



Ansvar og selvstyring

i et sygdomsperspektiv

Nanna Sand Klarborg Bach

10. semester 2016

Vejleder: Oline Pedersen

34.980 ord



Nanna Sand Klarborg Bach

Aalborg Universitet

2016

Summary

This master thesis in sociology takes its point of departure in a previous semester project regarding the dominant discourse among the politicians and within society as a whole; that everybody must take responsibility for their own health. This is regardless of whatever social conditions and resources moreover, they would have. A result of this discourse can be that certain desires or interests is to be internalised in people's minds and thereby establishing a self-governance towards the establishment's interests for a healthy population.

On the basis of this, the purpose of this master thesis is to examine how this discourse for personal responsibility for health and lifestyle establishes in the consciousness and practices of people. The thesis is examined in relation to the social and personal resources and preferences people have, with the intention to show the complexity that exist, when someone has to manage their personal course of, in this study, a chronic illness. I have chosen to study diabetics in particular, since the discourse of personal responsibility in this field is very acknowledged. On the basis of this I will examine the thesis statement:

How does diabetic patients with various resources, experience and handle the values of personal responsibility and active self-management in relation to their disease?

To examine the thesis, I apply the theories of Michel Foucault and Pierre Bourdieu. Since the study is based on the prerequisite that the neoliberal values such as self-governance and responsibility is internalised in the consciousness of the diabetics, Foucault will be applied as the primary theoretical contribution, with his theory of governmentality in the neoliberal society. In addition to this, Bourdieu is applied to shed light on, how different resources and personal biographies cause differences among the diabetics' experiences and actions.

The empirical data consists primary of seven semi-structured interviews with diabetics, who are enrolled in a teaching program at Sundhedscenter Aalborg (Health Center Aalborg), with the purpose to teach them about diabetes in general and how to better cope with their diabetes. These solo interviews will provide an in depth comprehension of their personal situations. As a secondary empirical data I have conducted participating observation at the lessons to see which knowledge and understanding of their own situation the informants

acquired here. In addition to this, it gave an opportunity to observe the relation of power between the teachers and the diabetics.

The analysis shows, that all the diabetics in this study consider the responsibility for their health and managing diabetes as their own. There are strong indications of the diabetics having internalised the society's norms and expectations for responsible health behaviour, as they all strive to live up to the prevailing beliefs for this. The self-governance appears to emerge in an interaction between the resources the informants have on one side, and the subtle power influence, created in the neoliberal society on the other. Latter is showing when the informants begin to understand and judge themselves and their personal lives, in order to evaluate how to organize their lives even better. For this they use a range of self-technologies, as confessions, self-inspections and self-monitoring, that affects some of the most private parts of life.

The findings show however, that how the informants consider the matter and degree of what personal responsibility involve and how they meet this in practice, differs due to their personal and social resources. Quite surprisingly and against the initial expectations, there were no indicators of economic differentiation between the groups of more and less responsible diabetics, which I identified. I found though, that the amount of cultural resources could be used to show patterns of perception and behaviour. But the social resources, in particular having a partner at home, transpired from the empirical data to be the most significant asset in regard to meeting the demands for responsible behaviour in the every day life. This reveals quite a paradox; that in order to meet the discourse of responsible self-management, you benefit by having strong social resources.

Indholdsfortegnelse

SUMMARY	1
PROBLEMFELT	5
Styring af sundheden	5
Den fremadrettede undersøgelse	7
Den nye patient i politisk kontekst	8
Danskernes opfattelse af ansvar for egen sundhed og sygdom	10
Social ulighed i sundhed	12
Specialets undersøgelse.....	13
Undersøgelsesspørgsmål	13
OPERATIONALISERING	14
Diabetespatienter	15
TEORETISK ORIENTERING	17
MICHEL FOUCAULT.....	17
Governmentality	17
Selvstyring og selvteknologier	18
Biopolitik som ethopolitik	21
Magt og viden	22
PIERRE BOURDIEU.....	24
Det sociale rum	24
Habitus som individuel og klassefænomen.....	25
Kapitaler	26
Felter	27
Stat og magt.....	28
VIDENSKABSTEORI	29
Foucault og poststrukturalismen	29
Bourdieu og konstruktivistisk strukturalisme	30
Specialets placering	31
METODEOVERVEJELSER	33
EMPIRI	33
Caseundersøgelse som forskningsdesign	33
Det semistrukturerede interview	34
Adgang til feltet	36
Ethiske overvejelser	37
Transskriberinger og fortolkning af empirien.....	38
Deltagende observation.....	38
UNDERSØGELSENS KVALITET	40
Rehabilitet.....	40
Validitet.....	42
ANALYSESTRATEGI	43
Præsentation af informanterne	44
Kristian.....	45
Tom.....	45
Jens.....	45
Villy.....	46

Jane	46
Lone.....	46
Berit.....	47
ANALYSE	48
ANALYSEDEL 1: VIDEN SOM (SELV)STYRING	48
Jeg vil gerne have noget mere information	48
Det er dem, der er eksperter på området.....	50
ANALYSEDEL 2: EN DIABETIKERS SELVRANSAGELSER	54
Jeg har været grim ved mig selv hele livet.....	54
Det er jo ikke den gode løsning.....	56
Bortset fra de der kageudsving.....	57
Jeg er et menneske der accepterer	58
Jeg tænker meget over, hvad jeg putter i min mund	59
Der er heller ingen der kan forstå, jeg har fået sukkersyge	60
Der er altid noget, der kan gøres bedre	61
DELKONKLUSION: KULTUREL KAPITAL SOM RESSOURCE.....	62
ANALYSEDEL 3: SOCIAL SELVSTYRING.....	65
Jeg spiser bare mindre af det.....	65
Livet går jo ikke i stå fordi man får en sygdom.....	67
Jeg kunne jo slet ikke undvære hende	69
Når man kun er sig selv.....	71
Det betyder meget for mig, at jeg har en aftale	73
DELKONKLUSION: SOCIAL KAPITAL SOM RESSOURCE	74
ANALYSEDEL 4: INFORMATIONSTEKNOLOGIER	76
Det giver mig et mål.....	77
For lige at tjekke hvordan og hvorledes	78
ANALYSEDEL 5: DET SOMATISKE SELV	80
Jeg har ikke følt mig syg.....	81
Jeg får et sundere liv af det	82
DISKUSSION AF ANSVAR, SELVSTYRING OG RESSOURCER	85
Accept af det personlige ansvar	85
Ansvar og ressourcer	86
KONKLUSION.....	89
KILDER	91
BILAG 1: DOKUMENTERET LITTERATURSØGNING	95

Problemfelt

Styring af sundheden

- et studie af politiske diskursers magt i sundhedspolitik

Baggrunden for indeværende speciale blev lagt da jeg i efteråret 2015 skrev projekt i specialiseringen sundheds- og sygdomssociologi. Undersøgelsen var en empirisk analyse af de diskurser, som politikerne etablerer inden for sundhedsområdet for at styre individers sundhed. Med udgangspunkt i Foucault og det neoliberalistiske perspektiv analyserede jeg, hvordan sundheden italesættes og bliver til magt, når diskurserne etableres som værende en sand afspejling af virkeligheden og således får konsekvenser for individerne, både i deres bevidsthed og gennem de politiske tiltag, der etableres.

Konkret tog analysen udgangspunkt i folketingsdebatter, som omhandler ulighed i sundhed og forslag om tiltag, der skal forbedre folkesundheden. Baggrunden for at vælge disse debatter frem for et folkesundhedsprogram var, at man i debatterne både kan identificere, hvilke forhold politikerne tager for givet på tværs af fløjene og hvor de er uenige. Samtidig indeholder sådanne debatter bagvedliggende rationaliteter, logikker og interne paradokser. Dermed giver de et billede af de reelle diskurser, der er etableret mellem politikerne.

Undersøgelsen viste og argumenterede for, at politikerne på tværs af partierne konstruerer nogle diskurser om sundhed, der med udgangspunkt i moralske og økonomiske årsager, skaber en konsensus om nødvendigheden for politisk styring af befolkningens sundhed. Der identificeres nogle højrisikogrupper, som indebærer alt fra lavtuddannede og arbejdsløse til overvægtige, rygere og misbrugere, der alle kræver særlig opmærksomhed. Rammerne for, hvornår man anses som værende i stand til at tage ansvar for sin egen sundhed bliver således meget snævre. Hertil italesættes meget snævre rammer for korrekt og ansvarlig livsførelse og forvaltning af egen sundhed. Politikerne taler ofte om livsstil og KRAM¹ faktorer, men uden at anskue problemerne med de kompleksiteter, som de rummer i hverdagslivet som boligforhold, beskæftigelse, sociale relationer og normer. På den måde reduceres sundhed og sygdom til at blive et spørgsmål om få udvalgte livsstilsfaktorer, selvom det bliver stadig sværere at fastlægge, hvilken rolle disse faktorer reelt spiller i relation til sundhed og sygdom. Med disse livsstilsfaktorer skabes der både nogle meget snævre rammer for korrekt

¹ KRAM faktorerne er kost, rygning, alkohol og motion

livsførelse og dertil nogle almengyldige forestillinger om, hvad det gode og rigtige liv indebærer af sunde kost- og motionsvaner, mens usund kost, alkohol og rygning knyttes til risici og farer. Ved således at skabe frygt samt forme håb og ønsker for individernes skæbne tilstræber politikerne, at folk vil forvalte deres liv på en, i politikernes øjne, ansvarlig måde.

I dette ligger der grundlæggende en forudsætning om, at det er individets personlige valg, der ligger til grund for dets sundhed og sygdom. Når politikerne opstiller så simple forskrifter for rigtig og forkert livsførelse appellerer det til borgernes egne valg og giver en forventning om, at de kan være medbestemmende over deres egen skæbne. Dette er uanset deres sociale baggrund. Hensigten formodes således at være, at skabe nogle ønsker og interesser, der stemmer overens med de politiske, for at etablere en selvstyring blandt befolkningen.

Problemet med dette er dog, at politikerne kun i meget lille grad har øje for, at individerne har forskellige økonomiske, sociale og personlige ressourcer at investere i deres helbred og ikke mindst, at rigtig mange forhold i relation til sundhed ikke kan gøres op i de simple livsstilsfaktorer og personlige valg, som politikerne almindeligvis fremstiller det. Faktisk tyder meget på at denne strategi, der har til hensigt at mindske ulighed i sundhed, tværtimod fremmer uligheden og skaber stigmatisering blandt de grupper, der ikke er i stand til at efterleve rammerne for god livsførelse (Bach 2015).

Når resultaterne i min tidligere undersøgelse holdes op mod eksisterende forskning findes mange sammenfaldene konklusioner. Thorup Larsen og Vallgård, der begge forsker inden for folkesundhedspolitik i en dansk kontekst, underbygger den ovenstående beskrevne relation mellem sundhedsdiskurser og magt i en foucauldiansk eller neoliberal kontekst. Begge understreger det fokus, der i dansk politik er på livsstilen og ansvarliggørelsen af det enkelte individ. Vallgård påviser i denne forbindelse, hvordan der skabes snævre rammer for udførelsen af livsstilen, samt de rigtige og sunde valg. Politikerne identificerer her nogle særlige højrisikogrupper, der ikke formår at leve op til disse idealer og som ofte har lav social status (Vallgård 2001, 2003, 2007). Thorup Larsen viser ligeledes, hvordan politikerne i stadig højere grad beskæftiger sig direkte med folks livsstil, selvom det ikke gøres klart, hvad livsstil egentlig er og hvorfor det er usandsynligt, at de såkaldte livsstilssygdomme følger direkte deraf. I de fleste tilfælde finder den politiske styring sted ved at gøre individernes adfærd (livsstil) til en aktiv og ansvarlig selvkontrol. Dette fokus på livsstilen ekskluderer ofte andre forhold, som sociale levevilkår, miljøet mv. Sundhedspolitikken er derudover struktureret således, at det bliver de politisk problematiserede og uansvarlige lavtuddannede og lavindkomstgrupper, som er målet for interventionerne (Thorup Larsen 2006, 2012).

Dermed tegnes et billede af den aktuelle danske sundhedspolitik, hvor politikerne med udgangspunkt i diskurser om ansvar for egen sundhed og en aktiv indsats for at leve op de gældende normer om korrekt sundhedsadfærd, forsøger at fremme folkesundheden. Der italesættes sociale forskelle, hvor særlige risikogrupper ikke formår at leve op til disse idealer. Der findes dog ikke mange initiativer, som retter sig mod de bagvedliggende sociale forhold, der kan medføre en bestemt livsstil.

Den fremadrettede undersøgelse

Med dette speciale ønsker jeg nu at undersøge, hvordan diskursen om, at individet må tage ansvar for sin egen sundhed og sygdom etablerer sig i individernes egen bevidsthed og praksisser. Herunder hvordan de påtager sig dette ansvar og hvordan den bliver en del af deres selvforståelse i forbindelse med et sygdomsforløb. Jeg tager således problemstillingen ned fra et overordnet samfundsperspektiv og undersøger den i et praksisnært studie.

Med udgangspunkt i den iboende sociale differentiering, der findes inden for sundheds- og sygdomsområdet, vil jeg undersøge problemstillingen i relation til de sociale og personlige ressourcer, kapitaler og præferencer, som de enkelte individer besidder. Ønsket er at vise den kompleksitet, der finder sted, når individet skal forholde sig til sit eget sygdomsforløb, hvor man både trækker på personlige egenskaber og erfaringer, men også bruger de ressourcer man har i form af familiebaggrund og sociale relationer, økonomi og kulturel kapital.

Individernes forskelligartede håndtering af at være patient i sundhedsvæsenet bunder dermed i forskellige forhold, der alle bidrager til forskellig adfærd og forståelse af deres egen rolle i sygdomsforløbet.

Undersøgelsen har ikke til hensigt at være en kritik af velfærdsstatens eller sundhedsvæsenets arbejde med patienten, men snarere en refleksion over eller diskussion af, hvordan samfundets værdier og diskurser internaliseres i patienternes opfattelse af sig selv og deres egen rolle.

I det følgende præsenteres denne problemstilling i en kontekst, der rammesætter den patientrolle, der optræder som følge af udviklingen i det neoliberale samfund i et socialt differentieringsperspektiv. Her sættes der fokus på den politiske kontekst, kort om samfundets og individernes personlige opfattelse heraf, ligesom mulige konsekvenser belyses. Dette gøres med udgangspunkt i publikationer fra relevante aktører inden for det

danske sundhedsvæsen, samt forskning på området, der delvist er fundet gennem det dokumenterede litteraturstudie (bilag 1).

Den nye patient i politisk kontekst

Gennem historien har patienter traditionelt set været passiviserede og underlagt lægen, som i kraft af sin medicinske indsigt kunne træffe vigtige beslutninger på patienternes vegne om både behandling og andre vigtige forhold i livet. Dette billede har imidlertid ændret sig, hvor lægen nu skal respektere patientens interesser, livsværdier og selvbestemmelse i størst mulig udstrækning og inddrage patienten i beslutninger om det videre behandlingsforløb (Det Ethiske Råd 2003:11). Mange patienter anerkender og underlægger sig stadig lægens autoritet, men der er sket et skift i patientens rolle i behandlingsforløbet, hvor beslutninger der før var lægens alene, nu er til forhandling og diskussion (Det Ethiske råd 2003:14) I denne forbindelse er der tale om en ny patienttype; den aktive og ansvarlige patient, der bruger sine ressourcer og kompetencer til at træffe de rigtige valg inden for sundhedsvæsenet i samarbejde med behandleren.

Denne ændring i patientopfattelsen afspejler nogle værdier, der har etableret sig i hele samfundet. Velfærdsstatens institutioner, herunder sygehusvæsenet, har de seneste år skulle leve op til krav om at møde borgeren, som et unikt og helt menneske, der skal have individuelt tilrettet behandling. Dette sker dog inden for nogle klart definerede rammer for mødet mellem borgeren og den professionelle, hvor det er fastlagt, hvad der kan tilbydes af undersøgelser, diagnosticering og behandling (Mik-Meyer og Villadsen 2007:9). Disse værdier er et udtryk for en relativt ny form for statslig styring, hvor staten lever op til liberalismens idealer om frihed ved at fremhæve, hvordan individet er ansvarligt for sin egen situation. Det sker som led i en udvikling, hvor der findes stadig større individualisering og flere valgmuligheder inden for mange områder af samfundet, herunder sundhedsvæsenet, som også må leve op til idealerne om individets frihed. Samtidig indføres stadig flere centralt formulerede styringsformer, der har til formål, dels at sikre en optimal ressourceudnyttelse og dels at hjælpe individet til at blive en idealborger, der handler både kontrolleret, ansvarsfuldt og viljestærkt. Den forandring der sker vedrører således også konstitueringen af selve individet, hvor en stadig øget individualisering medfører, at den enkelte i stigende grad gøres ansvarlig for sin egen situation. Den nye patienttype er dermed et produkt af velfærdsstaten, der i et stadig øget omfang tilegner sig særlige værdier som

frihed, selvansvar, empowerment og effektivitet, der kan samles under betegnelsen neoliberalisme. Med dette begreb henvises der ikke til en politisk ideologi, men snarere en særlig måde at indrette samfundet på. De neoliberale reformer og værdier, der vinder frem i samfundet nu, sigter netop mod at fremme en ansvarlig selvstyring blandt individerne (Mik-Meyer og Villadsen 2007:9-11).

At neoliberale idealer er stærkt funderede inden for sundhedsvæsenet, er blevet argumenteret og dokumenteret gennem de sidste 10 år, både i dansk og udenlandsk forskning. Som vist ovenstående er Thorup Larsen og Vallgård blandt aktuelle bidragsydere i Danmark. Hertil undersøger Valente (2013), hvordan patient agency er en del af det danske sundhedssystem. Her finder hun som et led i undersøgelsen af den danske kvalitetsmodel (2008), at patienterne gøres til aktive deltagere i sundhedsvæsenet, der på baggrund af givne informationer skal tage del i beslutninger om egen behandling, eftersom de selv er eksperten i deres egne behov og deres eget bedste. Undersøgelsen har i mindre grad fokus på individets oplevelse og handlinger i denne forbindelse og mere på, hvordan patient agency udvikles som norm i sundhedsvæsenet (Valente 2013).

