombineret ved hjælp af 'AND'. Dette blev gjort for at begrænse søgningen, så søgningen skulle indeholde en kombination af de to facetter (Jørgensen et al. 2011). Nedenstående ses det anvendte facetskema.

| AND | | | |
|-----|------------------------------------|--|--|
| | (1) | (2) | (3) |
| | Samfund | Sundhed | Forandring |
| OR | PubMed: Societies [MeSH] | PubMed: Health policy [MeSH] | PubMed: Neoliberal* [Fritekst] |
| | Population [MeSH] | Public health [MeSH] | Biopolitic* [Fritekst] |
| | Government [MeSH] | Government regulation [MeSH] | Governmentality* [Fritekst] |
| | | Health Promotion [MeSH] | Foucault* [Fritekst] |
| | | | Liberalism* [Fritekst] |
| | | | Paternalism* [Fritekst] |
| | | | Biopower* [Fritekst] |
| | | | Relativism* [Fritekst] |
| | | | Fundamentalism* [Fritekst] |
| | | | Normativism* [Fritekst] |
| | | | Normtivist* [Fritekst] |
| | | | Naturalism* [Fritekst] |
| | | | Naturalist*[Fritekst] |
| | | Embase: | |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>Embase:</p> <p>Societies [Emtree]</p> <p>Population [Emtree]</p> <p>Government [Emtree]</p> <p>Sociological abstract:</p> <p>Societies [Thesaurus]</p> <p>Population [Thesaurus]</p> <p>Government [Thesaurus]</p> | <p>Embase:</p> <p>Health policy [Emtree]</p> <p>Public health [Emtree]</p> <p>Government regulation [Emtree]</p> <p>Health Promotion [Emtree]</p> <p>Sociological abstract:</p> <p>Health policy [Thesaurus]</p> <p>Public health [Thesaurus]</p> <p>Government regulation [Thesaurus]</p> <p>Health Promotion [Thesaurus]</p> | <p>Neoliberal* [Fritekst]</p> <p>Biopolitic* [Fritekst]</p> <p>Governmentality* [Fritekst]</p> <p>Foucault* [Fritekst]</p> <p>Liberalism* [Fritekst]</p> <p>Paternalism* [Fritekst]</p> <p>Biopower* [Fritekst]</p> <p>Relativism* [Fritekst]</p> <p>Fundamentalism* [Fritekst]</p> <p>Normativism* [Fritekst]</p> <p>Normtivist* [Fritekst]</p> <p>Naturalism* [Fritekst]</p> <p>Naturalist*[Fritekst]</p> <p>Sociological abstract:</p> <p>Neoliberal* [Fritekst]</p> <p>Biopolitic* [Fritekst]</p> <p>Governmentality* [Fritekst]</p> <p>Foucault* [Fritekst]</p> <p>Liberalism* [Fritekst]</p> <p>Paternalism* [Fritekst]</p> <p>Biopower* [Fritekst]</p> <p>Relativism* [Fritekst]</p> <p>Fundamentalism* [Fritekst]</p> <p>Normativism* [Fritekst]</p> |
|--|---|--|---|

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>PsycINFO: Societies [Fritekst]</p> <p>Population [Fritekst]</p> <p>Government [Fritekst]</p> | <p>PsycINFO: Health policy [MeSH]</p> <p>Public health [MeSH]</p> <p>Government regulation [MeSH]</p> <p>Health Promotion [MeSH]</p> | <p>Normtivist* [Fritekst]</p> <p>Naturalism* [Fritekst]</p> <p>Naturalist*[Fritekst]</p> <p>PsycINFO: Neoliberal* [Fritekst]</p> <p>Biopolitic* [Fritekst]</p> <p>Governmentality* [Fritekst]</p> <p>Foucault* [Fritekst]</p> <p>Liberalism* [Fritekst]</p> <p>Paternalism* [Fritekst]</p> <p>Biopower* [Fritekst]</p> <p>Relativism* [Fritekst]</p> <p>Fundamentalism* [Fritekst]</p> <p>Normativism* [Fritekst]</p> <p>Normtivist* [Fritekst]</p> <p>Naturalism* [Fritekst]</p> <p>Naturalist*[Fritekst]</p> |
|--|--|---|---|

2.3 Valgte informationskilder

| Databaser | Begrundelse for valg af database |
|---|---|
| PubMed | PubMed er i besiddelse af over 22 millioner referencer. Databasen indeholder artikler fra akademiske journaler, indenfor sygepleje, medicin, tandpleje, sundhedspleje, veterinærmedicin og farmakologi hvilket bidrager med en bred referenceramme. PubMed er en gratis tilgængelig søgedatabase, og overholder ydermere standarder og har selvstændig kvalitetskontrol. |
| Embase | Embase betragtes som den største database indenfor medicin og andre relaterende områder. Embase er en farmakologisk og biologisk database, som publicerer litteratur designet til, at understøtte information, lægemiddelovervågning og ledere i overensstemmelse med lovgivningsmæssige krav i en autoriseret lægemiddel. |
| Sociological abstract | Sociological abstract indfatter litteratur med fokus på adfærds- og socialforskning. |
| PsycINFO | PsycINFO indbefatter litteratur der omhandler sociologi, psykologi, adfærds- og sundhedsforskning. |
| De ovenstående sundhedsfaglige databaser er suppleret med litteratur og rapporter fra udledte hjemmesider Google, Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for sundhed og forebyggelse, Scholar og bibliotek.dk | Internetsiderne er brugt i opstartsfasen til at konstituere overblik og derefter indkredse det initierende problem og problemanalysen. Videre har denne søgning eksempelvis givet adgang til sundhedsprogrammerne, som er anvendt i forbindelse med specialet. |