Siden 1970'erne har politikere på tværs af fløjene forsøgt at imødegå den stigende forekomst af især kronisk syge personer og såkaldt livsstilssygdomme ved at få enkeltindividet til at træffe sunde valg om rygning, alkohol, kost og motion. I begyndelsen af 1990'erne indtræder diskursen om individets personlige ansvar for sundhed og sygdom på den politiske dagsorden (Thorup Larsen 2006 og 2012, Vallgård 2003:136-137). Siden da har skiftende regeringer har været fortalere for og faciliteret denne udvikling, hvormed det er en værdi, som har etableret sig i samfundet generelt, på tværs af partierne. I 2006 indførte VK-regeringen kvalitetsreformen, der inden for sundhedsområdet bl.a. medførte at:

”Det offentlige skal prioritere indsatsen, så den retter sig mod at hjælpe dem, der har særligt behov. Og borgerne skal have stor frihed og plads til at løfte det personlige ansvar. Den offentlige sektor skal give mulighed for, at borgerne selv tager ansvar og gør en aktiv indsats” (Regeringen 2006).

I 2013 fremlægger SRSF-regeringen det sundhedspolitiske udspil *”Mere borger, mindre patient”*, der understøtter denne udvikling. Målet er her, at patienten skal have hovedrollen i sit eget sygdomsforløb og på baggrund af vidensbaserede informationer være med til at træffe beslutninger om egen behandling. Visionen er, at borgeren og dens pårørende aktivt skal inddrages gennem hele forløbet fra udredning, til behandling og tilbage til hverdagen. Det

skal både sikre en mere effektiv ressourceudnyttelse, forbedre kvaliteten og øge ligheden i det danske sundhedsvæsen (Regeringen 2013). Dermed ses det, at holdningen om ansvar for egen sundhed og aktivt deltagelse i sygdom er en politisk bred holdning, der uundgåeligt vil få betydning for patienternes sygdomshåndtering i mødet med systemet og deres personlige forståelse af ansvar for egen sygdom. Generelt findes denne diskurs om ansvar og selvstyring inden for alle områder af sundheds og sygdomspolitikken, men særligt udbredt er den inden for kronikerområdet.

Udgangspunktet for denne politisk faciliterede patientinddragelse bunder forventeligt i gode hensigter fra deres side om medinddragelse, omsorg og dialog med patienterne for at give dem et skræddersyet forløb, der passer bedst til netop deres sygdom og personlige præferencer. Ifølge Danske Regioner (2006) og tidligere forskning på området tyder meget på, at en engageret og involveret patient opnår bedre behandlingsresultater og kan forbedre helbredet, end en passiv patient. Det sker som resultat af en øget viden om den specifikke sygdom, hvordan den bedst håndteres og en selvstyrende adfærd i relation til både livsstilsadfærd og symptombehandling (Barlow et al. 2002, Rogers et al. 2005). Man ikke se sig fri for, at sundhedsvæsenet er et meget presset område rent økonomisk, hvor de stadigt stigende udgifter på området skaber offentlig debat og svære prioriteringer. Derfor vil der altid være økonomiske incitamenter inden for sundhedsvæsenet, der sigter mod at skabe mere behandling for færre midler. Idealerne om selvansvar, selvstyring og inddragelse af pårørende vil uundgåeligt også være et led i denne styring af sundhedsvæsenet, hvor hensigten er at give patienterne mere ansvar for at mindske omkostninger og dermed flytte ressourceudnyttelsen fra de ansatte til patienterne selv.

Danskernes opfattelse af ansvar for egen sundhed og sygdom

Diskursen om ansvar for egen sundhed, er dog ikke en der kun finder sted i sundhedsvæsenet. I hverdagen er der et massivt fokus på sundhed og herunder, hvordan den enkelte tilrettelægger sin livsstil for bedst muligt at holde sig i fysisk topform og psykisk velrustet til at imødekomme alle de potentielle farer, som samfundet byder én. Debatten om sundhed og sygdomsforebyggelse findes alle steder; fra underholdnings- og nyhedsmedier, til uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser. Der eksisterer her et utal af sundhedsbudskaber, hvor selvudnævnte eksperter alle kommer med deres personlige bud på, hvordan den enkelte kan optimere sit liv og blive den bedste udgave af sig selv, for at imødekomme disse

sundhedsproblematikker. Denne konstante strøm af informationer betyder, at individet fra flere sider i sit hverdagsliv får internaliseret budskabet om, at man skal tage ansvar for sin egen sundhed (Kivits 2004).

En undersøgelse udført af Statens Institut for Folkesundhed viser, hvor stor en andel af danskerne, som oplever at skulle tage ansvar for deres egen sundhed. Hele syv ud af ti mener, at deres personlige indsats for at bevare eller forbedre helbredet er særdeles vigtig, mens næsten ni ud af ti (87 %) desuden gør noget aktivt for dette i form af at spise sundt, være fysisk aktive eller holde kontakt til familie og venner. Der findes de senere år en stigning i andelen, der finder deres egen indsats særdeles vigtig og ligeledes en øget andel, der selv gør en indsats for at bevare eller forbedre helbredet. Det viser netop, at ideen om ansvar for egen sundhed er én, der vinder stadigt større indpas i befolkningens bevidsthed. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at andelen af disse personer stiger med uddannelsesniveaue og falder med alderen (Christensen 2012:12). Sidstnævnte kan være udtryk for, at unge socialiseres til denne holdning fra barnsben og i højere grad påvirkes af samfundets fokus på, hvordan den enkelte kan optimere sin livsstil bedst muligt.

Denne forståelse af ansvar for eget helbred viser sig også, hvis individet får en sygdom og bliver en del af behandlingssystemet. Tidligere forskning inden for feltet viser, hvordan især patienter med en kronisk sygdom oplever at skulle tage ansvar for deres behandlingssituation. Særligt inden for kroniske livstilssygdomme som diabetes hersker en diskurs om, at individets egen indsats kan forbedre eller holde sygdommen under kontrol. Det kommer i praksis til udtryk gennem livsstilsændringer og selvstyring i forbindelse med kost og motion, målinger af BMI, blodsukker og andre indikatorer på helbredstilstanden (Barlow 2002, Morden et al. 2002, Lawn et al. 2011, Andersen og Whyte 2014).

Således viser der sig bredt i samfundet og blandt befolkningen en forståelse af, at individet har et ansvar i forbindelse med generel sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse, men også ved sygdomshåndtering, særligt inden for kronikerområdet. Man kan dog forvente, at der vil være forskel på individernes oplevelse af deres egen rolle i forbindelse med sundhedsfremme i hverdagen og hvordan de oplever deres egen rolle i forhold til ansvar og kontrol, når de er en del af behandlingssystemet.

Social ulighed i sundhed

Individualisering og ansvarliggørelse af patienter er, som beskrevet ovenstående, en fortløbende udvikling gennem en årrække. I 2003 undersøgte Etisk Råd denne værdimæssige udvikling og kom frem til, at det overvejende er en fordel for de ressourcestærke patienter, hvor det at møde velforberedt og informeret op til konsultation eller behandling kan give ressourcerne til at stille krav til lægen og få det bedst mulige behandlingsforløb. Men med dette følger også risikoen for, at man i øget grad forventer en sådan adfærd fra patienterne og at de svagere i samfundet ikke får samme gode behandling eller kommer bagerst i køen (Det Ethiske Råd 2003:14). Denne pointe, beskrevet for mere end 10 år siden, er forventeligt mere aktuel nu end nogensinde, da tendenserne viser, at vi går mod stadig større selvansvar og aktiv deltagelse.

Denne større involvering i eget sygdoms- og behandlingsforløb lægger et øget pres på patienternes sundhedskompetencer, i forhold til at kunne forstå komplekse informationer og give udtryk for deres præferencer. Netop denne problemstilling undersøgte Smith et al. (2009) ud fra et socialt differentieringsperspektiv og resultaterne viste, at højtuddannede generelt havde bedre sundhedskompetencer og dermed evner til at forstå og omsætte informationer om deres sygdom, ligesom de har større kontrol over hverdagsituationer, end lavere uddannede. De højtuddannede viste ligeledes større engagement og ansvar, hvor de udfordrede lægens ord og uafhængigt søgte yderligere informationer om deres tilstand (Smith et al. 2009). I tillæg er det undersøgt, hvordan informationssøgning kan afspejle individets sociokulturelle informationskontekster og hvordan det skaber rammerne for at kunne tage ansvar for egen sundhed, som både bliver en del af hverdagen og individernes selvforståelse (Kivits 2004). Forskning på dette område viser generelt, at både socialklasse, ressourcer og personlige forhold har betydning i relation til individets selvstyring og opfattelse af personligt ansvar (Morden et al. 2012, Lawn og Pulvirenti 2011, Weaver et al. 2013, Scambler 2014). Eksempelvis undersøger Weaver et al. (2013) hvordan diabetespatienters økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer former deres sundhedskompetencer med særligt fokus på kostpraksis. Både sundhedskompetencer og dispositioner spiller en central rolle i denne forbindelse, mens de bredere sociale forhold ligeledes kan afføde særlige vaner og livsstil. Undersøgelsen viste, at jo højere socioøkonomisk gruppe respondenterne befandt sig i, des mere motiverede var de til at opretholde en sund kost og jo flere økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer havde de til at gøre det i praksis. Det er således centralt at forstå alle

tre typer af ressourcer for netop at kunne forbedre mulighederne for sundhedskompetencer og selvstyring inden for kronisk sygdom og sundhed (Weaver 2013).

Nogle patienter forventes dermed at påtage sig den aktive rolle positivt, så længe det personlige ansvar er understøttet af professionelles vejledning og støtte. De har orienteret sig i den nyeste viden inden for området og tager aktivt ansvar for håndteringen af deres sygdoms- og behandlingsforløb. Andre kan dog ikke leve op til disse forventninger, da de ikke har samme ressourcer og sundhedskompetencer. Konsekvenserne af dette kan være en øget social differentiering mellem de ressourcestærke- og svage patienter i det danske sundhedssystem. Det er en udvikling der har vist sig længe på sundhedsområdet i Danmark, hvor Sundhedsstyrelsen (2011) viser at den voksende ulighed i sundhed og dødelighed næsten er fordoblet gennem de sidste 20 år.

Specialets undersøgelse

Det øgede fokus på ansvarliggørelsen af individet i forbindelse med sundhed og sygdom er således en diskurs, der er etableret mange steder i samfundet; både i folkesundhedspolitikken, inden for sundhedsvæsenet og i hverdagslivet generelt. Der tales om, at den enkelte har et ansvar for have den rigtige og ansvarlige livsstil, ligesom at man selv skal gøre en aktiv indsats i forbindelse med behandling, hvis man bliver ramt af sygdom. Her er de kronisk syge i særlig grad underlagt denne diskurs og er derfor relevante at undersøge nærmere.

Forståelsen af personligt ansvar vil uundgåeligt etablere sig i individers bevidsthed, men hvordan individer forstår dette ansvar og aktiv deltagelse når de som patienter møder sundhedssystemet vil forventeligt være forskelligt, afhængigt af hvilke dispositioner og sociale determinanter de har og er underlagt. Med udgangspunkt i ovenstående viden og tidligere forskning findes det derfor relevant at undersøge nærmere, hvordan disse komplekse forhold har betydning for, hvordan patienten opfatter og håndterer dette ansvar.

Undersøgelsesspørgsmål

Hvordan oplever og håndterer diabetespatienter med forskellige ressourcer, at skulle leve op til værdierne om personligt ansvar og aktiv selvstyring i forhold til deres sygdom?

Operationalisering

Det følgende afsnit indeholder en operationalisering af undersøgelsesspørgsmålet, som dels vil vise, hvordan undersøgelsen udføres i praksis og dertil redegøre for nogle af undersøgelsens centrale begreber. I den forbindelse belyses specialets teoretiske og metodiske perspektiver.

Til at undersøge og udfolde specialets undersøgelsesspørgsmål tages der udgangspunkt i de teoretiske perspektiver fra Michel Foucault og Pierre Bourdieu. Da undersøgelsesspørgsmålet bygger på forudsætningen om, at det neoliberale samfunds værdier som selvstyring og ansvar er inkorporeret i patienternes bevidsthed, skaber Foucault det grundlæggende begrebsapparat til forståelsen af, hvad patienterne oplever og hvorfor det sker. I denne forbindelse bliver hans teorier om governmentality, selvstyring, selvteknologier, biopolitik og viden/magt essentielle. Disse begreber er alle en del af hans magtteori, der findes særligt velegnet i specialet, da målet ikke er at vise en direkte magtanvendelse over en særlig gruppe i samfundet, som tvinges til at handle på en bestemt måde. Derimod indfanger teorien den subtile magtpåvirkning, der er af individerne, når de påtager sig omverdenens normer og forventninger i deres bevidsthed og praksisser. Det der sigtes til at indfange, er magtens produktivitet, som opererer ved at gøre individet til, og især når individet gør sig selv til, et bestemt subjekt. Netop derved kan individets selvforhold gøres til genstand for styring (Mik-Meyer og Villadsen 2007:17).

Bourdieus teoretiske perspektiv anvendes til at belyse ressourceperspektivet, som undersøgelsen rummer. Hans teori om det sociale rum bliver her relevant, primært i forbindelse med kapitalbegreberne, men også habitus og felt vil indgå i analysen. Med dette begrebsapparat bliver det muligt at belyse, hvordan individer oplever og håndterer ansvaret og selvstyringen forskelligt, afhængigt af de kapitaler samt personlige erfaringer, de besidder.

Problemstillingen undersøges med udgangspunkt i semistrukturerede interviews med diabetikere i et undervisningsforløb på Sundhedscenter Aalborg. Der er foretaget enkeltinterviews med syv diabetikere, for at give en dybdegående forståelse af deres oplevelser af ansvar og selvstyring i forbindelse med diabetes. Interviewene er foretaget på baggrund af en interviewguide (se bilag 4), der har operationaliseret antagelserne på baggrund af problemfeltet og teorierne i nogle spørgsmål og emner. Der er ligeledes benyttet deltagende observation i informanternes undervisning, som indsamling af sekundær empiri til analysen. Dette vil dels bidrage til at se, hvilken viden og forståelse informanterne tilegner

sig om diabetes, primært i relation til livsstilsfaktorer og hverdagsliv. Derudover giver det en mulighed for at observere den relation, der er mellem diabetikerne og underviserne. Det er disse informationer, der samlet udgør det empiriske grundlag for analysen og besvarelsen af undersøgelsesspørgsmålet.

Diabetespatienter

Det følgende afsnit vil rumme en kort redegørelse for den kroniske sygdom diabetes og diabetespatienternes relevans for undersøgelsen. Det er centralt at have en forståelse af sygdommens karakter i relation til undersøgelsesspørgsmålet, da mange fund vil være direkte relateret til samfundets og sundhedsvæsenets opfattelse af sygdommens karakter og konsekvenser, samt muligheder for behandling og selvmonitorering.

Der er sket en stor stigning i forekomsten af diabetikere i Danmark de seneste år og sidst opgjort havde ca. 320.600 danskere diabetes, mens 200.000 skønnes endnu ikke at vide, at de har diabetes (Diabetesforeningen 2016). Det er dermed et patientgruppe, der har stor udbredelse i befolkningen og som er meget aktuel at inddrage i forskning, både i forhold til personlige og samfundsøkonomiske omkostninger.

Diabetes er en samlet betegnelse for sygdomme, der påvirker glukosestofskiftet. Normalt inddeles diabetespatienterne i type 1 og type 2, hvor førstnævnte ofte diagnosticeres som børn eller teenagere. Type 1 er insulinkrævende og forskere ved stadig ikke, hvad der udløser sygdommen. Type 2 diabetes rammer primært voksne og kan være arvelig, men udløses også af en usund livsstil. Denne type er ikke nødvendigvis insulinkrævende, men kan behandles med livsstilsændringer og piller, der enten øger insulinoptagelsen eller insulinproduktionen. Med tiden vil mange dog komme i behandling med insulin. Det er ca. 80 % af diabetespatienterne i Danmark, som rammes af diabetes type 2 (Diabetesforeningen 2016) og det er den, der sættes fokus på i specialet. Fremadrettet betegnes den blot som diabetes.

Begge diabetestyper kan medføre alvorlige skader i bl.a. nyre, hjerte, øjne og fødder, hvorfor der netop er stort fokus på behandling og uddannelse af denne gruppe. Jo dårligere sygdommen er reguleret, des større er risikoen for at få disse følgesygdomme. I den forbindelse er selvmonitorering central, da patienterne både skal have viden om og holde øje med kost, aktivitetsniveau, BMI samt måle bloksukker og bloktryk, som bliver stadigt mere almindeligt at gøre selv (Diabetesforeningen 2016). Her bliver individets indsats netop central, da der er så stort fokus på den enkeltes indsats i forbindelse med både forebyggelse

og håndtering af sygdommen. Diskursen omkring livsstil og adfærd er således stærk i relation til diabetes, både når det gælder individets pådragelse af sygdommen og efterfølgende håndtering. Netop derfor findes diabetespatienter relevante at fokusere på i undersøgelsen.

Det kan dog være svært at fastlægge i hvilken grad individet reelt kan gøres ansvarligt for sin sundhed og sygdomstilstand i forbindelse med diabetes. Forskning viser, at mange livsstilsrelaterede forhold, som kost og aktivitetsniveau har betydning for risikoen for at udvikle diabetes. Det er dog væsentligt at understrege at betydningsfulde faktorer uden for individets kontrol, som sociale strukturer, kultur og ressourcer, også har indflydelse på risikoen for at udvikle diabetes. Ligeledes er det vigtigt at være bevidst om, at individets gener kan gøre en mere eller mindre disponeret for udviklingen af sygdommen. Dermed er diabetes, modsat hvad der ofte høres i den offentlige debat, ikke kun et resultat af uhensigtsmæssig livsstil men et samspil mellem mange faktorer (Resnik 2014).

Det er ligeledes centralt at understrege, at sygdommen diabetes ikke i sig selv er undersøgelsens fokusområde, men et eksempel på en tendens i tiden, i forbindelse med patienters oplevelse og håndtering af neoliberale værdier og som er tydelige inden for denne patientgruppe. Undersøgelsens karakter og resultater vil uundgåeligt være præget af forhold særligt for sygdommen, men der forventes at være tendenser, som gør sig gældende på tværs af (især kroniske) sygdomsgrupper inden for det danske sundhedsvæsen.

Teoretisk orientering

I det følgende præsenteres specialets teoretiske perspektiver, der udgøres af henholdsvis Michel Foucault og Pierre Bourdieu. For begge teoretikere er det valgt kort at introducere den kontekst, der skaber rammerne for de udvalgte begreber, som primært benyttes i specialet og præciseres efterfølgende. I forlængelse heraf præsenteres Foucault og Bourdieus videnskabsteoretiske perspektiver. Løbende vil begrebernes anvendelse i specialet kort berøres, ligesom de teoretiske positioner relateres til hinanden.

Michel Foucault

Foucault er ikke en teoretiker i traditionel forstand men snarere en tænkner, der trækker på sociologi, filosofi, psykologi og historie. I mangel af bedre begreb vil han alligevel blive omtalt som teoretiker i specialet. En række arvtagere har videreudviklet Foucaults ideer, der ofte kan være både inkonsekvente og kringlede, hvorfor Mitchell Dean og Nikolas Roses fortolkninger af Foucault primært anvendes i specialet.

Specialets grundlæggende forståelse af relationen mellem samfundet, politik, diskurser og individets rolle heri, bunder i Foucaults perspektiver og forståelser. Begreberne han har udviklet i forbindelse med især governmentality teorierne er blevet tæt ved uomgængelige i diskussionerne om diskurser og magt, især når fokus rettes mod relationen mellem stat og individ, som i denne undersøgelse. I specialet bliver magten primært relevant i forbindelse med at forstå, hvordan de herskende værdier og diskurser etableres i individers selvforståelse og praksisser. Da det er udtryk for en meget avanceret og kompleks magt, findes Foucaults relationelle og produktive magtbegreb netop velegnet til at belyse dette forhold.

Til at skabe en grundlæggende forståelse af Foucaults magtperspektiver introduceres først governmentality begrebet og dernæst de begreber, der er centrale i forhold til specialets undersøgelse; selvstyring og selvteknologier, biopolitik og viden.

Governmentality

Begrebet governmentality blev introduceret af Foucault i 1970'erne i forbindelse med undersøgelser af politisk magt. Han betegner governmentality som *"an activity that undertakes to conduct individuals throughout their lives by placing them under the authority*

of a guide responsible for what they do and for what happens to them” (Foucault 1997, i Rose 2009:1). Governmentality er således en gennemgribende styring af individers adfærd og det fælles grundlag for alle former af politiske ideer og handling. Direkte oversat betyder governmentality en styringsmentalitet og begrebet henviser derfor både til de aktiviteter, teknikker og procedurer, der styrer individers adfærd, samt formålet bag. Det er på én og samme tid en meget specifik og kompleks magt, der over tid er dannet af en række institutioner, procedurer, analyser og taktikker (Rose 2009:6). Foucault udtaler i tillæg hertil *”I’d like to underline the fact that the state’s power (and that’s one of the reasons for its strength) is both an individualizing and totalizing form of power.”* (Foucault 1982:332). Komplexiteten i og styrken af statens styring af individerne understreges dermed i det faktum at den både individualiserer og tilpasser styringen men samtidig totaliserer og samler individerne under de samme politiske ideer og teknikker.

Foucault bruger i denne forbindelse conduct begrebet, der på den ene side henviser til at styre og samtidig kalkulation af, hvordan det skal foregå inden for et felt af muligheder. Udøvelsen af magt betegner Foucault som *”conduct of conducts”*, der henviser til at styre grupper (som udsatte, syge eller sjæle i sig selv) eller individers adfærd og muligheder. Styring henviser dermed til at strukturere feltet af mulige handlinger for andre. Et vigtigt element i denne forbindelse er friheden. Når individerne gives et rum af handlemuligheder oplever de frihed og det gør ligeledes denne magtform til en kompleks størrelse. Friheden er her forudsætningen for magten, hvorfor de to er uadskillelige. Magten er dybt forankret i de sociale relationer og ligger dermed ikke som en struktur henover samfundet. Der findes derfor ikke samfund uden magt (Foucault 1982:341-343). Foucaults magtbegreb er således en mangesidet magtform, hvor individer kan styre andres adfærd med nogle særlige mål for øje og stadig skabe en forståelse blandt de styrede af, at det er deres egne ønsker. Dette magtbegreb har flere styrker ved både at kunne håndtere det individuelle men samtidig gøre dette på et ensartet grundlag af politiske ideer og totaliserende teknikker. En af de mest spidsfindige sider af magten er dog når den muliggør individets styring af sig selv, som det følgende afsnit vil beskrive.

Selvstyring og selvteknologier

Når Foucault bruger conduct of conducts begrebet, som indebærer styring med bestemte mål for øje, muliggør det undersøgelser af individets styring af sig selv. Dermed henviser

styringsbegrebet også til selvstyring eller selvpraksisser, hvor individet både bliver den styrende og den styrede (Dean 2008:45-46). Individene begynder således at forstå og handle på sig selv via de såkaldte selvteknologier. Det er en betegnelse for de teknikker, der tilbydes individet, som gør det i stand til at optimere og handle på sig selv; sin krop, adfærd, tanker og sjæl, for at opnå sundhed, velvære og glæde. Gennem selvproblemativering, selvinspektion, selvmonitorering og bekendelser må individet evaluere sig selv gennem omverdenens kriterier og normer. Individet tilpasser sig så gennem selvreformation og teknikker, der tilbydes af eksperter på området. Her oplever individet ligeledes, at konstruktion af subjektet, den personlige etik og livet selv er et resultat af et frit valg (Rose 1999a:11).

Skabelsen af individets frihed er netop central for denne styring, hvor man kan holdes til ansvar for sit eget liv. Individet er nu forpligtiget til at være frit og påkrævet at styre sig selv ansvarligt. Samtidig skal man fortolke sit liv i relation til værdier og valg; de konsekvenser det har og begrundelsen for disse valg. Alle egenskaber skal opfattes gennem beslutninger og retfærdiggøres i henhold til motiver, forventninger og behov, som gøres forståelige for både individet selv og andre. Alt sammen med henblik på den unikke, men også universelle, søgen efter tilfredsstillelse og mening gennem konstruktionen af sit eget liv (Rose 1999a:231). Friheden er ikke en modsætning til styring, derimod er friheden, det personlige valg og selvansvar, en af de vigtigste strategier inden for det, Rose kalder avanceret liberal styring. På den måde kan individerne leve op til statens ambitioner for individerne uden blot at være lydige, men ved at berige og tilfredsstille sig selv (Rose 2009:10-12). Selvteknologierne er således de redskaber, som individet kan bruge til at skabe refleksioner, viden, styring og forbedring i forbindelse med særlige forhold af sig selv og livet.

En selvteknologi der i den forbindelse er blevet afgørende i den moderne stats styring er bekendelsen, der følger af det pastorale rationale, som eksisterer i governmentality ideerne. Foucault taler om pastoralmagten som en måde, hvorpå præsterne i kristendommen kunne guide andre gennem deres virke. Den moderne pastorale magt handler ikke, som tidligere, om at skabe frelse i det næste liv, men derimod i dette liv. Her kan frelse både være sundhed, velvære, sikkerhed og meget andet. Det har nu bredt sig til alle dele i samfundet og er integreret i mange institutioner (Foucault 1982:333-335). Pastoralmagten er en styring, der drager omsorg for individet, såfremt det går til bekendelse og blotter sine indre hemmeligheder. Styringen har dermed fokus på individets sjælelige udvikling på vejen til frelse. Foucault beskriver nærmere, hvordan bekendelsen har udviklet sig til at være en vedkendelse af egne tanker eller handlinger og nu findes over alt i samfundet:

”Vi er blevet et i høj grad bekendende samfund. (...) Man bekender sine forbrydelser og sine synder, man bekender sine tanker og sine begær, man bekender sin fortid og sine drømme, man bekender sin barndom, man bekender sine sygdomme og elendigheder; man bestræber sig på med størst mulig nøjagtighed at sige det, der falder vanskeligst at sige” (Foucault 2002:66).

Bekendelsen er dermed dybt forankret i samfundet og ifølge Foucault har det indskrevet sig i kernen af magtens individualiserende procedurer. Som et led heri er *”bekendelsen et diskursens ritual, hvori det talende subjekt er det samme som udsagnets subjekt”* (Foucault 2002:66, 69). Individet etablerer derved en selvforståelse, som det gennem talen deler med andre. Foucault mener, at der er en almen forestilling om frigørelse gennem disse sandheder, men i praksis bliver bekendelsen endnu en selvteknologi, som individet kan bruge til at styre sig selv med (Foucault 2002:68). Ved at skabe sandheder om sig selv, som individet kan holdes op på, vil det blive fastholdt på sine bekendelser og dermed fremme en styring og udvikling af selvet. Individet indtager således et refleksivt forhold til sig selv, sine tanker og selvstyring. Her er det frie individ igen centralt, som aktivt træffer valg om, hvilke principper, der skal gælde for dets selvstyring (Villadsen 2013:354).

Om selvteknologier finder Rose ligeledes, at tankeformer eller diskurser bliver styrende i den udstrækning at de bliver tekniske. Teknologier opfattes normalt som små mekaniske ting eller stykker af viden, der medfører nogle praktiske resultater. Men teknologierne kræver også en særlig indretning af livet. Informationsteknologier som computere, mobiltelefoner eller programmer, kræver både tilstrækkelige mentale teknikker, viden, evner, dispositioner og selvteknikker. Styringsteknologierne indeholder en bestræbelse på at styre adfærd, for at skabe bestemte forhold og resultater ved individerne, mens andre vil undgås. Det medfører ikke en reduktion af individets frihed eller autonomi, tværtimod understøtter det individets selvforståelse med begreber som vilje, handling, frihed, kreativitet og selvrealisering (Rose 2003:186-187).

I specialet står selvstyringen og bekendelsen som centrale begreber, der skal belyse, hvordan informanterne påtager sig en bevidsthed og konkrete praksisser, i håndteringen af diabetes, som understøttes af statens diskurser og værdier. Det indebærer særligt den selvtalesættelse, selvproblematisering og selvmonitorering, som patienterne undergår for at kunne opnå en ansvarlig selvstyring. Selvteknologierne bliver relevante, da de gør det muligt at undersøge hvilke procedurer og redskaber, som informanterne benytter til denne selvoptimering.

Biopolitik som ethopolitik

Begrebet biopolitik (eller biomagt, som Foucault ikke skelner klart imellem) betyder grundlæggende ”den politik, der beskæftiger sig med livet” (Lemke 2009:8). Begrebet introduceres af Foucault til at italesætte, hvordan politik nu omhandler indgående administration af individers levemåder i relation til uddannelse, arbejde, boligforhold og ikke mindst sundhed. Den moderne politiske magt bliver i stadig højere grad til biomagt og sigter nu mod at regere individer og grupper via korrigerende, optimerende, normaliserende og disciplinerende foranstaltninger (Lemke 2009:12, 50). Foucault udtaler at biomagten ”karakteriserer en magt, hvis vigtigste funktion fremover ikke er at udslukke, men fuldstændig at gennemtrænge livet” (Foucault 1978:144).

Biomagten er således en integreret del af den politiske styring, der sigter mod at kontrollere individuel adfærd med henblik på at sikre alle det bedste (Rose 1999b:23). Politikerne har, i tæt samarbejde med sundhedsvidenskaberne, påtaget sig forpligtelsen at håndtere fundamentale processer i individets liv; som reproduktion, sundhed, sygdom og død. Biomedicinen er i denne forbindelse blevet tæt forbundet med fremherskende selvteknologier, teknikker, eksperter og apparater, der skal bidrage til administrationen og behandlingen af alles liv (Rose 2001:1-2). Med dette argumenterer Rose, at biopolitikken i dagens liberale samfund er blevet til en etopolitik, der beskrives som; ”the politics of life itself and how it should be lived” (Rose 2001:18). Etopolitikken belyser, hvordan moral, følelser og styrende overbevisninger fra bestemte personer, grupper eller institutioner leverer redskaberne til individets selvstyring. Det bliver nu selve livet, som det udleveres i dagligdagen, der er til genstand for bedømmelse. Biopolitikken er med etopolitikken ikke forsvundet og staten har stadig nationale folkesundhedsprogrammer, der gennem bl.a. vaccinationsprogrammer og kostråd skal sikre de almene betingelser for befolkningens sundhed. Det ses dog, at staten i dag ikke længere forventes at påtage sig ansvaret for individets sundhed og Rose forklarer at ”Every citizen must now become an active partner in the drive for health, accepting their responsibility for securing their own well-being” (Rose 2001:6). Dermed har den enkelte nu fået et personligt ansvar og skal være aktivt deltagende for at sikre sit helbred bedst muligt.

Ifølge Rose er der i det neoliberale samfund skabt nye sammenfletninger mellem de politiske indsatser for at skabe en sund befolkning og individuelle bestræbelser for sundhed. Dette sikres nu gennem en instrumentalisering af angsten og ved at forme individernes håb og frygt for fremtiden. Sundhed handler således ikke længere kun om at undgå sygdom eller for tidlig

død, men omfatter ligeledes overordnet optimering af kroppen i forbindelse med succes, glæde, skønhed mv. Selvet er i den forbindelse blevet stadigt mere somatisk, hvor kroppen bliver anset for værende særdeles væsentlig i arbejdet med selvet. Individet formes gennem det man spiser, drikker, klæder sig i, udøver af motion mv. Rose har betegnet dette 'somatisk individualitet' når det kropslige integreres i selvet. Etopolitikken er derfor tæt knyttet til selvteknikkerne, som individet kan bruge, for at dømme sig selv og handle ud fra, for konstant at blive en bedre udgave af sig selv. Dermed er det nu de somatiske individer selv, der bliver nøgleaktører i at skabe et selv ud fra normerne om at være initiativrig, selvrealiserende og ansvarlig (Rose 2001:17-18).

Begreberne biopolitik og etopolitik er relevante til at rammesætte den styring, der har betydning for sammenfletningerne mellem de politiske mål samt informanternes egne ønsker og oplevelse af at skulle tage ansvar for egen sundhed. Den somatiske individforståelse er dertil væsentlig for undersøgelsen til at belyse, hvordan informanternes optimering af kroppen bliver tæt knyttet med deres selvforståelse, hvor diabetes således får mere vidtrækkende følger end blot praktisk tilrettelæggelse af livsstilen.

Magt og viden

En væsentlig del af Foucaults arbejde med styring ligger i identificeringen af de diskurser eller politiske rationaliteter, der er socialt og historisk konstruerede og begrundet af sammenhængende tankesystemer (Rose 2003:184-185). En af disse, Rose henviser til, er neoliberalismen, hvis tanker eksisterer inden for en række praksisser, herunder det offentlige sundhedssystem, som beskrevet i problemfeltet. Dette speciale sigter ikke mod at identificere særlige politiske diskurser eller konstruktionen af disse, men i undersøgelsen af individernes internalisering af diskurser i deres selvbevidsthed og selvstyring vil diskurser, magt og viden være uomgængeligt. Derfor vil jeg kort redegøre for sammenhængen mellem disse og hvilken relevans det har for undersøgelsen. Dette afsnit har ligeledes en tæt forbindelse til Foucaults videnskabsteoretiske perspektiver, der uddybes nedenstående.

Det er diskurserne, som grundlæggende gør det muligt styre individer, ved at italesætte verden på en bestemt måde gennem særlige vidensformer og sandhedsregimer. Det betyder, at bestemte forhold anskues som værende viden på bestemte tidspunkter, hvilket giver begreber, kategorier, klassifikationer, relationer og identiteter en særlig betydning. Det væsentlige er her, hvad disse konstruktioner muliggør og afføder for samfund og individer.

For at styre legalt, må man styre individerne og de samfundsmæssige forhold i lyset af *viden* om disse (Rose 2003:185-186). Det viser netop det tætte forhold, som Foucault understreger, at der findes mellem viden og magt. Når politikerne med støtte fra eksperter inden for området eksempelvis italesætter livsstil som værende individets personlige valg, bliver dette budskab til en gældende sandhed i samfundet, på trods af, at undersøgelser viser at forholdet mellem individ, livsstil og helbred er mere komplekst.

Styring handler ikke kun om at påvirke andre inden for en allerede defineret og naturlig verden, men tværtimod om at skabe nye erfaringer og relationer i verden. Ligeledes handler styring om at skabe nye regeringsområder som individer, klasser og samfund, mens det attraktive, frygtindgydende og frastødende fordeles. Alt dette muliggør ny erfaring for individerne og skaber forhold, hvorudfra den faktiske verden konstrueres (Rose 1999b:31-32). Disse nye erfaringer, der konstrueres under liberal politik, skabes ofte på baggrund af viden inden for socialvidenskaberne, herunder områder som medicin, psykologi og økonomi. Dette ligger dog så internaliseret i individet som en sandhed, at der sjældent stilles spørgsmål ved denne vidensproduktion. Det understreger netop, hvordan tænkningen i forbindelse med styring er noget vi kollektivt tager som en selvfølgelighed og normalt ikke stiller spørgsmål ved (Dean 2008:51-52).

Staten styrer ikke kun individernes liv gennem forskellige institutioner og procedurer, der vedrører befolkningens sundhed eller sygdom. Den har som bekendt udvidet omfanget af anvendte teknikker og indtrængen i individers liv. Det sker gennem komplekse strategier, der bl.a. udnytter og opfordrer til brugen af den nyeste viden inden for økonomi, sundhed og moral, som kan kobles til allerede eksisterende styringsområder. Men denne kobling mellem politik og styringsaktiviteter er ofte skrøbelig, modsatrettet og afhænger af en række relativt autonome personers viden og tekniske muligheder (Rose 1999b:18). At tage vare på sig selv kræver netop viden som et grundlag for selvstyringen og selvpraktikkerne vil derfor i høj grad være styret af, hvad der på tidspunktet gælder som sand viden.

Ovenstående er relevant til at belyse, hvordan bestemte opfattelser af individ og samfund kan gøre sig gældende som en kollektiv sandhed, der internaliseres i individers bevidsthed. Dertil er det relevant i forbindelse med den magtrelation, der er mellem informanter og underviser, når viden om sygdommen og patienten selv bliver en indvirkende faktor. Viden bliver dertil en afgørende faktor i informanternes grundlag for selvstyringen.

Pierre Bourdieu

Bourdieu's teorier om det sociale giver nogle begreber og redskaber, der gør det muligt at analysere og diskutere komplekse sociale problemstillinger. Hans teorier om den sociale inddeling af individer² betragtes som velegnede til at indfange de kompleksiteter, der viser sig i relationerne mellem individer og deres position i samfundet. I den forbindelse giver han mulighed for at undersøge, hvordan individer indgår i sociale relationer, hvorfor de handler som de gør og hvordan nogle værdier og praksisser etableres som naturlige frem for andre.