2.4 Resultat af søgning

| Informationskilde: | PubMed | Embase | Sociological abstract | PsycINFO |
|------------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| Søgefacet/ -ord samt kombinationer | | | | |
| 1 | 6.305.034 | 8.059.973 | 199.135 | 18.101 |
| 2 | 354.870 | 366.828 | 10.454 | 1.405 |
| 3 | 6262 | 19.708 | 360.588 | 13.317 |
| 1 AND 2 AND 3 | 240(8) <1> [1] | 1,035(69) <10> [7] | 207 (10) <1> [1] | 51(9) <5> [2] |

Ovenstående tabel indikere, hvor mange hits samt anvendte artikler der er anvendt i nærværende speciale, der skal endvidere tages forbehold for, at der kan forekomme gengangere i søgningerne: eksempelvis X (X) <X> [X]. Tallet som er angivet før parentes illustrerer det samlede antal hits i den givne database. Tallet med parentes viser de antal hits der var at finde efter første sortering. Tallet som står i skarp parentes indikerer det antal hits der blev vurderet til at have relevans for besvarelse af problemformuleringen. Slutteligt henviser tallet i firkantet parentes, som viser antallet af artikler der blev anvendt i specialet og herigennem blev kritisk vurderet.

2.5 Dokumentation af den systematiske litteratursøgning

For at dokumentere nærværende speciales søgeproces, er der taget et screenshot af hver af databasernes resultater.

PubMed:

History

[Download history](#) [Clear history](#)

| Search | Add to builder | Query | Items found | Time |
|--------|---------------------|--|-------------------------|----------|
| #6 | Add | Search (((("Government"[Mesh]) OR "Societies"[Mesh]) OR "Population"[Mesh])) AND (((((((((((Neoliberal*) OR Biopolitic*) OR Governmentality*) OR Foucault*) OR Paternalism*) OR Liberalism*) OR Biopower*) OR fundamentalism*) OR relativism*) OR normativist*) OR normativism*) OR naturalist*) OR naturalism*)) AND (((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Public Health"[Mesh]) OR "Government Regulation"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) Sort by: Relevance | 240 | 08:16:58 |
| #5 | Add | Search (("Government"[Mesh]) OR "Societies"[Mesh]) OR "Population"[Mesh] Sort by: Relevance | 354870 | 08:16:23 |
| #4 | Add | Search (((((((((((Neoliberal*) OR Biopolitic*) OR Governmentality*) OR Foucault*) OR Paternalism*) OR Liberalism*) OR Biopower*) OR fundamentalism*) OR relativism*) OR normativist*) OR normativism*) OR naturalist*) OR naturalism* Sort by: Relevance | 6262 | 08:15:23 |
| #3 | Add | Search (((("Health Promotion"[Mesh]) OR "Public Health"[Mesh]) OR "Government Regulation"[Mesh]) OR "Health Policy"[Mesh]) Sort by: Relevance | 6305034 | 08:11:11 |

Embase:

| | | | |
|--------------------------|-----|---|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | #25 | #5 AND #9 AND #24 | 1,035 |
| <input type="checkbox"/> | #24 | #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 | 19,708 |
| <input type="checkbox"/> | #23 | biopower* | 95 |
| <input type="checkbox"/> | #22 | paternalism* | 3,143 |
| <input type="checkbox"/> | #21 | liberalism* | 417 |
| <input type="checkbox"/> | #20 | foucault* | 1,200 |
| <input type="checkbox"/> | #19 | governmentality* | 195 |
| <input type="checkbox"/> | #18 | biopolitic* | 238 |
| <input type="checkbox"/> | #17 | neoliberal* | 556 |
| <input type="checkbox"/> | #16 | relativism* | 311 |
| <input type="checkbox"/> | #15 | fundamentalism* | 188 |
| <input type="checkbox"/> | #13 | naturalism* | 190 |
| <input type="checkbox"/> | #12 | normativism* | 26 |
| <input type="checkbox"/> | #11 | normativist* | 13 |
| <input type="checkbox"/> | #10 | naturalist* | 13,461 |
| <input type="checkbox"/> | #9 | #6 OR #7 OR #8 | 8,059,973 |
| <input type="checkbox"/> | #8 | 'population'/exp | 351,620 |
| <input type="checkbox"/> | #7 | 'society'/exp | 8,059,973 |
| <input type="checkbox"/> | #6 | 'government'/exp | 120,343 |
| <input type="checkbox"/> | #5 | #1 OR #2 OR #3 OR #4 | 366,828 |
| <input type="checkbox"/> | #4 | 'health care policy'/exp | 157,955 |
| <input type="checkbox"/> | #3 | 'government regulation'/exp | 22,587 |
| <input type="checkbox"/> | #2 | 'public health'/exp | 141,352 |
| <input type="checkbox"/> | #1 | 'health promotion'/exp | 77,127 |

Sociological abstract:

Items selected: 0 [Delete](#) [Save](#) | [Show all details](#) | [Export all searches](#) Saved searches (17)

| <input type="checkbox"/> | Set ▾ | Search | Databases | Results | Actions |
|--------------------------|-------|---|------------------------|----------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | S7 | ⊞ S4 AND S5 AND S6 | Sociological Abstracts | 207* | Actions ▾ |
| <input type="checkbox"/> | S6 | ⊞ "health promotion" OR SU.EXACT("Health Policy") OR SU.EXACT("Government Regulation") OR SU.EXACT("Public Health") | Sociological Abstracts | 10,454* | Actions ▾ |
| <input type="checkbox"/> | S5 | ⊞ "societies" OR "population" OR "government" | Sociological Abstracts | 199,135* | Actions ▾ |
| <input type="checkbox"/> | S4 | ⊞ S1 OR S3 | 27 databases | 360,588* | Actions ▾ |
| <input type="checkbox"/> | S3 | ⊞ relativism* OR (fundamentalism* OR normativism*) OR (normativist* OR naturalist*) OR naturalism* | 27 databases | 285,281* | Actions ▾ |
| <input type="checkbox"/> | S1 | ⊞ ("biopolitic" OR SU.EXACT("Governmentality") OR "Foucault*" OR "paternalism" OR "liberalism") OR "neoliberal" OR "biopower" | 27 databases | 78,739* | Actions ▾ |

PsycINFO:

Combine Checked Searches AND OR NOT [GO](#)

Select ALL Clear All

| # | Query | Databases | Results | Actions |
|-----------------------------|--|---|---------|--|
| 1. <input type="checkbox"/> | ((Index Terms:("Government")) OR Any Field: ("societies") OR Any Field:("population")) AND ((Index Terms:("Health Promotion")) OR (Index Terms:("Public Health")) OR Any Field:("government regulation") OR Any Field:("health policy")) AND ((Any Field:(biopower*) OR Any Field:(liberalism*) OR Any Field:(paternalism*) OR Any Field:(biopolitic*) OR Any Field:(neoliberal*)) OR (Any Field:(relativism*) OR Any Field: (fundamentalism*) OR Any Field:(normativist*) OR Any Field:(normativiam*) OR Any Field:(naturalist*) OR Any Field:(naturalism*))) | PsycTESTS , PsycARTICLES , PsycTHERAPY , PsycINFO , PsycCRITIQUES | 51 | Run Save Delete Set Alert Get RSS Feed Get Permalink |

2.6 Kriterier for udvælgelse af relevant information

I udarbejdelsen af den systematiske litteratursøgning blev der opstillet inklusions- og eksklusionskriterier, idet disse kunne afgrænse emnet og herigennem sikre at det fundne litteratur havde relevans for nærværende speciales problemstilling.

Der blev ikke i den endelige søgning anvendt nogen form for limits i databaserne, idet dette vurderes at kunne afgrænse søgningen. Dog blev der i udvælgelsen af litteraturen taget højde for at denne skulle kunne bidrage til at besvare specialets problemformulering. Ydermere blev i nærværende speciale kun benyttet litteratur på dansk, norsk, svensk og engelsk, eftersom litteratur med andet sprog kunne give hindringer i henhold til forståelsen.

Der blev ikke som udgangspunkt taget højde for publikationsåret for artiklerne, idet ældre artikler i princippet kunne bidrage med viden i henhold til den udvikling som er sket indenfor sundhedsområdet.

2.7 Dato og identifikation

Den indledende systematiske litteratursøgning til initierende problem, samt problemanalysen blev sammen med den endelige systematiske søgning er foretaget i perioden d. 1/2 – 2016 til og med d. 27/5 – 2016.

Søgningerne er udført af: Nikolaj Bilgram Kristensen, Mads Lundorf Rasmussen og Johan Øhlenschläger. Alle er studerende på 4 semester, kandidatuddannelsen i folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet

2.8 Kritisk vurdering af udvalgt litteratur

Oversigt over artikler til vurdering

Artikel 1: Allmark, P., 2006.

Choosing Health and the inner citadel

Artikel 2: Ayo, N., 2012.

Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens

Artikel 3: Buchanan, D.R., 2008.

Autonomy, paternalism, and justice: Ethical priorities in public health

Artikel 4: Conly, S., 2014.

Against autonomy: justifying coercive paternalism.

Artikel 5: Gostin, L.O. & Gostin, K.G., 2009.

A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health

Artikel 6: Hervik, S.E.K. & Thurston, M., 2015.

"It's not the government's responsibility to get me out running 10 km four times a week" - Norwegian men's understandings of responsibility for health

Artikel 7: Owens, J. & Cribb, A., 2013.

Beyond choice and individualism: Understanding autonomy for public health ethics

Artikel 8: Smith, N., 2010.

Incorporating local knowledge(s) in health promotion

Artikel 9: Taylor, G. & Hawley, H., 2006.

Health promotion and the freedom of the individual

Artikel 10: Vallgård, S., 2012.

Nudge-A new and better way to improve health?

Artikel 11: Verweij, M. & Hoven, M. van den, 2012.

Nudges in Public Health: Paternalism Is Paramount.

2.9 Model til kritisk vurdering af teoretiske studier

Ask 'strategic questions' - six questions to trigger critical thinking

Here are six 'strategic questions' to help you assess the quality of anything you read or hear, whether from a

- book or article
- website, newspaper, magazine, TV or radio programme
- comment from a colleague.

| | |
|------------|----------|
| Where ...? | What...? |
| How...? | Who...? |
| When...? | Why...? |

| | |
|---|--|
| <p>Where did you find the information?</p> <p>Did you just 'come across' it? Or did you access it through a systematic search?</p> | <p>What is it and what are the key messages or results/findings?</p> <p>Is it a research study, professional opinion, discussion, website or other?</p> |
| <p>How has the author/speaker come to their conclusions?</p> <p>Is their line of reasoning logical and understandable?</p> <p>If you are looking at research or a review of research, how was it carried out? Was it done well? Do the conclusions reflect the findings?</p> | <p>Who has written/said this?</p> <p>Is the author/speaker an organisation or individual?</p> <p>Are they an expert in the topic?</p> <p>Could they have any bias? How do you know?</p> |
| <p>When was this written/said?</p> <p>Older key information/sources may still be valid, but you need to check if there has been more recent work.</p> | <p>Why has this been written/said?</p> <p>Who is the information aimed at - professionals or patient/client groups?</p> <p>What is the aim of the information?</p> |

Six questions to trigger critical thinking (Aveyard, Sharp & Woolliams 2011; adapted from Woolliams et al 2009)

Asking these 'strategic questions' will help you develop a more critical approach to your studies, and to evaluate (or 'appraise') reports, articles, and other materials in a thoughtful and balanced way. You can adapt the questions to suit you and the topic you are investigating.