I følgende præsentation af Bourdieus teori vil jeg først introducere det sociale rum, som udgangspunktet for forståelsen af, hvordan det sociale er konstrueret. Herefter følger en nærmere uddybelse af de centrale begreber i denne forbindelse; habitus, felt og kapitaler. Sidst inddrages nogle bemærkninger om Bourdieus anskuelse af staten og magt.

Det sociale rum

Bourdieu forstår grundlæggende individet som socialt. Individet kan ikke forstås isoleret, da man ikke kan tænke eller handle uafhængigt af den sociale kontekst man er formet af. I denne forbindelse bruger Bourdieu begrebet *socialt rum* til at beskrive, hvordan samfundet udgøres af sociale strukturer, der er skabt af individerne og deres position overfor hinanden.

Det sociale rum tager således udgangspunkt i Bourdieus forståelse af virkeligheden som relationel og udgøres af de individer, grupperinger og institutioner, der indtager forskellige positioner overfor hinanden i rummet. Rummet skal ikke forstås som fysisk, men snarere som et socialt eller mentalt rum af afstande, hvor individerne på baggrund af deres egenskaber placeres tættere på hinanden, jo mere de har til fælles (Bourdieu 1994a:56, 1994b:21).

Placeringen i det sociale rum foretages på baggrund af fordelingen af kapitaler, både i forhold til den samlede mængde kapital og fordelingen af de respektive kapitalformer. Dermed er positionerne ikke frit tilgængelige og relationerne ikke ligeværdige.

Til dette system af afstande findes et tilsvarende system af afstande i individernes egenskaber, praksisser og værdier. Ligeledes findes der til hver klasse af positioner nogle smagspræferencer og en habitus, der er produktet af den sociale position eller dennes betingelser. Når individerne i en bestemt social position oplever at have en række fælles

² Bourdieu bruger i sin teori begrebet *agent* om individet, her fastholdes individbegrebet dog gennem specialet.

ressourcer og egenskaber vil det således skabe en tilbøjelighed til at have samme livsstil (Bourdieu 1994b:21-23). Individets position i det sociale rum vil nødvendigvis forme dets blik eller forståelse af verden. Det er således strukturerne, der konstruerer individernes forståelse af, hvad der opfattes som rigtigt og naturligt. Dispositionerne i forbindelse med opfattelsen af omverdenen er ikke ens for alle, men tilpasses den sociale position. Dermed vil alle opfatte verden som naturlig, uanset positionen i det sociale rum (Bourdieu 1994a:60).

Det sociale rum giver således en grundlæggende forståelse af, hvordan informanterne er positioneret i relation til hinanden i ud fra deres kapitaler og egenskaber. Denne positions sociale betingelser vil således have betydning for deres værdier og praksisser i relation til håndteringen af diabetes. De nærmere mekanismer, der indgår i det sociale rum og individernes indoptagelse af dettes strukturer beskrives i det følgende.

Habitus som individuel og klassefænomen

Ifølge Bourdieu besidder alle individer en habitus, der er nogle systemer for opfattelse, vurdering og handling, som er indlejret i kroppen gennem tidligere erfaring og socialisering. Den er grundlæggende et produkt af inkorporeringen af omverdenens strukturer og tendenser i individet selv (Bourdieu 1999:144-145). Bourdieu beskriver habitus som værende: ”*et system af opfattelses- og vurderings-modeller, som kognitive og evalueringsmæssige strukturer, der er opnået gennem en langvarig erfaring med en social position.*” (Bourdieu 1994a:60). Habitus er dermed nogle strukturer i individet, der indeholder dets grundlæggende værdier og ligger til grund for valg og handlinger. Habitus konstrueres i den position, individet indtager i det sociale rum og udtrykker dennes praktikker og repræsentationer. Disse vil ofte være objektivt differentierede og tilgængelige for klassifikation i den forstand, at særlige holdninger eller en bestemt (af)smag for noget vil henvise til de sociale vilkår, der producerer dem (Bourdieu 1994a:60-61). En af habitusbegrebets funktioner er at forklare, hvordan en ensartet livsstil ved et individ eller en gruppe kan udgøre et sammenhængende system. Habitus er således et samlende fænomen, der omsætter indre og relationelle karakteristika, samt værdier og praksisser, til en samlet livsstil inden for en social position (Bourdieu 1994b:23-24).

Klassehabitusen viser sig som et subjektivt, men ikke individuelt system af internaliserede strukturer og fælles opfattelses- og handlingsskemaer, der udgør grundlaget for alle forståelser. Individernes personlige dispositionssystemer er en strukturel udgave af disse,

hvori man finder det unikke for individets position og livshistorie. Forskellene mellem de individuelle habituser ligger dermed i individets sociale livsbane. Habitus anvender altid strukturerne, som er skabt af de tidligere erfaringer, til at strukturere nye erfaringer. De oprindelige erfaringer er vigtige, da der er en tendens til fortsat at sikre habitusens væren og forsvaret mod forandring, ved at selektere i nye informationer og forkaste dem, der kunne udfordre den eksisterende akkumulerede information (Bourdieu 2007:102-103).

Habitus er dermed et fænomen, der både styrer individets personlige virkelighedsforståelse, værdier og praksisser, men indfanger også de sammenhængende systemer mellem individerne i en klasse som danner en livsstil og fælles måder at anskue verden på. Dette fænomen bliver centralt i analysen, i forbindelse med at forklare, hvorfor nogle individers dispositioner for værdier og handlinger vil ligne hinanden mere end andres.

Kapitaler

Bourdieu bruger kapitalbegrebet til at beskrive de ressourcer eller kapaciteter, som positionerer individer eller grupper i det sociale rum. Han arbejder grundlæggende med de tre kapitalformer; økonomisk, kulturel og social kapital, som beskrives i det følgende.

Kort beskrevet er den økonomiske kapital den simpleste kapitalform, der helt enkelt kan opgøres i formue, indkomst og ejerskab (Esmark 2006:91). I en kvalitativ undersøgelse kan det være svært at opgøre sådanne aktiver, grundet praktiske forhold og det, at det for mange er et meget personligt anliggende at tale om indkomstforhold. Denne kapitalform bruges derfor i specialets undersøgelse til at give et billede af, om informanterne oplever det udfordrende at få råd til sund mad, medicin og de andre diabetesrelaterede udgifter.

Den kulturelle kapital er mere kompleks og kan inddeles i de tre former; institutionaliseret kulturel kapital, objektiveret kulturel kapital og kropsliggjort kulturel kapital. Det er kun førstnævnte, der benyttes i specialet, grundet undersøgelsens muligheder. Den henviser til officielt anerkendte akademiske grader eller eksamensbeviser og gør det nemt at sammenligne individers mængde af denne kulturelle kapital. Bourdieu fandt i sine undersøgelser, at uddannelsesniveaut er en retvisende indikator på andre aspekter af den kulturelle kapital, som smagspræferencer og viden, selvom det naturligvis ikke kan indfange alle forhold, som individernes sociale baggrund (Esmark 2006:89-92). Derfor bliver uddannelsesniveaut en af de primære retningsvisere i specialet for, hvilken position informanterne indtager i det sociale rum.

Social kapital udgøres grundlæggende af de netværk og relationer, som individet har, i form af familie, venner, kolleger og andre forbindelser, man har adgang til og kan trække på. Det at kende de rigtige personer kan være værdifuldt i forbindelse med at opnå bestemte forhold, som de har adgang til, eller ved at modtage støtte i svære situationer (Esmark 2006:92-94). Derfor spørges der i undersøgelsen ind til informanternes netværk og sociale relationer, til at give et billede af hvilke og hvor stærke ressourcer det giver dem i håndteringen af diabetes. Det er i forlængelse heraf valgt at inddrage begrebet *kropslig kapital*, der benyttes af Larsen (2010) til at beskrive, hvordan kroppen bliver en investering i forhold til sundhed og udseende, som i dag er betydningsfulde værdier, der kan veksles til andre kapitalformer. Investeringen i kroppen er en kontinuerlig proces, der eksempelvis kan optimere og fremme muligheden for at få et job, en kæreste eller hjælp i det offentlige sundhedsvæsen (Larsen 2010:65). Den kropslige kapital benyttes i specialet til at belyse, hvordan diabetikerne har forskellige forudsætninger for at tage ansvar for deres sygdom, på baggrund af kroppens formåen. Dertil vil en del af den aktive sygdomshåndtering også bestå i at investere i kroppen, for at fremme sundhed.

Det er disse kapitalbegreber, der udgør den grundlæggende forståelse for dels, hvilke ressourcer individerne i undersøgelsen har at trække på i håndteringen af diabetes. Dertil anvendes kapitalbegreberne som et differentieringsredskab, der kan være med til at bestemme, hvor i det sociale rum individerne befinder sig i forhold til hinanden.

Felter

Det sociale rum er i samspil med kapitalerne skabt af en række uddifferentierede felter, der er relativt autonome, dynamiske og som har deres egne værdier og regler (Sestoft 2006:158). Felterne giver individerne et rum at orientere sig i og definerer et univers af referencer, holdepunkter og problemer, man som individ må kunne navigere i for at være en del af feltet. Felterne skaber også rum af muligheder og fungerer som et fælles koordinatsystem, hvor alle er placeret overfor hinanden, selvom man ikke nødvendigvis forholder sig til hinanden (Bourdieu 1994b:57-58). For at være en del af feltet indebærer det, at man udøver og er underkastet en feltvirkning. Det indebærer, at man bevidst eller ubevidst forholder sig til feltets struktur og dermed er underlagt dets påvirkninger (Sestoft 2006:167).

Individerne indgår dermed i nogle mindre felter, som indeholder værdier og regler, der kan have betydning for individernes oplevelse og praksisser i håndteringen af diabetes. Felterne

er relevante i forbindelse med at identificere hvilke referencer, holdepunkter og problemer, der er i det fælles rum individerne har på diabetesholdet. Men også hvordan deres deltagelse i andre felter kan skabe nogle konflikter mellem de felternes værdier og praksisser.

Stat og magt

Selvom specialets magtforståelse primært tager udgangspunkt i Foucault, findes det alligevel relevant at knytte et par ord til Bourdieus forståelse af staten og den magt, der udfoldes her. I ovenstående beskrivelse af det sociale rum, habitus, felter og kapitaler ligger der implicit mange dimensioner af magt når individerne eksempelvis positionerer sig gennem forskellige kapitalformer og indoptager særlige synspunkter som rigtige og naturlige.

Ifølge Bourdieu har staten monopol på den legitime brug af både fysisk vold, men også den symbolske vold, som fokus er på her. Den findes både objektivt i specifikke strukturer og mekanismer i samfundet, men samtidig optræder den subjektivt i form af mentale strukturer i individernes bevidsthed, der styrer, hvordan verden skal forstås (Bourdieu 1994b:104). Staten bidrager dermed i høj grad til (re)produktionen af de redskaber, som anvendes i konstruktionen af den sociale verden. Gennem strukturer og regulerende instanser udøver staten en social påvirkning, der skaber vedvarende dispositioner i individerne. Det sker både gennem kropslige og mentale krav, der pålægges alle. Dertil har staten magten til at definere alle fundamentale klassifikationsprincipper efter køn, arbejdsmarkedstilknytning, kompetencer mv. Derigennem skabes nogle fælles opfattelsesformer og -kategorier, samt sociale rammer for individernes opfattelse af verden. Således skaber staten præmisserne for en umiddelbar organisering af habitus, hvor ovennævnte strukturer og kategoriseringer indlejres og optræder som naturlige i individet (Bourdieu 1994b:124-125).

På mange måder bruger Foucault og Bourdieu forskellige begrebsapparater til at beskrive samme fænomen; hvordan de dominerendes værdier og mål bliver en del af individernes bevidsthed og kommer til at styre deres selvforståelse, værdier og handlinger. Ligeledes er der enighed blandt teoretikerne om, at staten er med til at konstruere den sociale verden gennem diskurserne eller definitionerne af kategorier, relationer og individer.

Videnskabsteori

Foucault og Bourdieus teorier, herunder forståelsen af forholdet mellem samfund og individ, er tæt forbundet med deres forståelser af virkelighedens karakter; ontologi, samt hvad viden er og hvordan det opnås; epistemologi. Når jeg i specialet benytter deres perspektiver på problemstillingen vil jeg i en vis udstrækning også påtage mig disse virkelighedsforståelser. Derfor vil jeg i det følgende redegøre for henholdsvis Foucault og Bourdieus videnskabsteoretiske positioner, sammenligne dem og relatere dem til specialets antagelser om virkeligheden og mulighed for at opnå sand viden.

Foucault og poststrukturalismen

Sædvanligvis taler strukturalister og især poststrukturalister ikke om videnskabsteori, da det store fokus på spørgsmålene om erkendelse og sandhed i sig selv skaber en bestemt måde at forstå verden på. Det begrænser forskningen og den åbne tilgang til feltet, som Foucault efterstræbte. Denne modstand hænger grundlæggende sammen med forståelsen af viden, den videnskabelige orden og sandhed, som værende konstruerede fænomener. Når det er sagt har Foucault og poststrukturalister alligevel meget at sige om videnskab og sandhed, som der i det følgende vil blive gennemgået (Wæver 2012:289-290).

Poststrukturalismen er kort fortalt en videreudvikling af strukturalismen, der er bedst kendt i relation til antropologen Claude Lévi-Strauss og lingvisten Ferdinand de Saussure.

Strukturalismen er en filosofisk og teoretisk retning, der undersøger, hvordan betydning der styrer sprog og adfærd, formes i systemer uden for individets kontrol. Det primære i denne forbindelse er at afkode de mønstre, der er i sproget og idéen der ligger bagved ordene (Wæver 2012:291,301-303). Her vil jeg dog ikke nærmere berøre strukturalismen, men blot gøre opmærksom på det erkendelsesteoretiske ophav, som Foucault og poststrukturalismen er rundet af og som fokus rettes mod nu.

Poststrukturalister arbejder grundlæggende med ideen om, at forskning må rettes mod de steder, hvor henholdsvis subjekter og objekter antager form og betydning; altså der hvor virkeligheden konstrueres. Foucault placerer sig i overensstemmelse med denne tradition netop mellem subjekt og objekt, når han undersøger den sociale og historiske opståen af de kategorier og objekter, der tages for givet. Han viser, hvordan subjekter, som eksempelvis individ eller videnskab, og objekter, som samfund eller sygdom, får deres betydning ved at indgå i sociale systemer med andre begreber og således er medvirkende til at forme den

sociale verden. Hvor subjekterne skabes gennem definitioner og distinktioner, er objekterne snarere begreber med særlige forudsætninger eller historie. For Foucault er det centrale at finde det, der muliggør de to og hvilke processer og opfattelser de selv muliggør, i stedet for at opnå en sand viden om essensen heraf (Wæver 2012:296, 306). Dermed anerkender poststrukturalister ikke en objektiv videnskab, der kan producere sandheder om verden. Tværtimod er virkeligheden og sandheder både relationelle og konstrueret ud fra sociale og historiske begivenheder.

Forståelsen af viden, magt og konstruktionen af subjekter og objekter udgør grundlaget for den epistemologi, som specialet arbejder under og som forklarer, hvordan viden kan opnås (Hviid Jacobsen et al. 2012:21). Undersøgelsen skabes ud fra den grundlæggende idé, at virkeligheden og den viden der findes, ikke har nogen iboende essens, men derimod er socialt og historisk konstrueret gennem de til tider herskende diskurser og forståelser af verden. Der kan ikke således ikke tilegnes en endegyldig sandhed om subjekter og objekters væren, da ”sandheden” netop afhænger af de relationer og kontekster den indgår i. I forlængelse heraf ligger også den poststrukturalistiske ontologi, der indeholder den grundlæggende forståelse af virkelighedens karakter. Det indebærer reelt en ontologisk mangel, da virkeligheden i sig selv ikke har nogen entydig essens, men er ligesom alt andet, underlagt det historiske, sociale og de til tider gældende diskurser (Stormhøj 2006:66). Det er således Foucaults videnskabsteoretiske perspektiv, der danner grundlaget for forståelsen af virkelighedens væren. Men Bourdieus videnskabsteori ligger på mange måder i tråd med denne, som det vil blive belyst i det følgende.

Bourdieu og konstruktivistisk strukturalisme

Bourdieu er mere klar i mæglet når det gælder hans videnskabsteoretiske anskuelse af verden. Han beskriver sin egen videnskabsteoretiske position som *konstruktivistisk strukturalisme* eller *strukturalistisk konstruktivisme*, hvor han dog understreger, at strukturalistbegrebet skal forstås anderledes end i de Saussures eller Lévi-Strauss’ tradition. Med strukturalismen menes i stedet, at der i den sociale verden og ikke blot i symbolske systemer som sproget mv., eksisterer objektive strukturer, uafhængigt af individernes bevidsthed og ønsker, som kan forme deres handlinger eller repræsentationer. Med konstruktivismebegrebet mener Bourdieu, at der opstår noget socialt, som beskrevet ovenstående. Dels de opfattelses-, tænke- og handlemønstre, der udgør habitus og dertil de sociale strukturerer, herunder felter og

grupper eller sociale klasser (Bourdieu 1994a:52). Ofte arbejder sociologien mellem to umiddelbart modstridende perspektiver; subjektivismen og objektivismen. Men ifølge Bourdieu er en af de vigtigste opgaver i sociologien at overskride denne modsætning, der enten fremhæver strukturerne uden blik for de subjektive repræsentationer og agens heri eller omvendt. For ham er det strukturerne, der danner grundlaget for individernes holdninger og interaktioner, men det er netop de daglige interaktioner og kampe heri, der former strukturerne. Dermed står det objektive og subjektive i et dialektisk forhold, som er gensidigt konstituerende (Bourdieu 1994a:54-55). Bourdieu mener således, i overensstemmelse med Foucault, at den sociale verden er både historisk og socialt konstrueret. De sociale strukturer, der fordeler kapitaler og positioner i det sociale rum er konstruerede i den henseende, at de er produktet af nogle kampe mellem individer. Det gør sig ligeledes gældende for de mentale strukturer og måderne som vi klassificerer omverden på, der som beskrevet er et produkt af de sociale strukturer (Prieur og Sestoft 2006:216).