2.10 Kritisk vurdering af teoretiske studier

Artikel 1: Choosing Health and the inner citadel

When, Who og Where: Studiet er publiceret i januar 2006, og er skrevet af Peter Allmark, PhD, Samuel Fox House, Northern General Hospital, Sheffield i England. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen PubMed.

Why: Dette studie er blevet skrevet fordi der argumenteres for, at den britiske regerings folkesundhedsprogram er sårbar overfor kritik i henhold til brug af paternalisme, idet programmet ytre at befolkningen har det frie valg i henhold til sundhed, hvilket han dog påstår ikke nødvendigvis er sandt. Studiet er kritisk i henhold til måden regeringen fremstiller befolkningens frie valgt i henhold til sundhed. Der argumenteres for at programmet: "white paper" benytter en paternalistisk styringsform, hvilket kan være problematisk.

What: Der er tale om et teoretisk studie. Der beskrives ikke i studiet konkrete nøgleresultater, men debatten omkring hvorvidt styring af sundhed skal være liberalistisk eller paternalistisk argumenteres der for og imod. Der er ikke en specifik konklusion på problemstillingen.

How: Forskeren fremlægger som tidligere beskrevet ikke med en konkret konklusion, men argumentere for, at sundhed er abstrakt, idet begrebet kan defineres og forstås forskelligt, alt efter hvilke værdier det tillægges. Debatten omhandler i høj grad, hvorvidt den enkelte har det frie valg som det fremstilles i White papers. Der opstår en magtkamp mellem styring ud fra en paternalistisk og liberalistisk tankegang. Selve argumentationen som benyttes i debatterne kommer på baggrund af egne tolkninger samt referencer til andre forskere og studier, hvilket styrker argumentationen. Yderligere så medvirker opbygningen af studiet, at argumenterne bruges i en logisk rækkefølge, som giver læser en god forståelse for det budskab som ytres.

Selve studiet fremstår således både veldokumenteret og nuanceret, hvor inddragelsen af flere forskellige syn på problematikken medfører at studiet forekommer troværdig og generelt velovervejet. Dette medfører endvidere at studiet bidrager til nærværende speciales problemstilling hvorfor det blev inddraget i diskussionen.

Artikel 2: Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 30 marts, 2011, og er skrevet af Nike Ayo som er professor på universitet i Alberta. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase

Why: Dette studie er skrevet idet forsker ønsker at undersøge, hvordan de neoliberale tanker og praksis er direkte impliceret i udformningen måden sundhed fremmes i samfundet. Ydermere bidrager analysen til at se den voksende mængde litteratur med forskellige perspektiver, der kritiserer måden at føre sundhedsfremme. Undersøgelsen har derved til sigte at give et indblik i måden den neoliberale styringsform bruges i henhold til sundhedsfremme.

What: Dette studie er et teoretisk studie, hvor forskers egne erfaringer samt relevante kilder inddrages for at styrke argumentationen. Forsker skaber et kritisk blik på den neoliberale styringsform som han mener har medvirket til befolkningens sundhedsforståelse. Ydermere stiller forsker sig kritisk i henhold til, at den sundhedsopfattelsen som han mener er forårsaget af sociale, kulturelle, politiske og økonomiske forhold, og ikke den enkeltes subjektive holdning.

How: Forsker anvender eksempelvis Foucault, Rose og Crawford som referencer i sin argumentation, hvilket bevidner om, en velovervejet argumentation inden for det problemfelt der skrives om. Konklusionen i studiet er ikke entydig, men forsker beskriver blot, at måden sundhed forstås i dag er på baggrund af den neoliberale styringsform, hvilket både har positive og negative konsekvenser for den enkelte.

Forsker er generelt velovervejet igennem studiet, og argumentationen er veldokumenteret i form af relevante referencer. Ydermere stilles der et kritisk blik på den neoliberale styringsform, og hvilke fordele og ulemper denne styring medfører for befolkningens forståelse af sundhed. Studiet forekommer troværdig, og kan ud fra den neoliberale synspunkt anvendes i nærværende speciale som belæg for den styringsform vi i dag ser i de fleste vestlige lande.

Artikel 3: Autonomy, paternalism, and justice: Ethical priorities in public health

When, Who og Where: Studiet er publiceret i januar 2008 i American journal of public health. Studiet er skrevet af David R. Buchanan, DrPH Professor of Community Health Education. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Formålet med studiet er at bidrage til debatten omkring de etiske aspekter inden for fremme af folkesundheden. Årsagen hertil er at studiet opstiller et kritisk blik mod sundhedsfremstillingen som ofte præsenteres ud fra en medicinsk tilgang, med en paternalistiske tilgang. De præsenterer endvidere at individets fri valg er en betydende del af sundhed, hvorfor der diskuteres hvorledes autonomi bør inddrages i sundhedsfremme.

What: Studiet er et teoretisk studie, som bygger på forsker og andre kilders argumentation. Studiet fokuserer på de etiske rettigheder for den enkelte, hvorfor der tages udgangspunkt i det etiske overvejelser i sundhedsfremme. Således konkluderes der i studiet, at for at forbedre livskvaliteten og fjerne de sundhedsmæssige uligheder, så skal det enkelte individ i højere grad reflektere over egen sundhed, og samtidig have en udvidet autonomi så sundhed ikke udelukkende er noget der styres oppefra.

How: Forskeren er kommet frem til konklusionen gennem udvalgte kilder, samt egne tolkninger af andres resultater. Der er ikke beskrevet i studiet, hvordan forsker er kommet frem til den litteratur som er anvendt. Derved kan der rettes en kritik mod det udvalgte litteratur, om hvorvidt den primært understøtter studiets egen synspunkter inden for sundhedsfremme. Paternalistisk statslig styring bliver således primært fremstillet som en 'forkert' tilgang, hvilket medfører begrænsede nuancer af problemstillingen.

Studiet inddrager en forholdsvis stor mængde litteratur, hvorfor argumentationen, på trods af et mere ensidigt syn, fremstår stærk og veldokumenteret. Således blev studiets indhold fundet relevant i relation til at få en dybere forståelse for autonomi i folkesundhedsetik, og samtidig fortsat troværdig i repræsentationen af dette synspunkt, hvorfor den med fordel blev inddraget i nærværende speciale.

Artikel 4: Against autonomy: justifying coercive paternalism

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 12 december 2013. Forfatteren af studiet er Sarah Conly, College Station, Brunswick, USA. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Dette studie argumentere for at den paternalistiske styringsform er en nødvendighed i samfundet. Ydermere argumenteres der for, at den paternalistiske styringsform ikke har til hensigt at skade os, men derimod at hjælpe os mod det sundere. Derved har studiet til hensigt at få læseren til at forstå, at den paternalistiske styring er den eneste måde, hvorpå den enkelte kan få et godt liv.

What: Studiet er en argumentation for den paternalistiske styringsform er en nødvendighed. Forsker stiller sig kritisk til den enkelte skal have det autonome valg når det gælder sundhed. paternalisme er umiddelbart den eneste måde, hvorpå sundheden kan fremmes, idet individet ikke selv er i stand til træffe rationelle beslutninger for eget liv.

How: Forskeren er kommet frem til konklusionen udelukkende på baggrund af egne antagelser i henhold til problemstillingen. Der skal rettes en kritik mod studiet, idet der ikke inddrages kilder til argumentationen, hvilket resulterer i at forskers subjektive holdninger kommer til at fremstå som entydige. Der kan rettes kritik mod forskeres manglende objektive blik for styring, idet modargumenter mod den paternalistiske styringsform umiddelbart burde inddrages i diskussionen om styring af befolkningens sundhed.

Selve studiet kan ses som værende snæversynet, idet den kun ser styring ud fra et entydigt perspektiv. Studiet er dog stadig anvendt i nærværende speciale, idet den kan rette et blik mod paternalisme som styring, samt hvilke fordele denne styringsform kan have for at fremme sundheden i befolkningen.

Artikel 5: A broader liberty: J.S. Mill, paternalism and the public's health

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 27 februar 2009. Studiet er skrevet af L.O. Gostin, O'Neill institute for national and global health og K.G. Gostin, Havard law school, Cambridge, MA, USA. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Formålet med studiet er at skabe en debat omkring den paternalistiske styringsform, der primært præsenteres som populationsbaseret i styringen idet den har til hensigt redde så mange menneskeliv som muligt. Der inddrages således teori og litteratur som både argumenterer for og imod, hvor befolkningens autonomi blandt andet bliver inddraget.

What: Studiet er et teoretisk studie, som bygger på argumentation fra andre studier. Resultatet af studiet er ikke entydigt, idet der ikke er et konkret svar på måden, hvorpå sundhed skal fremstilles. Studiet sætter eksempelvis spørgsmålstejn ved ansvaret. Er det individet eller staten der skal styre eget helbred? Her konkluderes der til sidst i studiet, at denne betragtning i høj grad skal ses i henhold til konsekvenserne ved det givne valg.

How: Forskerne er ikke kommet frem til en entydig konklusion, men der argumenteres for, at det er vanskeligt at udelede en bestemt sandhed i henhold individets frihed. Selve argumentationen forekommer endvidere både logiske og forståelige, hvor problemets kompleksitet bliver understøttet. Samtidig er præsentationen af problemet nuanceret, hvor der inddrages argumenter som både forsvare og kritisere den styring som finder sted i USA på daværende tidspunkt.

Overordnet forekommer studiet således logisk sammensat, hvor inddragelsen af teori og litteratur skaber en bred argumentation, som fremstår troværdig og af generel høj kvalitet. På denne baggrund inddrages studiet i diskussionen, idet den kan bidrage med forskellige aspekter af problemstillingen og herigennem bidrage til nærværende speciales forandring.

Artikel 6: "It's not the government's responsibility to get me out running 10 km four times a week" - Norwegian men's understandings of responsibility for health

Vurdering af denne artikel er foretaget ved hjælp af CASP tjeklisten, og ses i nedenstående afsnit 2.11

Artikel 7: Beyond choice and individualism: Understanding autonomy for public health ethics

When, Who og Where: Studiet er publiceret i 2013. Studiet er skrevet af John Owens, Centre for public policy reseach King's college, Londen og Alan Cribb, Centre for public policy reseach King's college, Londen. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Dette studie beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvordan begrebet autonomi bør forstås og anvendes i sundhedsfremme og forebyggelse. Hensigten med studiet har været at udvide diskussionen af autonomi inden for folkesundhedsetik. Herigennem forsøges der at gøre opmærksom på afvejning, og for at undgå en situation, hvor fokus på individuel autonomi inden for politik kommer til at overskygge de strukturelle determinanter som ligeledes har betydning for et godt helbred.