Specialets placering

Foucault og Bourdieu anser således begge den sociale verden som socialt konstrueret, hvormed de grundlæggende er enige om den sociale verdens karakter. Både den konstruktivistiske strukturalisme og poststrukturalismen anses også for at være dele af socialkonstruktivismen, der på et kontinuum netop forstår verden som mere eller mindre skabt af sociale praksisser og kontekster (Wæver 2012:298). Men da deres teoretiske arbejde med forholdet mellem individ og samfund ligger forskellige steder, har de ligeledes rettet deres videnskabsteoretiske fokusområder forskellige steder. Hvor Foucault har fokus på især diskursernes konstruktion af virkelighedens væren og individets subjektiveringsprocesser, har Bourdieu mere fokus på strukturernes indflydelse på individernes forskelligartede praksisser og forståelser. Derfor giver det også anledning til, at Foucault har mere fokus på virkelighedens manglende essens, mens netop det strukturelle og relationelle er vigtigt for Bourdieu.

Disse perspektiver mener jeg kan supplere hinanden fint i undersøgelsen. Foucault lægger vægt på forholdet mellem objekter og subjekter, viden og magt mv. i forbindelse med informanternes konstruktion af virkeligheden. Her findes det, hvordan den forståelse og håndtering informanterne får af sig selv som diabetikere, skabes i relation til både diskurser, teknologier og andre individer. Bourdieu lægger i større grad fokus på relationerne mellem

individer og deres placering i det sociale rum. Herunder hvilke kapitaler, dispositioner og præferencer de har, som vil få betydning for håndteringen af ansvaret for diabetes. Jeg lægger mig i specialet derfor op ad begge teoretikere når virkeligheden ikke anses som havende nogen fast essens, men nærmere er socialt konstrueret gennem de subjekter, objekter, diskurser, relationer og strukturer der gør sig gældende.

Metodeovervejelser

I det følgende afsnit præsenteres specialets metodiske overvejelser. Det vil indeholde betragtninger om forskningsdesign, interviewet som metode samt deltagende observation, der skaber det empiriske grundlag for analysen. Herunder inddrages refleksioner om adgang til feltet, etik og transskribering. Afslutningsvist diskuteres specialets metodiske kvalitet, herunder validitet og reliabilitet.

Empiri

Caseundersøgelse som forskningsdesign

I det følgende beskrives specialets forskningsdesign; caseundersøgelsen, der er afgørende for, hvordan undersøgelsesspørgsmålet besvares. Ifølge Robert Yin er casestudiet karakteriseret ved at være en empirisk undersøgelse, der dybdegående undersøger et aktuelt fænomen, som er casen, i relation til dets sociale kontekst (Yin 2014:16). I indeværende undersøgelse er casen den indoptagelse af omverdens værdier, som diabetespatienter praktiserer. Gennem undersøgelsesspørgsmålet kommer det nærmere til udtryk gennem diabetikernes oplevelse og håndtering af værdierne om personligt ansvar og aktiv deltagelse i forhold til deres diabetes. Som vist i problemfeltet er det i høj grad et aktuelt fænomen, der har etableret sig i både hverdagslivet, medierne og på den politiske scene. Det er et fænomen, der grundlæggende ikke kan adskilles fra dets sociale kontekst, da individets internalisering af samfundets værdier selvsagt er socialt.

Caseundersøgelsen vil ofte være baseret på foreliggende teorier, der er med til at forme dataindsamlingen og analysen (Yin 2014:17). Her anvendes Foucault og Bourdieus teorier som bekendt. Da undersøgelsens problemstilling og besvarelsen heraf, bunder i disse teoretiske perspektiver, gøres der traditionelt set brug af den deduktive metodetilgang. Dog lægger jeg mig op ad Derek Layder, der mener, at sociologisk forskning altid vil indeholde en blanding af induktiv og deduktiv forskning, da man uundgåeligt vil have nogle forhåndsantagelser om fænomenet eller casen, man undersøger, men også kan finde ny teori af empirien (Layder 2005:116-117). I praksis vil jeg derfor bruge teorien som udgangspunkt for problemstillingen og dataindsamlingen, samt til at åbne empirien og forstå de fænomener, der viser sig heri.

En af de primære kilder til caseundersøgelsens empiri er interviews, da det kan give indsigt i individers liv og bidrage med forklaringer, personlige opfattelser og meninger, som er relevante når man undersøger menneskelig adfærd og sociale forhold (Yin 2014:106, 110-113). Derfor benyttes interview som metode til empiriindsamlingen, der uddybes i det følgende.

Det semistrukturerede interview

I undersøgelsesspørgsmålet ligger der en præmis om at undersøge og forstå informanternes oplevelser af det at tage ansvar og være aktiv i forbindelse med deres diabetes. Det ligger op til empiriindsamling gennem interviews for bedst at kunne forstå de refleksioner og sociale vilkår, der ligger til grund for individets oplevelse og håndtering. Det er derfor valgt at anvende det semistrukturerede interview, der giver mulighed for at opnå dybdegående og detaljerede svar fra informanterne. Det empiriske grundlag for undersøgelsen er således syv interviews med diabetikere, som deltager på hold i Sundhedscenter Aalborgs diabeteshold. Derudover anvendes sekundær empiri i form af deltagende observation ved tre undervisningsgange på diabetesholdet. Dette uddybes på side 36.

Forskningsinterviewet søger at forstå informanternes oplevelse af verden, samt afdække og udfolde den betydning, der knytter sig til deres oplevelser (Kvale og Brinkmann 2009:17). Hertil anvendes en interviewguide, med en række emner eller spørgsmål, der afdækkes i løbet af interviewet, men som ikke skal følges nøjagtig, da formålet jo er, at forstå temaerne ud fra informanternes egne perspektiver (Kvale og Brinkmann 2009:45) I det semistrukturerede koncept ligger netop, at det er relativt åbne spørgsmål, der giver mulighed for frie og forskelligartede besvarelser af informanterne. Det indebærer også, at jeg som interviewer kan følge op på deres svar og dermed komme yderligere i dybden med svarene, eller bevæge mig væk fra interviewguiden, hvis det findes relevant for undersøgelsen (Bryman 2012:470-471). Hertil skaber interviewet mulighed for at høre, hvad der siges ”mellem linjerne” i forhold til informanternes måde at besvare spørgsmålet på; om de tøver eller er bestemte, ligesom man kan se når deres øjne lyser i begejstring ved at tale om noget de passionerede omkring. Når man sidder overfor hinanden spiller denne kropslige dimension også ind og giver mulighed for at aflæse signaler, der ikke ville vise sig på skrift eller tale alene (Bryman 2008:437-439). Interviewet er dermed ikke kun et rum for samtale og generering af viden. Det kropslige element får yderligere betydning i forbindelse med at vi talte om kost og motion, der jo

påvirker kroppens udseende. Interaktionen mellem os, når vores kroppe er i samme rum, kan give informanterne en tilskyndelse til at forme sine fortællinger på en særlig måde. De er jo selv klar over, hvilke signaler de sender med deres kroppe, i forbindelse med om de eksempelvis er slanke eller overvægtige. Kroppen vil derfor uundgåeligt blive en del af den fortælling informanterne giver om sig selv.

Interviewguiden (se bilag 4) blev dannet ud fra den forforståelse jeg har tilegnet mig af problemstillingen gennem litteratursøgningen (se bilag 1, herunder især Weaver et al. 2014 og Barlow 2002) samt specialets teoretiske perspektiver. Derudover har jeg ladet mig inspirere af Compas-undersøgelsen, der i en dansk kontekst har målt individers økonomiske, kulturelle og sociale kapitaler med udgangspunkt i Bourdieus teori. Interviewguiden berører således emner som tilegnelse af viden, den daglige håndtering af diabetes og ansvaret herfor. Dertil er der spørgsmål om deres sociale liv, relationer og kapitaler, der skal være med til at give indblik i informanternes ressourcer og placere dem i det sociale rum. De centrale teoretiske begreber er således anvendt som en bagvedliggende forståelse af, hvad informanterne oplever. Disse begreber er oversat til et mere hverdagsorienteret sprog i interviewguiden, der kan indfange informanternes oplevelser. Ifølge Foucault og Bourdieu er det her væsentligt at være opmærksom på, at man i forskningen er med til at konstruere objekter. Hvordan jeg i specialet og interviewguiden konstruerer objekterne *selvansvar* og *aktiv deltagelse* er derfor afgørende for undersøgelsens konklusion. Når jeg oversætter disse begreber til spørgsmål om informanternes daglige praksis og tanker i forbindelse med informationssøgning, livsstil, selvmålinger mv. er jeg med til at definere den sociale virkelighed og det er derfor ifølge Bourdieu og Foucault netop væsentligt at skabe refleksioner og gennemsigtighed omkring dette (Priour og Sestoft 2006:220, Wæver 2012:332).

I forbindelse med de teoretiske perspektiver er det ligeledes relevant at inddrage nogle refleksioner om den relation og det magtforhold, der skabes mellem mig som interviewer og informanterne. Interviewet er grundlæggende en aktiv proces, hvor jeg i relation med informanten producerer viden. Men der er i forskningsinterviewet et klart asymmetrisk forhold mellem mig og informanterne, da jeg som interviewer både indleder og definerer rammerne for interviewet, jeg bestemmer emnerne vi taler om og beslutter, hvad der er relevant at følge op på (Kvale og Brinkmann 2009:51). Med Bourdieus ord kan man sige, at jeg påfører informanterne en symbolsk vold, når jeg på forhånd har defineret, hvad der er vigtigt at tale om i relation til deres liv med diabetes. Men når det netop er et interview og

ikke et lukket spørgeskema, giver det selvsagt informanterne muligheden for at bryde fri af denne forhåndsdefinerede struktur. Desuden er deres svar og refleksioner også med til at forme, hvad der lægges vægt på og i hvilken retning interviewet flytter sig. Men grundet magtrelation mellem interviewer og informant, vil det sjældent være tilfældet, da det dels udfordrer min rolle og bryder normerne for interviewet. Jeg har dog været bevidst om ikke at pålægge informanterne mine forestillinger eller forventninger til deres svar, for at mindske den symbolske vold. Jeg har derfor stillet åbne spørgsmål, hvoraf flere også har været til fri fortolkning jf. interviewguiden. Eksempelvis er spørgsmålet: ”*Hvad har det sværeste været i forbindelse med den daglige håndtering af diabetes?*” blevet besvaret med alt fra, at ingenting er specielt svært, til at huske sin medicin eller have fysiske skavanker.

Dog vil samtalen, ifølge Foucault, altid være underlagt et magtforhold, hvor, i dette tilfælde informanterne, udøver en bekendelse, når de deler deres tanker, synder og ønsker for fremtiden. Dominansen er ikke ved den, der taler, men den der lytter og spørger (Foucault 2002:68-70) Dertil vil både informanterne og jeg selv, ifølge Foucault, være underlagt de herskende diskurser i samfundet. Det betyder, at vi grundlæggende deler opfattelse af, hvad der kan være relevant at tale om under interviewet. Der hersker enighed om, at livsstil er vigtigt for håndteringen af diabetes og de vil derfor besvare spørgsmålene uden at stille spørgsmål ved det og derved reproducere den gældende opfattelse. Ud fra et postmoderne perspektiv er interviewet således ikke en afspejling af virkeligheden, men en social kontekst hvor forståelsen af virkeligheden forhandles mellem interviewer og informanten. Det lægger op til en forståelse af viden som perspektivisk og kontekstuel, da den netop afhænger af individerne. Den viden der skabes er således et produkt af diskurser og relationen mellem individer og deres omverden (Kvale og Brinkmann 2009:70-71).

Adgang til feltet

Gennem mit praktikophold i Region Nordjylland kendte jeg en fysioterapeut fra diabetesteamet i Sundhedscenter Aalborg, som jeg tog kontakt til. Diabetesholdene er et kommunalt tilbud til alle diabetikere, både erfarne og nyopdagede, hvor man kan komme ind med henvisning fra en læge eller sygehuset. Her lærer de gennem ugentlig undervisning og motionshold, der strækker sig over 11 uger, hvordan de bedst muligt håndterer og lever med diabetes. Det gælder emner som kost, motion, følgesygdomme, medicin mv.

Diabetesteamet tog imod min anmodning om samarbejde og hermed var min åbning til feltet etableret. De fandt min problemstilling interessant og håbede, at de selv kunne få gavn af den viden³ der bliver genereret i specialet. Efter aftale præsenterede jeg specialet for tre diabeteshold til deres motionstimer. Jeg fortalte, at jeg gerne ville opnå viden om, hvordan det er at leve med diabetes og de skulle kunne se sig selv tale om deres hverdag med diabetes, på en helt ufarlig og ligetil måde. Efter præsentationerne blev jeg efter aftale hængene lidt til undervisningen for at deltagerne kunne se mig lidt mere an og komme hen til mig, hvis de havde nogle spørgsmål. Selvom der ikke umiddelbart var stor interesse for min tilstedeværelse tror jeg, at det kan have givet deltagerne en fornemmelse af, at jeg ikke var så farlig. For yderligere at mindske utrygheden ved min undersøgelse, sendte jeg, på opfordring af diabetesteamet, tre spørgsmål fra interviewguiden. Det havde til formål at vise, hvor ”nemme” spørgsmålene var og at det er noget alle kan svare på. Diabetesteamet fulgte op på min præsentation en uge efter og der var i alt syv personer som meldte sig. De præsenteres fra side 42.

Etiske overvejelser

Som følge af det asymmetriske magtforhold mellem interviewer og informant opstår der en række etiske spørgsmål ved undersøgelsen, som man bør være opmærksom på. Det drejer sig bl.a. om fortrolighed og informeret samtykke (Kvale og Brinkmann 2009:94-95).

For at sikre informanternes datasikkerhed er der i forbindelse med hvert interview gennemgået og underskrevet en samtykkeerklæring, der er udarbejdet med Sundhedscenter Aalborg. Her informeres deltagerne om, at de er anonyme, at deres informationer er fortrolige og ikke deles med andre. Samtykkeerklæringen og samarbejdsaftalen med Sundhedscenter Aalborg kan ses på bilag 2 og bilag 3. Med denne erklæring lever undersøgelsen op til retningslinjerne om fortrolighed og informeret samtykke, hvor informanterne bekendtgøres med dataens fortrolighed, specialets formål, offentliggørelse og mulighed for at melde fra eller undlade at besvare spørgsmål, som de ikke ønsker. Denne skriftlige aftale fungerer som en beskyttelse for begge parter. Det er dog altid en balance i forbindelse med, hvor meget information der skal gives og hvornår. På den ene side vil fuldstændig information om undersøgelsens design, teorier og formål sikre, at deltagerne ikke vildledes. Men til tider kan det være relevant at undlade informationer, for at få spontane opfattelser af et emne og undgå

³ I henhold til tidligere diskussioner om Foucaults vidensforståelse bruger jeg vidensbegrebet i denne forbindelse uden at knytte det til forestillinger om sandhed.

at lede dem til specifikke svar (Kvale og Brinkmann 2009:89-91). Derfor har jeg valgt ikke at informere informanterne om den del af undersøgelsen, der specifikt omhandler ansvar og aktiv deltagelse, da det er nogle begreber jeg forventer informanterne ville tillægge en vis betydning. Det kan medføre en mere eller mindre bevidst fremstilling af sig selv på en bestemt måde, der ikke ønskes. I stedet har jeg fortalt, at jeg gerne vil opnå viden om, hvordan det er at leve med diabetes. Både i forhold til hvad det betyder for dem selv og hvordan de håndterer det i hverdagen, hvilket interviewguiden også bærer afspejler.

Transskriberinger og fortolkning af empirien

Alle interviews er optaget på diktafon og transskriberet den samme eller efterfølgende dag for bedst at kunne inddrage alt det usagte, der også er væsentligt i tolkningen af informanternes udsagn. I transskriberingerne ligger derfor uundgåeligt et fortolkningsarbejde når det drejer sig om at få formidlet det usagte og stemningen i forbindelse med de forskellige emner. Alle interviews er skrevet ud i deres fulde længde, med undtagelse af få steder, der er kondenseret og sammenfattet, da informationen ikke er relevant for specialets undersøgelse.

Transskriberingen er overvejende ordret, men renses for sproglige talefejl og fyldord, der ikke har betydning for forståelsen. Det betyder, at interviewene fremstår sprogligt klarere og derfor bliver lettere at læse og analysere med blik for det indholdsmæssige.

Transskriberingerne af interviewene findes på bilag 5A-5G og der kildehenvises ikke løbende til disse i analysen, men blot til informantens navn.

Deltagende observation

For at tilegne mig en bedre forståelse af den kontekst, informanterne indgår i på Sundhedscenteret, blev det aftalt, at jeg kunne deltage i noget af undervisningen på holdene. Det foregik løbende i de uger jeg lavede interviews og har derfor bidraget til tolkningen af informanternes udsagn, snarere end som udgangspunkt for samtalen. Meget af den viden og forståelse, som informanterne tilegner sig om diabetes og hvordan de skal håndtere sygdommen, sker netop på disse hold og er derfor central for undersøgelsesspørgsmålet. Den deltagende observation er således en sekundær empiri, der skal bidrage til en bedre tolkning af interviewene, men kommer også til at indgå i analysen.

Den deltagende observation er velegnet til at få indsigt i, hvordan individer konstruerer deres verdensbillede i en social praksis og på den baggrund tilskriver fænomener og handlinger en

bestemt betydning. Metoden er, ligesom interviewet, velegnet til at få indsigt i den subjektive dimension i individers liv. I den deltagende observation indgår forskeren ideelt set blandt individerne i hverdagen, for at iagttage deres adfærd og tale med dem, for at forstå deres tolkninger af de observerede hændelser (Kristiansen og Krogstrup 2012:99-100). Når jeg tre gange har deltaget i diabetesholdets undervisning er det således kun et ganske lille udsnit af deres sociale liv, som for deltagerne måske ikke bærer præg af hverdagspraksis. For at opnå det fulde udbytte af en deltagende observation kunne jeg følge informanterne i nogle dage for at se, hvordan deres normale praksis udspiller sig i forhold til kost, motion, medicin og andre relevante forhold i håndteringen af diabetes. Det var dog ikke muligt ud fra speciallets præmisser og derfor anses undervisningsgangene også som velegnede til at opnå større forståelse for informanternes oplevelser og praksisser.

Jeg deltog i undervisningen *livet med diabetes, motion samt kost og kulhydrater*. Det var på holdet med Kristian og Tom, der præsenteres nedenstående, og yderligere 10 deltagere. Undervisningen giver dels grundlæggende informationer om livet med diabetes og fokuserer dertil på livsstilsrelaterede forhold, som vi taler om i interviewet. Undervisningen i motion og kost var primært klasseundervisning, hvor en fysioterapeut og diætist fortalte om, hvordan man bedst tilrettelægger sin livsstil som diabetiker. Livet med diabetes var derimod en gruppediskussion, hvor deltagerne i halvanden time drøftede nogle af de udfordringer, der kan være ved at have diabetes. Underviserne havde lagt nogle kort ud på bordet, som kunne igangsætte deltagerens refleksioner og det berørte mange af de samme emner, som jeg havde taget op i interviewene. Det fik næsten præg af, at være et fokusgruppeinterview, uden at jeg dog kunne styre, hvad der blev talt om. Informationerne understøtter i høj grad det informanterne allerede havde fortalt mig, uden at der kom væsentlige nye emner eller perspektiver. Dette betyder det, at den deltagende observation i mindre grad kommer til at spille en selvstændig rolle i analysen, men primært får karakter af at være understøttende og supplerende. Derudover kan være et udtryk for at dataen er mættet og dermed dækkende, hvilket højner undersøgelsens validitet (Riis 2001:113-114).

I praksis sad vi alle om det samme store bord og da alle deltagerne havde udleverede mapper, papirer og skriveredskaber, kunne jeg relativt ubemærket tage feltnoter løbende i undervisningen. Derudover har jeg efterfølgende fået udleveret de power point slides, som underviserne tog udgangspunkt i (se bilag 6,7, 8). I både interviewsituationen og observationen vil min tilstedeværelse i større eller mindre grad påvirke informanternes udsagn og handlinger; også kaldet forskningseffekten (Kristiansen og Krogstrup

2012:100,118). Da holdene er på ca. 12 personer er det begrænset hvor meget min tilstedeværelse fyldte, men det kan ikke udelukkes, at informanterne har holdt information tilbage eller formidlet den anderledes, grundet min deltagelse.

Undervisningen gav ligeledes indblik i relation mellem diabetesteamet og deltagerne. Jeg kunne se, hvordan underviserne skaber bestemte forestillinger om rigtigt og forkert, hvordan de italesætter relevante fænomener og kan se på deltagerne at de i høj grad påvirkes af det de lærer. Det er relevant i forbindelse med at forstå, hvordan magten udspiller sig i undervisningen og forstå de tanker og udsagn, som informanterne gør sig. Observationerne inddrages i analysen, dels som en forståelse af, hvilke retningslinjer, normer og værdier, underviserne giver til informanterne og den relation der finder sted. Derudover vil yderligere perspektiver, præsenteret af deltagerne på holdet, blive inddraget løbende som sekundær empiri i analysen.

Undersøgelsens kvalitet

I det følgende vil specialets reliabilitet og validitet blive behandlet, der begge indeholder væsentlige perspektiver til at vurdere kvaliteten af undersøgelsen.

Reliabilitet

Reliabilitet drejer sig traditionelt om, i hvilken grad undersøgelsen kan genskabes og omhandler dermed troværdigheden i den viden, der skabes. Her opfattes kvalitative undersøgelser opfattes ofte som havende en lav grad af reliabilitet, da sociale kontekster ikke kan fastfryses (Bryman 2012:390). Den særlige personlige og sociale kontekst, informanterne befinder sig i, og den relation, der skabes mellem os i interviewsituationen, vil medvirke til at forme de svar, de giver og som i sidste ende ligger til grund for konklusionen. Brugen af det semistrukturerede interview er derfor med til at gøre hvert interview unikt og således ikke reproducerbart. Overordnet set vil de samme spørgsmål blive stillet alle informanterne, for at sikre en valid og ensartet empirisamling. Fuldstændig reproducerbarhed er dog ikke en ambition inden for de kvalitative metoder, der netop sigter mod at indfange det, der er særegent for den enkelte. I stedet bliver det vigtigt at situere deltagerne ved at beskrive dem og deres livsomstændigheder, samt konteksten for dataindsamlingen (Tanggaard og Brinkmann 2010:492), som det netop gøres i dette kapitel.

Ved interviews er det ligeledes relevant for reliabiliteten, om informanterne giver stabile og konsistente svar ved ensartede spørgsmål, hvilket kan hænge sammen med spørgsmålenes udformning (Kvale og Brinkmann 2009:271). Overordnet var informanternes svar konsistente, hvilket generelt viser en høj reliabilitet. Men når man undersøger individers oplevelser vil de reelt kunne være inkonsistente, som besvarelserne ligeledes kan bære præg af. Nogle steder har jeg ved modsatrettede udsagn spurgt yderligere ind til emnet for at få afklaret, hvad informanterne reelt mener, om de er i tvivl eller andet. Man må yderligere være opmærksom på, at der altid vil være en mulighed for at informanterne, mere eller mindre bevidst, forsøger at fremstille sig selv i det bedst mulige lys. Når jeg spørger ind til forskellige livsstilsforhold, som de netop lærer vigtigheden af på Sundhedscenteret, vil nogle formegentlig fremhæve de sunde forhold. Men det understreger netop magten af de værdier og diskurser, der hersker i samfundet om at spise sundt, være aktiv og tage ansvar for sig selv. Selvom nogle af informanterne var fysisk store og derfor gav én fortælling med deres krop, var det alligevel vigtigt for dem at understrege, hvordan de var sunde. Her spiller den kropslige dimension ligeledes ind og bliver væsentlig i min tolkning af deres udsagn. Dertil kan vi have forskelligartede opfattelser af, hvad der er sund og god kost. Så selvom informanterne i bedste intention fortæller at spiser sundt, lever det måske ikke op til anbefalingerne fra diabetesholdets underviseres side. Som bekendt søger jeg dog ikke objektive sandheder i specialet og hvis informanterne selv mener, at de spiser sundt og gør en aktiv indsats så tager de jo reelt et ansvar for deres sygdom, uanset hvad deres opfattelse af sundhed er.

Overordnet set handler kvalitet i et interviewstudie især om graden af metodiske refleksioner og mulighed for at følge tilblivelsen af resultaterne. Gennem undersøgelsen har jeg sigtet mod at skabe stor gennemsigtighed om, hvilke valg der er foretaget i relation til både litteratursøgning, konstruktionen af problemet, valg af teoretisk perspektiv, empiriindsamling og hvordan disse valg gensidigt påvirker hinanden i det sammenhængende hele. Det er med til at højne kvaliteten og gøre det muligt at vurdere undersøgelsen. Dertil skaber det åbenhed om tilblivelsen af resultaterne, hvilket samlet set styrker specialets reliabilitet (Tinggaard og Brinkmann 2010:491).

Validitet

Undersøgelsens validitet henviser traditionelt til, om undersøgelsens metoder måler det intendede og indfanger de fænomener, som man interesserer sig for. En mere postmoderne forståelse af validitet vil dertil fokusere på undersøgelsens håndværksmæssige kvalitet, en vedvarende kontrol, nye spørgsmål og den teoretiske tolkning af resultaterne. Da interviewet med en socialkonstruktivistisk forståelse aldrig vil være en direkte afspejling af virkeligheden, bliver kommunikationen af den viden, der produceres under interviewet afgørende (Kvale og Brinkmann 2009:272-274). Jeg har under hvert interview løbende samlet op på informanternes svar og spurgt om noget var rigtigt forstået, for netop at sikre en overensstemmelse mellem deres udsagn og min forståelse heraf. Under empiriindsamlingen blev jeg dertil stadigt mere vidende om, hvad det vil sige at være diabetiker og tilegnede mig en bedre forståelse for, hvad der var vigtigt at spørge ind til. Undervisningen bidrog ligeledes til en bedre forståelse af informanternes udsagn, da mange baserede deres udtalelser på noget de havde lært i undervisningen.

Den eksterne validitet omhandler, hvorvidt undersøgelsens resultater kan generaliseres på tværs af sociale kontekster. Det anses ofte et problem i kvalitative undersøgelser, hvis konklusionerne baseres på et lille antal informanter (Bryman 2012:390). Ud fra dette kriterium er specialets eksterne validitet ikke høj. Dertil er deltagerne ikke repræsentative for befolkningen generelt. Seks ud af de syv informanter er over 60 år, mens det også kun er en enkelt, der er aktiv på arbejdsmarkedet. Deltagerne i undersøgelsen er ligeledes dem, der både har tid og synes at det kunne være interessant. Dermed frasorteres både de mest ressourcetsvage, men også mange erhvervsaktive, som måske synes, at de har meget andet at se til. Det giver naturligvis en selektionsbias, som er med til at forme den empiri, der er indsamlet i specialet og dermed har betydning for undersøgelsens konklusioner. Det er en af udfordringer ved at arbejde i den sociale verden med de begrænsninger det skaber.

Kvale og Brinkmann (2009) har dog ikke dette ønske om generalisering, men mener, at man i stedet bør se på, om den viden der produceres i interviewet kan overføres til andre relevante kontekster. Denne analytiske generalisering er en bedømmelse af, hvorvidt undersøgelsen kan være sigende for, hvad der kan ske i andre situationer. I den forbindelse er det ligeledes vigtigt at give grundige beskrivelser af informanterne og deres kontekst (Kvale og Brinkmann 2009:287-290). Der er en forventning i specialet om, at de respektive informanter inden for deres sociale positioner vil være typiske, når det gælder deres refleksioner og handlinger i relation til ansvar og håndteringen af deres diabetes. Når højere uddannede

informanter eksempelvis finder det værdifuldt selv at søge en bred viden om diabetes, opfattes det som værende knyttet til den sociale position og dermed ikke som noget unikt for informanterne. Med denne tilgang vil konsistente svar inden for socialgrupperne kunne øge generaliserbarheden til andre diabetikere, med lignende sociale eller personlige karakteristika. Selvom meget information vil være afledt direkte af diabetes, vil tendenserne omkring opfattelsen og håndtering af eget ansvar og den sociale fordeling heraf, forventeligt være en generel afspejling af omverdens værdier. Derfor vil de overordnede resultater forventeligt kunne generaliseres på tværs af patientgrupper, især inden for kroniske sygdomme, hvor der eksisterer en stærk diskurs som personligt ansvar og livsstil.

Analysestrategi

Analysen er i indeværende speciale en undersøgelse af informanternes udsagn samt mine observationer, der brydes ned i enkeltdele for at dekonstruere de fortællinger og forhold, som italesættes. De reetableres herefter i nye forståelsesmæssige sammenhænge og i forhold til specialets teoretiske udgangspunkter, mens nye temaer er opstået undervejs. I et samspil mellem teorien og empirien er der skabt en tematisk meningskondensering, som udgør de fem analysedele:

1. Viden som (selv)styring
2. En diabetikers erkendelser
3. Social selvstyring
4. Informationsteknologier
5. Det somatiske selv
 - Diskussion af ansvar, selvstyring og ressourcer

De fem temaer vil fungere som en ramme og struktur for analysen, mens der afslutningsvist kommer en opsummerende diskussion af ansvar, selvstyring og ressourcer. Temaerne præsenteres som separate afsnit, selvom der vil findes en del overlappende og interdependente betragtninger. Viden om diabetes og undervisningen, informanterne har modtaget, står eksempelvis som et særskilt afsnit. Men de overvejelser informanterne gør sig i forbindelse med selvstyring og selvteknologier, der præsenteres efterfølgende, vil uundgåeligt bunde i denne viden. Med temaerne skabes der således et analytisk overblik over informanternes selvstyring og ressourcer i forbindelse med deres håndtering af diabetes.

Som analysen er udarbejdet, har det vist sig, at Foucault har haft den relativt største betydning og forklaringskraft blandt teorierne. I den overvejende del af temaerne og dermed analysen generelt, vil Foucaults teori være bærende og derfor spille en større rolle end Bourdieus. Sidstnævnte har som bekendt til formål at belyse det sociale differentieringsperspektiv, som undersøgelsen ligeledes rummer og disse betragtninger vil løbende blive inddraget og opsummeret i to overordnede delkonklusioner og i den afsluttende diskussion. Der er tale om en eksplorativ differentiering af informanternes placering i det sociale rum og håndteringen af diabetes, baseret på de udsagn og observationer, jeg fortolker i analysen. Af samme grund har der i analysen ligeledes vist sig at være forhold, som var vigtigere for informanternes selvstyring end først antaget og derfor vil nogle af temaerne være mere styret af informanternes fortællinger end teorien. Det drejer sig særligt om, hvordan informanterne oplever og håndterer diabetes i sociale kontekster. Ved netop at følge de forhold, informanterne selv finder vigtige, bliver det muligt at undersøge, både hvor magten er til stede og hvilke ressourcer informanterne bruger i relation til deres diabetes.

Målet er med analysen er, at identificere de overvejelser og handlinger som informanterne gør sig om diabetes, i relation til deres sociale position, og dermed se, hvordan magten udspiller sig i praksis. Informanternes italesættelse af ansvar, diabetes og selvstyring, sammenholdt med observationerne, kan i samspil med teorierne belyse spændingsfeltet mellem viden, praksisser og magt. Dette er således ikke en livsverdensundersøgelse, der skal indfange, hvordan informanterne har det og hvor tilfredse de er med Sundhedscenterets tilbud. Derimod er formålet er at vise, hvordan en del af informanternes virkelighed konstrueres samt, hvordan deres forståelse af sig selv og deres praksisser tager form og betydning i relation til sygdoms- og livsstilsdiskurserne. Mange af de forhold, der belyses i analysen vil nok forekomme trivielle, men det er netop der, hvor de sociale kategorier og kontekster tages for givet, at den subtile magt er størst. Empirien og teorien i samspil giver således mulighed for at se, hvordan den sociale virkelighed er konstrueret og sandheden afhængig af kontekster og relationer.

Præsentation af informanterne

I det følgende præsenteres de syv informanter for at give et billede af, hvem de er i forhold til køn, alder, erfaring med diabetes, samt social, kulturel, økonomisk og fysisk kapital, der skal afspejle informanternes ressourcer.

Kristian

Kristian er med sine 30 år den markant yngste deltager på diabetesholdet, da de øvrige informanter alle er over 60 år. Han fik konstateret diabetes sidste sommer og synes selv stadig der er meget at lære. Kristian blev uddannet datamatiker, som er en kort videregående uddannelse, i sommer og går arbejdsløs. Kristian er ret overvægtig og var ikke selv overrasket over at have fået diabetes. Han bor alene i en lejet lejlighed og har ikke en særlig stor familie, men er tæt på sin mor, som han taler jævnligt med. I fritiden bruger han meget tid foran sin computer eller er sammen med sine venner. Han er begyndt at gå i motionscenter, men han bruger ellers ikke tid på mere fysiske eller kulturelle aktiviteter. Han vil gerne være mere fysisk aktiv og tabe sig. Kristian har en lav indkomst.

Tom

Tom er 60 år og har haft diabetes i 16 år. Han er den eneste af informanterne, der er aktiv på arbejdsmarkedet fuld tid. Han er specialarbejder på et lager og har arbejdet der i 38 år. Han er tidligere uddannet elektriker og brandmand. Tom bor med sin kone Susanne i en ejerlejlighed, hvor han er formand for ejerforeningen og står i spidsen for forskellige renoveringsprojekter. Susanne er en stor del af hans liv i hverdagen og fritiden. De kører bl.a. på mountainbike eller vandrer og geocacher, hvor man ved hjælp af en GPS kan finde poster i hele verden. De vil gerne gå Caminoen sammen når de bliver pensionister men er ikke yderligere kulturelle. De har en middel indkomst og mangler, efter eget udsagn, ikke noget.

Jens

Jens er 73 år og har haft diabetes i 4 år. Han er folkepensionist men har tidligere været lærer på teknisk skole i 22 år. Han er uddannet skibsbygger og senere lærer på teknisk skole. Jens bor med sin kone Birthe, der er en stor del af hans hverdag. De er begge slanke og meget aktive personer. Han beskriver selv, at han er i gang fra morgen til aften, hvor han bl.a. arbejder i kolonihaven, svømmer en gang om ugen, går i motionscenter flere gange ugentligt og spiller kort. Derudover rejser de meget og går gerne ud, hvor de eksempelvis er medlem af biografklub Danmark. De har en middel indkomst.

Villy

Villy er 76 år og har haft diabetes i 24 år, men det er først de senere år han er begyndt at tage sig af den. Villy er folkepensionist men arbejder stadig otte timer hver uge på en fabrik, hvor han ordner praktiske ting. Tidligere har han arbejdet som rejsende ølmand i 35 år og senere været inspektør inden for samme branche i 29 år. Han er uddannet kommis (ekspedient) i en brugsforening. Villy bor med sin kone Katrine i lejet lejlighed, efter de har solgt deres hus og sommerhus. Han er en aktiv person og vandrer rigtig meget, ofte 35 km om dagen.

Derudover har han et aktivt socialt liv med både familie og en stor omgangskreds, som de ses med hver uge. Mere kulturelle fritidsinteresser har han ikke. De har en middel indkomst.

Jane

Jane er 83 år og har haft diabetes i 15 år. Hun er folkepensionist, men arbejder stadig som selvstændig smykkedesigner når gigten i hendes hænder tillader det. Hun sælger både smykker hjemmefra, men tager også rundt på forskellige udstillinger og messer. Hun er uddannet på handelsskolen og siden som kosmetolog, hvor hun har haft egen klinik i 36 år. Jane er en aktiv person, der også går til koncerter i Musikkens Hus og Aalborghallen, til foredrag og seniordans. Derudover går hun på museum, i biografen og på cafe med sine veninder. Jane er fysisk besværet af sin krop, grundet gigt og følgeskader af diabetes, men forsøger at holde sig i bevægelse. Hun bor alene og har en lav indkomst, hvilket hun ofte mærker i hverdagen.

Lone

Lone er 63 år og har haft diabetes i 14 år. Hun er på efterløn og har tidligere arbejdet som assistent på biblioteket. Hun har ingen uddannelse, men har taget nogle kurser i forbindelse med sit arbejde. Lone har boet alene de sidste 30 år og hun har en datter med familie, som hun nogle gange ser. Hun beskriver selv, at hun ikke har mange venner og derudover er hun ikke særlig aktiv i sin fritid, hverken fysisk eller med andre aktiviteter. Håndarbejde er hendes primære beskæftigelse. Lone er ret overvægtig og besværet af sin vægt. Hun har tidligere dyrket vandgymnastik, men stoppede helt med motion grundet hjerteflimmer. Hun har en lav-middel indkomst.

Berit

Berit er 70 år og har haft diabetes i 23 år. Hun har været på invalidepension siden 1975 grundet sygdommen lupus, der er en kronisk sygdom, hvor immunsystemet angriber raske kropsceller og væv (Sundhed.dk). Det medfører, at hun i perioder kan være træt og fysisk hæmmet. Berit er uddannet i butik og har indimellem haft småjobs. Hun bor med sin mand Henning i en andelsbolig i Aalborg Øst og de har et sommerhus. Hun laver meget håndarbejde og er socialt aktiv med venner, samt i forskellige klubber og foreninger. Dertil forsøger Berit at holde sig fysisk aktiv med gang, golf og vandgymnastik. Hun har ingen større interesse for mere kultur, sprog eller rejser. De har en lav indkomst.