What: Studiet er et teoretisk studie, som benytter relevant litteratur i forsøget på at argumentere for problemstillingen. Studiet finder at autonomi ikke blot skal inddrages af principielle grunde. I stedet bør autonomi relateres til konteksten, således hver enkelt sundhedsfremmende situation bør vurderes i forhold til autonomiens betydning. Studiet ønsker altså at skabe en bredere diskussion af autonomi inden for folkesundhedsetik, for herigennem at skabe et bedre forståelse af autonomis betydning i sundhedsfremme.

How: Selve debatten i studiet forekommer velargumenteret, hvor forskellige synspunkter fremstilles og overvejes i forhold til studiets fremstilling af problemet. Studiet anerkender således, at måden problematikken fremstilles, ikke udelukkende er entydig, hvorfor det fremstår som værende både troværdigt og velovervejet. Endvidere så benyttes litteraturen

hensigtsmæssig i forhold til at fremvise hvilke pointer der fremgår af litteratur samt hvilke der er studiets egne. Dette medvirker at argumenterne bliver understøttede, hvilket betyder at argumentationen fremstår logisk og fornuftig.

På baggrund af ovenstående forekommer studiet derfor både nuanceret og velovervejet, hvilket medfører at det fremstår troværdigt og af høj kvalitet. Således bidrager studiet med forskellige vinkler i diskussion og herigennem elementer til nærværende speciales forandring.

Artikel 8: Incorporating local knowledge(s) in health promotion

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 24 juni i 2010. Studiet er skrevet af N. Smith. Der er ikke beskrevet N. Smith's profession. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen PsychINFO.

Why: Dette studie har til hensigt at argumentere for, at det er væsentlig indenfor sundhedssektoren at integrere og anvende lokal viden i henhold til sundhedsfremme. Den viden der anvendes skal ikke altid være på baggrund af eksperter, men lokalsamfundet er væsentligt at inddrage i forebyggelsen af sundhed.

What: Studiet er et teoretisk studie som er kritisk overfor at sundhedsfremme og forståelsen ikke udelukkende skal ske på baggrund af eksperter og professionelle, men det er en nødvendighed at inddrage lokalbefolkningen. Kritikken retter sig ydermere mod, at hvis den enkelte skal ændre adfærd, så skal det ikke kun ske ved hjælp af eksperters råd, men også ved inddragelse af den enkeltes værdier og behov.

How: Studiet anvender forskellige perspektiver til at argumentere for deres påstande. Både statens og befolkningens forskelligheder i henhold til viden beskrives, hvilket giver en bredere forståelse af problematikken. Ydermere argumenteres der for barriererne ved at lade befolkningen have medbestemmelse. Studiet stiller sig derved også kritisk overfor inddragelse af befolkningen i henhold til at fremme sundheden. Videre anvendes der relevante referencer til at nuancere problemstillingen, hvilket bidrager til en relevant diskussion.

Selve studiet vurderes relevant i nærværende speciale, idet den er veldokumenteret og giver en nuanceret billede af måden at fremme sundheden ved inddragelse af lokalbefolkningen.

Artikel 9: Health promotion and the freedom of the individual

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 20 september i 2006. Studiet er skrevet af Gary Tayler, Division of applied social sciences, Schffield Hallam University, United Kindom og Helen Hawley, Health promotion section, Rotherham Primary care trust, United Kindom. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Dette studie er skrevet på baggrund en forståelse af nutidens sundhedsfremmende strategier som en trussel mod den enkeltes frihed. Den fremstiller således autonomi som en nødvendighed i folkesundhedsetik, dog præsenteres der flere forskellige former for autonomi, som alle bidrager forskelligt til forebyggelsen.

What: Studiet er et teoretisk studie som finder at hvis frihed ses i form af empowerment, kan dette være med til at fremme sundheden samt at forbedre den enkeltes frihed. Studiet mener at befolkningens behov bør inddrages, og så bliver det statens ansvar at igangsætte indsatser som kan overvinde de omstændigheder som fraholder befolkningen fra deres behov. Herigennem bliver befolkningen empowered, hvorved deres frihed øges og i det lange løb bliver de uafhængige af statslig støtte. Så frem for at se sundhedsfremme som en indtrængen i privatlivet, kan det ses som en fordel for både individet og staten.

How: Forskeren beskriver tre forskellige former for frihed, hvor der til sidst findes frem til et alternativ for den positive og negative frihed. Der argumenteres gennem hele studiet både med egne argumenter, men der anvendes også referencer til påstande fra andre studier. Der beskrives igennem studiet både fordele og ulemper indenfor de forskellige måder at fremme sundhed. Dette bevidner om at forsker er bevidst om at sundhedsfremme er et vanskeligt område, hvor der ikke hersker en entydig fremgangsmåde. Yderligere så fremstår argumenterne nuancerede og troværdige, hvor brug af teori og litteratur bidrager til at studiets egen forståelse af problemet, som således ikke udelukkende bliver en perspektiv af mange til at forstå problemstillingen.

Overordnet inddrages der således forskellige synspunkter på studiets problemstilling. Dette medfører at studiet fremstår velovervejet og troværdig, hvorfor den blev inddraget i nærværende speciales diskussion, med henblik på at bidrage til den ønskede forandring.

Artikel 10: Nudge-A new and better way to improve health?