Analyse

I det følgende præsenteres undersøgelsens fem analysedele og den afsluttende diskussion.

Analysedel 1: Viden som (selv)styring

Som patient med en kronisk sygdom kan der være mange ting man skal lære at forholde sig til, for at kunne håndtere sygdommen bedst muligt. Som belyst i problemfeltet tyder forskning på, at en engageret og involveret patient opnår bedre resultater med behandlingen end passive patienter. Det skyldes bl.a. viden om sygdommens karakter og en aktiv adfærd i forhold til livsstil og symptombehandling. Viden og tilegnelse af viden bliver således en væsentlig del af det at kunne tage ansvar og styre sin diabetes aktivt.

Det følgende afsnit vil derfor belyse, hvordan informanterne håndterer denne tilegnelse af viden. Derudover vil diabetesholdets brug af undervisning og viden som styringsredskab blive inddraget for at belyse de governmentale teknikker, som informanterne er underlagt.

Jeg vil gerne have noget mere information

Informanterne deltager alle på diabetesholdet, hvor de kan tilegne sig viden om diabetes. Det er dog forskelligt i hvilken grad informanterne aktivt har opsøgt en plads på holdet, med et ønske om at lære mere om diabetes og blive bedre til at håndtere den, eller om de blev opfordret til deltagelse af lægen.

Tom, der har haft diabetes i 16 år og allerede har en stor viden på området, begyndte på holdet efter eget initiativ. Han beskriver i den forbindelse: ”*det gør ikke noget at få det frisket op. Fordi man kan godt falde ned i en... (han tegner en dal med hånden), det bliver hverdag og så, nå ja, det glemmer man. Så er det godt nok lige at få sådan et boost en gang i mellem.*” Han har tidligere været to andre forløb, med et ønske om at tilegne sig større viden om diabetes og blive bedre til at håndtere sygdommen. Viden bliver dermed en selvteknologi, Rose (1999a) taler om, som informanterne kan bruge til at skabe refleksioner og optimere deres selvstyring. Ligesom Tom har Jane, og Lone også begge tidligere gået på diabeteshold og foreslog deres læge at begynde igen. De gav begge udtryk for gerne at ville hives lidt op

og det vidner om en søgen mod informationer og redskaber, der kan hjælpe dem på vejen mod bedre selvstyring.

De andre informanter, Berit, Kristian, Villy og Jens, blev opfordret til at deltage af en læge, hvilket giver indtryk af, at de ikke i samme grad ønsker at øge deres viden om diabetes.

Kristian fortæller at lægen mente: *”det var en god ide at komme på sådan et kursus hvor man kunne få noget information og han kunne også hjælpe mig lidt med at sige, så kunne jeg søge lidt på nettet”*. Kristian blev opfordret til at deltage på kurset så snart han havde fået

diagnosen og det kan derfor ikke udelukkes, at han senere har opsøgt kurset selv. Dog havde Kristian ikke selv søgt informationer om diabetes på nettet eller andre steder, selvom han tilføjer: *”der vidste jeg stadig ikke hvad det indebærer andet end at jeg skulle tage den her medicin.”*. Det er umiddelbart overraskende da Kristian som både ung og

datamatikeruddannet ikke er fremmed for computere og andre informationsteknologier, der kan tilbyde viden om både diabetes og ham selv. Det er forskelligt i hvor høj grad

informanterne aktivt har søgt informationer om sygdommen på egen hånd. Jens læste nogle pjecer, som lægen gav ham og det samme gør sig gældende for Lone og Berit. Det følger den tendens Rose (1999a) belyser, hvor staten, her repræsenteret af lægerne, på forskellige måder opfordrer informanterne til at tilegne sig og bruge den nyeste viden inden for sundhedsområdet. Det sker både ved at opfordre deltagerne til deltage på diabetesholdet, der uddyber og formidler den anerkendte viden om diabetes, men ligeledes ved at patienterne bør søge informationer på egen hånd. For hvis de ansvarligt skal kunne tage vare på sig selv og deres sygdom, kræver det en vis viden om, hvordan man skal agere.

I den forbindelse viser Tom og Jane sig at være mere opsøgende. Jane beskriver *”jeg har lånt nogle bøger og jeg har meldt mig ind i diabetesforeningen, hvor jeg også har fået nogle informationer og været til deres møder”*. Jane har således aktivt søgt informationer på biblioteket og deltaget i diabetesforeningens møder. Men den mest videbegærlige er uden tvivl Tom, der beskriver: *”Jeg vil gerne have noget mere information (...) du må undersøge hvad det her er for noget, for at man ved hvad det er og hvordan vi skal forholde os. Der gik jeg så ind på diabetesforeningen.dk (...). Der fik jeg meldt mig ind og fik adgang til stort set alle deres publikationer og fik en masse sendt hjem gratis. (...). Så der tilegnede jeg mig jo en hel del viden. Og Google han har altid været min ven, der fik jeg også mange oplysninger.”*

Han beskriver efterfølgende, at hvis han er i tvivl om noget i forbindelse med diabetes, så googler han det bare. Det ikke er alle informationer han kan bruge på Google, for mange informationer er modsatrettede og ikke anvendelige. Men han er generelt kritisk og bruger

primært kendte kilder som Diabetesforeningen. Det vidner som et stort engagement og overskud til at søge informationer flere steder fra. Da Kristian derimod undlod at søge informationer på internettet, var det med begrundelsen: ”*det er lettere at få det at vide af nogle der har forstand på det og arbejder med det, end selv at skulle søge information om det på nettet.*” Han oplever, at det kan være svært at navigere rundt i de mange forskellige oplysninger, som internettet tilbyder. Han vil helst helt undgå at læse for meget på nettet, da det ofte giver ham en følelse af og frygt for, at være mere syg end han er. Det kan både være et udtryk for, at Kristian ikke har de samme ressourcer som Tom til at navigere og tilegne sig den relevante viden. Derudover kan der være forskellige ting, som gør dem trygge; om det er at tage kontrol over at skaffe informationerne selv eller overlade det til eksperterne. Det tegner et billede af, at Tom forholder sig aktivt sin sygdom og de informationer han finder, mens Kristian bliver den mere passive patient, der i stedet overlader det helt til lægerne og andre eksperter på diabetesholdet, at præsentere ham for det han skal vide. Når ingen af de resterende informanter søger informationer på nettet kan det også være et udtryk for den aldersfordeling, der er blandt informanterne. Billedet havde forventelig set anderledes ud, hvis der havde været flere yngre personer med i undersøgelsen.

Det er dem, der er eksperter på området

Blandt informanterne findes det generelt, at den stor del af den viden de har om diabetes og hvordan de bør tilrettelægge deres livsstil udspringer fra underviserne på diabetesholdet. Villys viden om diabetes stammer stort set kun fra undervisningen, da han hverken har søgt informationer på internettet, biblioteket eller andre steder. Da han fik at vide af lægerne for 24 år siden, at han havde diabetes, fortæller han: ”*jeg fik tilsendt nogle informationer fra sygehuset, men jeg tog mig sku aldrig af det. Det kan jeg lige så godt indrømme.*”. Han er mange år senere blevet mere opmærksom på sin sygdom og deltager derfor nu på diabetesholdet. Hans holdning er dog stadig, at han vil lære alt det på kurset, som han behøver at vide.

Generelt henviser informanterne flere gange til undervisningen, både direkte og indirekte. Det gør de uden at sætte spørgsmål ved gyldigheden og relevansen af den viden de får. Jens beskriver: ”*Det blev meget godt belyst det hele.*” mens Villy tilføjer ”*Jeg kan godt lide alt det vi er igennem, der er mange ting vi er igennem derinde. Det er derfor det går op for en, hvor vigtigt det hele er*” og det er den generelle holdning blandt informanterne. Rose (2003)

beskriver netop hvordan man for at styre legalt må styre i lyset af viden om personerne. Denne viden stammer ofte fra medicin og psykologi, som diabetesholdets sygeplejersker, diætister og fysioterapeuter netop trækker på og som danner grundlag for den viden, der skabes blandt informanterne i undervisningen. Der hersker nogle særlige diskurser om, hvad der er rigtig og sundt at spise, som informanterne ikke stiller spørgsmål ved. Bestemte kategorier og klassifikationer som *sukker* eller *grove grøntsager* får en særlig betydning for informanterne når de skal navigere i fødevarerne. Derved finder der også en styring sted i undervisningen, hvor informanterne tilegner sig ny viden om, hvad der godt og dårligt i forbindelse med kost og motion. Eksempelvis forklarer Kristian om undervisningen de havde i varedeklarationer: ”*det var egentlig meget lærerigt, hvad man skal se efter på varedeklarationen; hvad der indeholder sukker. Man kan ikke altid bare tænkte, at fordi det hedder fuldkorn så er det godt, det er det ikke nødvendigvis. (...) Så det tager jeg et eller andet sted for gode vare, når det er dem, der er eksperter på området. Så retter jeg mig ind efter det*”. Her giver han dels udtryk for at have revurderet sin egen viden om kosten, fordi underviserne fortalte ham noget andet og dels at han retter sig ind efter det. Dermed ses det, hvor stor en indflydelse og styring diabetesholdet har over patienternes bevidsthed og intentioner om at bruge det i praksis. For selvom der kan være lang vej fra tanke til handling for nogle af informanterne, får det alligevel betydning for, hvordan de anskuer sig selv og sine praksisser.

De fleste informanter henviser under interviewene til undervisningen i varedeklarationer, det er dog forskelligt, hvordan de tager informationen til efterretning. Villy fortæller: ”*jeg vil nok altid tage lidt mere flygtigt på det der. Jeg går ikke og studerer alle de der opskrifter (varedeklarationerne red.) på pakkerne ude i købmandsbutikkerne, det gør jeg ikke. Men altså, noget vil jeg tage hensyn til. (...) De dagligdags ting vi bruger vil jeg da kigge på*”. Ifølge Rose (2003) bliver tankeformer eller diskurser, som her om sund mad og håndteringen af fødevarer, styrende i det omfang de bliver tekniske; altså til små stykker viden, som kan bruges i praksis. Selvom Villy mener, at han tager flygtigt på informationerne og derved præsenterer sig selv, som ”mindre ansvarlig” bliver de i praksis styrende for hans hverdag og praksisser, når han undersøger de fødevarer han bruger dagligt. Det medfører ifølge Rose ikke en reduktion af den personlige frihed, men understøtter derimod hans selvforståelse og vilje til forandring.

Lone oplever reelt samme selvstyring med udgangspunkt i undervisningen, men italesætter det anderledes: ”*Jeg kigger meget på varedeklarationerne inden jeg kommer varerne ned i*

kurven. Altså mayonnaise og remoulade, der kan jeg også se at der er stor forskel på om man køber det der hedder let eller ikke gør.” Lone vil forventeligt gerne skabe et selvbillede, som viser, at hun tænker meget over, hvad hun spiser, at hun tager ansvar og bruger den viden hun har tilegnet sig. Men valget af netop mayonnaise og remoulade viser, at der stadig er nogle ting hun ikke har taget til sig. På kurset opfordres deltagerne til at spise rugbrød, grove grøntsager, magert kød og -mælkeprodukter, som generelt er naturlige og grove fødevarer. Når Lone aktivt vælger let mayonnaise frem for almindelig mayonnaise kan det være et udtryk for, at informationerne styrer informanternes handlinger og får magt over den, uanset om de reelt har misforstået budskabet. Lone tilføjer: ”Jeg vil godt have viden, men når jeg har viden er det ligesom om, jeg hænger ikke i den hver dag.” og på samme måder mener Berit at ”hvis bare man har fået 10% med af det man har hørt, så har det hjulpet noget”. De andre informanter giver ligeledes udtryk for at informationerne er vigtige, selvom det ikke nødvendigvis er noget de forholder sig til eller bruger hver dag. Villy ved ligeledes godt, at han ikke går så meget op undervisningen, som de gerne vil have ham til, men han har alligevel taget de væsentligste ting til sig og implementeret dem i hverdagen. Uanset, hvordan informanterne bruger undervisningen i praksis vil det forventeligt have betydning for deres selvbillede og refleksioner om deres hverdagspraksis.

Flere informanter ser også undervisningen som en mulighed for at spørge ind til forskellige forhold, som er vigtige for dem. Jens siger at: ”Vi kunne jo også spørge hvis der var noget og det gjorde jeg bl.a. nogle gange”. Dertil fortæller Kristian at: ”det er faktisk det gode eller fede ved det her. At man får adgang til de her specialister eller eksperter på området, som man ikke rigtigt kommer til at snakke med ellers.”. Det er et udtryk for aktiv deltagelse i undervisningen og fremadrettet blik på selvstyringen, at informanterne engagerer sig og spørger ind, hvis der er noget de ikke forstår eller søger råd om. Det samme blev observeret i undervisningen om kost, hvor en deltager eksempelvis spurgte, hvordan man kan nøjes med kun at tage et lille stykke kage. Hertil svarer underviseren, at det handler om at nyde det og skabe bevidsthed om, at nu sætter man sig og spiser et stykke kage, i stedet for at køre store mængder ind, mens man ser fjernsyn. Derved tilbydes en selvteknologi i form af bevidsthed og refleksivitet om maden og praksisser, som det ses i næste kapitel, er en meget anvendt selvteknik. Derved er det ikke kun maden, men også måden den spises på og derved struktureringen af hverdagslivet, som underviserne influerer på. Det understreger, hvordan den moderne politiske styring, jf. Foucault (1978) er blevet en biomagt, der grundlæggende beskæftiger sig med livet og administration af individers levemåder og sundhed. Målet er at

styre individerne, især de der anses som værende i højrisiko, som diabetikere, gennem korrigerende og optimerende foranstaltninger, som Sundhedscenterets tilbud. Som Rose (2001) tilføjer, er biopolitikken nu blevet til en ethopolitik, der beskæftiger sig med livet selv og hvordan det bør leves. Moral og overbevisninger om korrekt livsførelse, samt redskaber til ansvarlig livsførelse, tilbydes af bestemte personer eller institutioner, som diabetesholdets undervisning netop er udtryk for. Den sigter mod at kontrollere deltageres adfærd, ved bl.a. at lede deres kostvaner og måder at spise på, for at sikre alle det bedste i form af mere sundhed og mindre sygdom.

Det blev i den deltagende observation ligeledes noteret, at undervisningen har integreret de totaliserende og individualiserende principper, som Foucault (1982) påpeger. I første omgang er alle deltagerne samlet på diabetesholdet alene i kraft af diagnosen diabetes, som sundhedsvæsenet har stillet. Derved samles de alle under én kategori, på trods af deres forskelligheder i øvrigt, og tilmeldes på baggrund heraf i dette sundhedstilbud, hvor alle informanterne gennemgår det samme forløb, (styrings)ideer og undervisning. Samtidig er undervisningen meget individualiserende idet budskaberne tilpasses den enkelte deltager. I alle undervisningsgangene var det vigtigt for underviserne at komme rundt og tale med alle deltagerne på holdet. Samtalerne bar ofte præg af at evaluere deltageres selvmålinger eller indsatser, samt gode råd eller ros fra underviserne. Dermed blev der i høj grad taget højde for den enkeltes behov og forudsætninger for at kunne efterleve de almene mål. Derudover vidner det om den ulige magtrelation, der er mellem underviser og deltager. I forhandlingerne om, hvad der anses som godt og dårligt havde underviserne uden tvivl den største magt til at definere sand viden. Meget tyder på, at de fremherskende diskurser om diabetes og sundhed, som underviserne understøtter, internaliseredes i deltageres bevidsthed og danner grundlag for holdninger og praksisser, som de efterfølgende vil have eller efterstræbe. Magten er dermed forankret i de sociale relationer, som Foucault (1982) påpeger, når relationen mellem underviserne, der repræsenterer staten, og deltagerne, har så afgørende betydning for det liv de ønsker at leve. Undervisningen vidner således om at benytte den governmentale logik, der hersker i samfundet. Den er dels er meget specifik i de anbefalinger og råd om livsstil, som deltagerne undervises i og dertil kompleks grundet de mangeartede teknikker og redskaber, der anvendes til at få etableret den bedst mulige selvstyring blandt informanterne.

Således ses det, at der er relativt stor forskel på, i hvor høj grad informanterne engagerer sig i at tilegne sig viden om deres diabetes. Der tegner sig et billede af, at informanterne tager

selvstyringen på sig i forskellig grad, hvor Tom og Jane virker meget initiativrige og opsøgende, er de resterende mere passive. Men når de får informationerne præsenteret af 'eksperterne' påtager de sig alle denne bevidsthed om, hvad der er rigtigt og sundt. Det er netop i undervisningen at statens styring af individerne primært kommer til udtryk gennem de forskellige governmentale teknikker, som anvendes til at fremme individernes selvstyring. Men et forhold er, hvordan informanterne opfatter denne viden generelt, noget andet er hvordan den giver anledning til at revidere deres egne normer og praksisser. Det vil blive belyst i det følgende.

Analysedel 2: En diabetikers selvransagelser

Undervisningen på diabetesholdet består ikke kun af viden om diabetes og hvordan man bedst tilrettelægger sin livsstil. Jf. Rose (2001) leverer underviserne også redskaber eller selvteknikker, som informanterne kan bruge til at styre sig selv mere ansvarligt. En af disse selvteknikker, der præsenteres i undervisningen, er at reflektere over, hvilke udfordringer og barrierer informanterne personligt har i forbindelse med at dyrke motion eller spise sundt. Dermed etablerer underviserne et rum for selvproblematisering, hvor deltagerne opfordres til at anskue sig selv med omverdens øjne og være kritiske overfor de ting i deres liv, som forhindrer den aktive selvstyring. Målet er at identificere og få fjernet de barriere eller fundet de løsninger, som kan give deltagerne mulighed for at styre sig selv ansvarligt og tage bedst muligt hånd om deres diabetes.

I det følgende præsenteres informanternes respektive selvrefleksioner i forbindelse med deres livsstil, som danner grundlag for det personlige arbejde med diabetes og selvet. Det gøres med udgangspunkt i Foucaults (2002) bekendelsesbegreb, hvor informanterne gennem selvanskuelse og problematisering af egen adfærd, skal styrke deres selvstyring. Som den eneste analysedel analyseres interviewene her på langs, i stedet for på tværs. Dermed går afsnittet i dybden med den enkelte informant og får en lidt anden karakter.