When, Who og Where: Studiet er publiceret d. 25 oktober i 2011. Studiet er skrevet af Signild Vallgård, Unit of health services reseach, department of public health, university of Copenhagen, Denmark. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen PsychINFO.

Why: Studiet er skrevet, fordi forsker mener at nudging er en nødvendig metode til at fremme folkesundheden, idet der stilles kritik blik på den enkeltes evner til at træffe det rigtig valg selvstændigt. Befolkningen skal hjælpes af det de kalder "choice architects", som er fagpersoner som ved hvad der vil gøre mennesker liv "nemmere, bedre og længere". Formålet med studiet er at vise, at styring af befolkningen til det sundere med fordel skal ske ud fra en liberal paternalistisk tankegang.

What: Studiet er et teoretisk studie. I konklusionen beskrives der, at nudge er en ny form for styring som ikke får modsigelser fra paternalisme, men derimod indvendinger fra en mere liberal tankegang.

How: Forskeren er kommet frem til konklusionen gennem argumentation for at nudging er en måde at fremme sundheden. Der bliver både argumenteret for en liberalistisk og paternalistisk styringsform, hvilket bevidner om, at studiet er bevidst om at liberal paternalisme ikke er den eneste måde at styring kan finde sted. Studiet påpeger også at det frie valg både har positive og negative sider, hvilket antyder at forsker er bevidst om styring ikke kan forstås entydigt.

Selve studiet vurderes som værende veldokumenteret og reflekterende i henhold til at styring er en nuanceret problemstilling. Nærværende speciale anvender studiet, idet den kan forklare liberal paternalisme, og hvilke fordele og ulemper denne form for styring har for

befolkningen. Herunder hvilke synspunkter en liberal styring bidrager med til sundhedsfremme.

Artikel 11: Nudges in Public Health: Paternalism Is Paramount.

When, Who og Where: Studiet er publiceret online d. 3 februar i 2012. Studiet er skrevet af Marcel Verweij, Utrecht University og Mariëtte van den Hoven, Utrecht University. Studiet blev udvalgt ud fra den systematiske litteratursøgning i søgedatabasen Embase.

Why: Studiet er et forsvar af liberal paternalistisk, og er skrevet som et modsvar til en tidligere studiet som kritisere brugen af liberal paternalisme. Således er formålet med studiet, at argumentere for, at liberal paternalisme ligeledes bør inddrages i forebyggelsen.

What: Studiet er et teoretisk forsvar af liberal paternalisme, som konkludere at nudging strategier er succesfulde til at fremme folkesundheden og samtidig bevare individets frihed. Dog fremgår det endvidere at det er en forkert antagelse at tænke autonomi som en nødvendighed, da individet ikke nødvendigvis træffer den sunde beslutning.

How: Idet studiet er et forsvar af liberal paternalisme indeholder det primært argumenter for nudging. Således kan det diskuteres hvorvidt eventuelle negative sider af liberal paternalisme bliver udeladt, hvorfor potentielle nuancer kan gå tabt. Der bliver dog benyttet anden litteratur til at understøtte pointerne, hvorfor der ligeledes fremgår argumenter som forekommer relevante for nærværende speciale

Studiet fremstår således mangelfuldt på nogle områder. Dog inddrages der fortsat argumenter som både er velargumenterede og samtidig relevante for nærværende speciale i forsøget på at klarlægge problemfeltet. Således vil studiet indgå i diskussionen, dog udelukkende med de argumenter som fremstod troværdige således speciales forandring ligeledes afspejler synet på liberal paternalisme.

2.11 Kritisk vurdering af kvalitativ studie (CASP)



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a qualitative research:

- Are the results of the review valid?
- What are the results?
- Will the results help locally?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is "yes", it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a "yes", "no" or "can't tell" to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

These checklists were designed to be used as educational tools as part of a workshop setting

There will not be time in the small groups to answer them all in detail!

©CASP This work is licensed under the Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>, www.casp-uk.net

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims

Yes Can't tell No

of the research?

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

Artiklens formål er at præsentere et kvalitativt studie med norske mænd, hvor fokus er på at få deres syn på sundhed i hverdagen. Det er specielt formålet at finde frem til mændenes forståelse af ansvar for sundheden i samfundet.

Formålet har ydermere været at undersøge forholdet mellem velfærdsstatens regimer og folks overbevisninger i henhold til sundhed. Herunder i hvilken grad befolkningen føler der har kontrol over egen hverdag.

2. Is a qualitative methodology appropriate?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Den kvalitative metode er i denne artikel valgt, idet formålet med undersøgelsen er at forstå, hvorfor de norske mænd tænker som de gør i henhold til den sundhedspolitik der sker i landet.

Der bliver anvendt individuelle interviews, hvilket har til hensigt at få den enkeltes subjektive holdning til problemstilling, hvilket i denne henseende er valgt.

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?



HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?

Det individuelle interview med de 18 norske mænd er en velvalgt metode at anvende, idet formålet med undersøgelsen har været at få en forståelse af mændenes holdning til problemstillingen. Der bliver ikke i artiklen beskrevet hvorfor den ene metode er mere velvalgt en anden. Der kunne i princippet have været anvendt fokusgruppeinterviews med mændene, hvilket både kan resultere i fordele og ulemper i henhold til udtalelserne.

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?



HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

Der blev i alt udført 18 individuelle interviews med mænd i alderen 40-90 + år, som havde forskellig etnicitet samt varierende uddannelsesniveauer. Respondenterne blev til projektet fundet gennem lokale arbejdspladser, VUC, den ældre persons aktivitetscenter og gennem flygtninge - tjenester i kommunen. Mændene blev rekrutteret gennem en målrette prøveudtagning, hvor deltagerne blev udvalgt fordi de havde særlige egenskaber til forståelse af undersøgelsens centrale temaer. Målet var at skaffe en heterogen gruppe af interviewpersoner vedrørende alder, etnicitet og uddannelsesniveau.

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
- If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
- If the researcher has justified the methods chosen
- If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
- If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
- If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
- If the researcher has discussed saturation of data

Der bliver ikke i artiklen beskrevet hvilken form for fremgangsmåde interviewene er foregået under. Derved vides ikke om spørgsmålene har været strukturerede eller semistrukturerede. Selve spørgsmålene til undersøgelsen er heller ikke vedlagt, så vi ved i princippet ikke hvad mændenes svar er udledt fra. Der er dog udledt at interviewene er optaget og transkriberet.

Der bliver ikke talt op datamætning i henhold til interviewene.

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

Der bliver ikke i artiklen beskrevet noget om forskers påvirkning på indsamlingen af empiri. Formuleringer er spørgsmål er ikke udgivet. Der bliver ydermere ikke beskrevet hvorhenne interviewene er foretaget. Dette kan i nogle tilfælde påvirke resultaterne, idet tryk kan have indflydelse på, hvor detaljeret mændene har lyst til at udtale sig.

7. Have ethical issues been taken into consideration?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
- If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
- If approval has been sought from the ethics committee

De interviewede blev opfordret til at tale frit, og interviewereren forfulgte derefter de temaer som rejste sig spontant hos deltagerne. Deltagerne fik garanti for at de ville forestå anonyme i projektet. Detaljer om alder, uddannelse, arbejdssituation og etnisk baggrund blev holdt på et minimum for yderligere at beskytte deres identitet. Undersøgelsen har også modtaget godkendelse fra det norske databeskyttelse official.

8. Was the data analysis sufficiently rigorous?

Yes

Can't tell

No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

Interviewene var audio-registreres og transkriberet ordret. De transskriperede interviews blev kodet, informeret af grounded theory metoder som beskrevet af Charmaz (2014).

Der beskrives ikke om det kun er en enkel forsker som har gennemlyttet og transskriperet interviewene eller om der har været flere med til det. Kan godt gøre en forskel i henhold til forståelsen af interviewene, idet ord kan fortsås forskelligt.

9. Is there a clear statement of findings?

Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
- If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
- If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
- If the findings are discussed in relation to the original research question

Der bliver under artiklens resultater præsenteret de væsentlige citater som har indflydelse på problemstillingen.

Udover præsentation og argumentation for undersøgelsen resultater, bliver der i slutningen af artiklen diskuteret hvilken indflydelse empirien har for undersøgelsen.

Eksempelvis af artiklens resultater bevidner en kompleksitet i henhold til måden hvorpå sundhed forstås, og hvem der i virkeligheden skal have ansvaret for ens sundhed.

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

Der bliver i studiet diskuteret, hvordan resultaterne ser ud i henhold til andre resultater på området.

Ydermere hvordan den forståelse de norske mænd har i henhold til den sundhed der føres i landet. At sundhed er noget vi hver især skal tage ansvar for, men også væsentligt at staten tager et ansvar for at sundheden kan øges i befolkningen.

Samlet score 8/10

3. Aktindsigt



Nikolaj Bilgram Kristensen
nbkr11@student.aau.dk

Holbergsgade 6
DK-1057 København K

T +45 7226 9000
F +45 7226 9001
M sum@sum.dk
W sum.dk

Dato: 28. april 2016
Enhed: Primær Sundhed, Ældrepolitik og Jura
Sagsbeh.: DEPLCT
Sagsnr.: 1604682
Dok. nr.: 80128

Afgørelse vedr. anmodning om aktindsigt

Kære Nikolaj Bilgram Kristensen

Du har den 8. april 2016 anmodet Sundheds- og Ældreministeriet om aktindsigt i
*"alt bagvedliggende materiale til rapporterne:
"Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008" - Publiceret maj 1999
"Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010" -
Publiceret d. 20-09-2002
"Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år" - Publiceret d. 29-01-2014"*

Pr. telefon har du d. 12. april 2016 præciseret din aktindsigtsanmodning til at omhandle følgende:

"Sundheds- og Ældreministeriets korrespondance med eksperter og andre interessenter i forbindelse med udgivelse af de tre nævnte folkesundhedsprogrammer"

Sundheds- og Ældreministeriet imødekommer hermed din anmodning om aktindsigt.

Relevante sager

Der er blevet foretaget en søgning i Sundheds- og Ældreministeriets journalsystemer, som har fundet frem til følgende relevante sager:

Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008:
Sagsnr. 1999-5003-80

Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010:
Sagsnr. 2002-5001-24
Sagsnr. 2002-5001-29
Sagsnr. 2002-5001-30
Sagsnr. 2002-5001-31
Sagsnr. 2002-0754-52

Sundere liv for alle - nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år:
Sagsnr. 1203616
Sagsnr. 1303703

Vedlagt er aktlister, som viser alle akter (dokumenter) på ovenstående sager. Ud fra de pågældende sager er indscannet de dokumenter incl. bilag, som vedrører anmodningen.

Der er vedlagt et dokument med de relevante akter for hvert sagsnr. For sagsnr. 1303703 er materialet for omfattende til at kunne rummes i ét dokument, og akterne er derfor fordelt på 10 dokumenter.

På første side af hver akt er påført aktnummer. Bemærk venligst, at aktnumrene ikke nødvendigvis er i kronologisk rækkefølge.

Med venlig hilsen