Jeg har været grim ved mig selv hele livet

Nogle informanter gør sig flere overvejelser end andre om livet før og efter diabetes og den informant, der i højest grad har taget sit liv til revidering er Villy, der fortæller:

”Jeg er kommet i tanke om at jeg har været grim ved mig selv hele livet og det vil jeg ikke mere. (...) Det kan jeg godt se. Jeg har fået alt for god en kost og det er først nu det er gået op for mig, hvor vigtigt det er at lægge det om.”

Villy bruger aktivt bekendelsen som en selvteknologi og bloter sine inderste tanker om alt fra et tidligere alkoholmisbrug til, hvordan han har oplevet følgevirkninger af sin dårlige livsstil på både sin krop og samliv. Det understreger netop Foucaults (2002) pointe om, at individet bekender alt fra synder til elendigheder, selvom det kan være vanskeligt at sige. Villy viser derved, at han nu ser sandheden om, hvordan han tidligere har behandlet sig selv grimt, men nu ser lyset. For Villy har bekendelsen medført meget konkrete forandringer i hans hverdagspraksis, hvor han især har lagt sin kost om. Efter undervisning og samtaler med ’eksperterne’ har han ændret alt fra morgenmad til aftensmad og han fortæller: *”Vi er begyndt at spise helt anderledes. (...) Før spiste vi al mulig god mad (...) det er jo frikadeller med god sovs, bøffer og sager. Jamen altså jeg har aldrig taget hensyn og nu er vi rigtigt gået i gang med grøntsager og sådan noget”*. Villy ser stadig det de før spiste som god mad og viser dermed ikke skyldfølelse, men hensynet til krop og diabetes vejede tungere og de har derfor omlagt store dele af kosten i hjemmet. På samme måde har han fralagt sig mange af de tidligere vaner han havde i forbindelse med kager, slik, alkoholforbruget og andre ting, som han er blevet bevidst om, ikke er godt for ham. Villy har altså i høj grad implementeret undervisernes anbefalinger i sit liv på vejen mod et bedre liv.

I forhold til motion har Villy tidligere gået meget: *”Jeg har ellers kun gået, jeg går går går. (...) det har jeg gjort de sidste 12-14 år. Jeg lyver ikke når jeg siger, at de sidste ni uger, der har jeg gået 700 km.”* Det viser, at Villy før har haft en aktiv livsstil, men han vil gerne blive endnu bedre til at dyrke motion for at styrke sit helbred og det er en af de vigtigste grunde for ham, til at begynde på diabetesholdet. I undervisningen opfordres deltagerne til at dyrke mere motion for både at få bedre langtidsblodsukker, blodtryk og kolesteroltal og forebygge følgesygdomme. Det rammer lige ned i Villys begrundelse for at revidere sin livsstil i første omgang: *”Det var sådan set fordi jeg kunne se at mit blodsukker var aalt for højt, også selvom jeg motionerer utrolig meget”*. Det er derfor vigtigt for ham at få styr på sit blodsukker og det kræver bl.a. at han optimerer sin fysiske aktivitet så det bliver endnu hårdere. Rose (1999a) påpeger, at man som en del af selvstyringen er pålagt at redegøre for og retfærdiggøre sine forventninger og behov, for både sig selv og andre. Al sammen for at finde den personlige, men socialt pålagte, søgen på mening og tilfredsstillelse i livet. Det gør Villy ved netop at tilstræbe et stabilt blodsukker og et langt liv uden følgesygdomme. En

yderligere diskussion af informanternes ambitioner, frygt og håb for fremtiden findes i analysedel 5.

Det er jo ikke den gode løsning

Kristian har ligesom Villy gjort sig mange overvejelser om at ville leve sundere, både før og efter at han fik konstateret diabetes. Han fortæller at: *”Jeg vidste egentlig i forvejen at jeg skulle ændre på mine kostvaner og tænke så egentlig at det (diabetes red.) måtte være sparket jeg havde brug for, for at komme i gang med ændre sin livsstil og få en sundere livsstil. For jeg har været overvægtigt i mange år og har prøvet noget kur og det går også fint nok, men så har jeg droppet min kur og er faldet tilbage i de gamle vaner”*.

Kristian har længe problematiseret både sin krop og måde at leve på, ud fra de gængse normer om god livsstil, men uden at kunne omsætte det til reelle livsstilsændringer. Han arbejder stadig på at omlægge sin livsstil så den stemmer overens med de forventninger og ønsker han har om det gode liv. Men ofte vinder de gamle vaner, hvor han eksempelvis laver en Knorr lasagne eller *”hvis jeg ikke har fået taget mig sammen så ender det med en frysepizza eller et eller andet. Det er jo ikke den gode løsning, men det er den nemme. (...) jeg vil tro i gennemsnit 2-3 gange om ugen hvor man, hvad årsagen nu måtte være, ikke har taget sig sammen til at få handlet ind til noget ordentligt”*. Så på trods af ønsket om at leve sundt og tabe sig spiser Kristian frysepizza 2-3 gange om ugen. Da han er arbejdsløs skyldes det, ifølge ham selv, ikke mangel på tid men: *”dårlig planlægning og dovenskab”*. Kristian går således både til bekendelse om sin usunde livsstil og personlige fejl som dovenskab. Han er villig til forandring og kan bruge bekendelsen som en renselsesproces på vej mod sit mål.

Men i bekendelsen ligger også drømme og det man stræber mod: *”Jeg tænker mere over det og køber ofte grønt og får noget salat eller råkost til min mad. (...) og også skåret mere ned for portionerne, for det tror jeg også var mit problem før, at det var for store portioner”*.

Kristian gør sig generelt mange overvejelser om livsstil, hvordan han spiser og hvad han bør spise. Han har således påtaget sig selvproblemativering, men kæmper stadig med nogle forhold, der forhindrer ham i at leve så sundt, som han gerne ville. Ifølge Rose (1999a) er en anden af selvstyringens mekanismer, at individet også fortolker deres valg og begrundelsen herfor. Kristian reflekterer i denne forbindelse over sin opvækst med: *”traditionel dansk mad og så igen, at portionerne sikkert var for store (...) Jeg tænker også at det er nemt at sidde og bebrejde alle mulige andre for ens dårlige vaner, men det kommer jo nok meget af ens*

opvækst jo”. Kristian oplever, at opvæksten har været med til at forme hans livsstil og har skabt vaner, som han kæmper med at lægge fra sig nu. Når han reviderer sit liv i relation til kosten bliver det et opgør med forældrenes mad og dermed måde at leve på. Det er nu hele hans tidligere liv og selvforståelse, der skabes i barndommen, som kommer under bedømmelse gennem de moraler som samfundet og underviserne har tilbudt ham. I den proces vil Kristian forventeligt gentænke sig selv som diabetespatient og fremadrettet anskue sit liv i det lys.

Kristian er ikke kun kritisk overfor den mad han spiser, men i lige så høj grad hans fysiske aktivitetsniveau. Det er aldrig lykket ham at etablere en aktivt livsstil og han håber, at dette forløb vil betyde, at han kommer til at dyrke mere motion fremover. I den forbindelse opfordrer diabetesteamet i motionsundervisningen til: *”Find dine grunde. Hvorfor vil jeg motionere?”* (bilag 6). De sigter mod at forme informanternes vilje og sikre en effektiv selvstyring i tråd med Foucaults bekendelsesbegreb. Kristian italesætter her, hvordan han generelt tror: *”at alt ville være nemmere, hvis man havde et sundere liv”*, både i forhold til sociale, økonomiske og personlige gevinster, der uddybes i analysedel 5. Ved at skabe sådanne sandheder om sig selv, som man kan blive holdt op på, vil Kristian jf. Foucault blive fastholdt i at fremme selvstyringen. Det centrale her er ligeledes, at det er ham selv, der definerer de principper, der skal ligge til grund for selvstyringen, hvilket forstærker den forpligtende effekt. I forbindelse med at tage kontrol over selvstyringen er Kristian således både blevet bevidst om, hvordan han lever, hvorfor de vaner er opstået og hvad han ønsker, der skal træde i stedet.

Bortset fra de der kageudsving

Ligesom Villy og Kristian, fortæller Lone, hvordan hun spiste mere usundt før hun fik diabetes: *”Før spiste jeg nok lidt mere sovs og noget federe kød og nok også en hel del mere brød, altså kager og sådan nogle ting. (...) Jeg spiser flere grøntsager end før jeg fik diabetes, mange flere grøntsager”*. Da Lone sjældent laver varm mad til sig selv er det hun spiser mest af til daglig: *”Rugbrød, jeg spiser meget rugbrød”* med fedtfattigt pålæg og vand til, som netop er nogle af de ting, diætisten anbefaler. Lone er en overvægtig kvinde, men gør sig umiddelbart ingen tanker om at hendes kost burde ændres. Hun beskriver at: *”Jeg synes nok at som jeg kører nu, bortset fra de der kageudsving, så synes jeg nok at jeg kører en rimelig diabetesvenlig mad.”* Det er her Lones laster ligger, i kagerne. Hun går senere til

bekendelse om, at den kritiske tid ofte kommer om eftermiddagen når den søde tand melder sig: ”I går bagte jeg en lakridskage, en diabetesopskrift fra velværekøkkenet. Ja og den tog jeg et stykke af i går eftermiddags og i går aftes hvor jeg havde gæster... eller to stykker tog jeg nok når jeg skal være ærlig”. Lone erkender at det i perioder er hver dag hun spiser kage og tilføjer: ”Jeg er så glad nogle gange hvis der bare går fem dage; nu har du ikke syndet i fem dage. Så er det en sejr for mig”. Når Lone beskriver det at spise kage som en *synd* påtager hun sig næsten en religiøs diskurs, der ofte anvendes i relation til usund mad. Hun taler ikke om at nyde et stykke kage eller bare at spise det, men som en synd, der afholder hende fra den frelse hun, jf. Foucault (1982) søger gennem bekendelsen. Det er tydeligt at Lone problematiserer sit kageforbrug og af samme grund tøver hun nok med at fortælle, at hun ikke tog ét men to stykker kage aftenen før. Hvis der derimod går flere dage uden at hun spiser kage, bliver hun glad og beskriver det som en *sejr*, hvilket ligeledes er en tydelig indikation på, at hun har indoptaget omverdenens forståelse af, hvad der er rigtigt og forkert at spise, i sin bevidsthed. De får betydning for den selvopfattelse hun får, når hun ikke formår at leve op til disse normer, men gentagne gange synder. En af Lones største udfordringer er dertil at holde sig fysisk aktiv, hvilket hun kun er meget sjældent. Hun begrundet det bl.a. med hjerteflimmer og migræne, men ser stadig diabetesholdet som en mulighed for at blive mere aktiv og tilegne sig en bedre selvstyring. Derudover vil hun gerne etablere en relation til andre, hun kan dyrke motion med, da det kan være svært at motivere sig selv. Det uddybes i analysedel 3. Selvom Lone generelt gerne vil fremstille sig selv som en ansvarlig person, der lever sundt, bekender hun sit begær for kage og inaktive livsstil, der hindrer hende at finde den frelse, hun søger. Bekendelsen som vej til at være bevidst om sine fejl og mangler bliver ligeledes for Lone et vigtigt skridt mod den ansvarlige selvstyring.

Jeg er et menneske der accepterer

Berit gør sig ikke mange refleksioner om, hvordan hendes kost har ændret sig efter hun fik diabetes og har kun i lille grad taget bekendelsen som selvteknik til sig. Berit forklarer, at hun generelt prøver at leve sundt, men beskriver at det godt kan være svært med kosten for: ”man skal jo hele tiden tænke på, at man skal have noget grønt med og noget fedtfattigt” og det er netop noget at det hun håber at opnå på diabeteskurset: ”et brette skub bagi for man kan nemt falde lidt tilbage” fortæller hun alligevel. Hun beskriver, at de spiser traditionel dansk mad med kød, kartofler og tænker over at få grøntsager, men der kan også kan blive plads til kiks med ost og ”somme tider kan der godt smutte et stykke kage”, men det oplever hun ikke som

et problem. Selvom Berit ikke lever meget sundere end Villy og Lone, gør hun sig ingen yderligere bekendelser eller selvransagelser i forbindelse med sin livsstil. Hun udtaler: *”jeg er et menneske der accepterer”* og det er meget sigende for hendes indstilling til de fleste ting. Berit lever i store træk efter anbefalingerne for diabetikere, men efterstræber ikke at være sundere eller aktivt forsøger at optimere sin livsstil. Udtalelserne understreger dog, at hun anerkender de gældende normer for god og sund livsførelse blandt diabetikere.

Jeg tænker meget over, hvad jeg putter i min mund

Jane fortæller, at hun generelt spiser sundt som hun er vant til at gøre. Hendes nu afdøde mand havde ligeledes diabetes, som de tog hensyn til. Men efter at have gået på diabetesholdet er der små ting i hverdagen hun har ændret, for at leve endnu sundere. Her nævner hun: *”nu har jeg fået at vide, at jeg skal kigge på de der varemærker (...) de der fuldkornsmærker. Det har jeg ikke tænkt så meget på før, der har jeg bare gået efter prisen”*. Generelt fortæller Jane at hun spiser *”virkelig mange grøntsager”* men også fisk og magert kød. *”Jeg tænker meget over, hvad jeg putter i min mund”* siger hun og mener umiddelbart heller ikke at hun kan forbedre en masse omkring sin kost. Hun giver tydeligt udtryk for, at have lyttet til underviserne og integreret det i sin livsstil. Bekendelsen kommer her til udtryk i den sammenhængende fortælling Jane skaber om sig selv. Ved at bruge bestemte begreber om sig selv og sin livsstil bliver det en måde for hende, at etablere en selvforståelse i relation til de dominerende diskurser inden for diabetesområdet.

Som den eneste informant fortæller Jane, at det økonomisk kan være svært at få råd til både at købe sunde fødevarer, men også at deltage i aktiviteter på lige fod med sine veninder. Hun beskriver dels, at hun nogle gange undlader at købe sunde fødevarer fordi hun skal spare, men også at økonomien forhindrer hende i at dyrke den motion hun gerne vil: *”Jeg vil meget meget gerne gå til svømning, jeg synes bare det er for dyrt at gå deroppe. Og det er nok det, der holder mig lidt tilbage, at jeg skal sådan lidt tænke på mine penge”*. Motionen er det eneste Jane bekender hun kunne forbedre, hun vil gerne være mere aktiv og kan mærke forbedringerne i kroppen når hun gør det. Hun er efter deltagelsen på diabetesholdet begyndt at gå mere, men er fysisk belastet af sine dårlige ben og har derfor lav kropslig kapital. Jane har således gode intentioner om at være sund og leve op til anbefalingerne for diabetikere. Til en vis udtrækning lykkedes det og Jane gør sit for at tage ansvaret på sig, men hun er

begrænset af både manglende økonomisk og kropslig kapital, der sætter en stopper for, at hun kan være den aktive patient, hun ønsker.

Der er heller ingen der kan forstå, jeg har fået sukkersyge

Jens har altid spist ret sundt, men har efter deltagelse på diabetesholdet alligevel fundet plads til små forbedringer og er derfor begyndt at spise flere grøntsager. En af de største omvæltninger i hverdagen for Jens, er et formindsket indtag af frugt: ”*Jeg har aldrig spist meget slik og søde sager og sådan noget der. Jeg har nok før i tiden spist mange flere æbler, for vi har en kolonihave, hvor der er æbler og pærer og blommer og det kunne jeg spise meget af.*” Men nu han har lært, at han også bør undgå frugtsukker og ser sig derfor nødsaget til at skære ned på frugten, som han ellers holder af. Det er for ham den største livsstilsændring og måske ikke kun fordi han skal spise anderledes, men fordi det griber ind forestillingen om det gode liv, han har i kolonihaven med sin kone om sommeren.

Da Jens både før og nu har dyrket meget motion i form af løb, gang, svømning og andet træning lever han generelt et meget sundt liv. Med de diskurser, der hersker i relationen mellem diabetes og usund livsstil, undrer både Jens selv og hans omgangskreds sig over, hvordan sygdommen kunne ramme ham: ”*Der er heller ingen der kan forstå, jeg har fået sukkersyge*” fortæller han. Det er en del af Jens’ selvforståelse og selvfortælling, at han netop ikke passer ind i det gængse billede af diabetikere. Selvransagelser har ikke givet Jens vished, da han langt hen ad vejen følger de normer og mål, som samfundet og underviserne har etableret. Det vidner om, at der i samfundet hersker en stærk 1:1 forestilling om sammenhængen mellem livsstil og diabetes, selvom Resnik (2014) påpeger, at udviklingen af diabetes ofte er knyttet til et samspil af faktorer, der både er livsstilsrelaterede, men også genetiske dispositioner for at udvikle sygdommen. Jens har som den eneste informant et barn, der som lille fik konstateret diabetes type 1 og Jens har derfor været meget opmærksom på at leve sundt det meste af sit liv. Når begge disse forhold gør sig gældende er det ikke usandsynligt, at Jens er genetisk disponeret for diabetes, som hans kone Bente også mistænker: ”*hvorfor skulle Jens ellers lige få det*” spørger hun, når han både er slank og lever sundt. I samtalen etableres derved en fælles forståelse og sandhed om, at Jens’ diabetes ikke er selvforskyldt. Deri findes også den diskursive magt, som bliver en del af informanternes selvforståelser.

Dette emne kom ligeledes til forhandling i undervisningen, hvor det blev observeret i, at problemstillingen *om diabetes er selvforskyldt* blev debatteret blandt diabetikerne. Det var desværre uden for notat og alting blev således ikke opfanget. Men det er bemærkelsesværdigt, at de var uenige om graden af det personlige ansvar for udviklingen af sygdommen. For nogle vil det betyde, at de oplever en skyld over at have udviklet diabetes, mens det for andre kan skabe uforståenhed og frustrationer, hvis man lever sundt men alligevel får diabetes. Begge dele vil forventeligt fylde meget i diabetikers bevidsthed. Selvfølgelig, der ikke mener at det er deres eget ansvar, vil altid skulle stå til regnskab og redegøre for deres livsførelse for at imødekomme denne diskurs, som det findes ved Jens. Ansvar bliver uundgåeligt en del af det selvbillede, de skaber og den selvfortælling, som bliver en del af deres diabetesidentitet.

Der er altid noget, der kan gøres bedre

Tom har som Villy og Jane altid spist relativt sundt, men alligevel fundet plads til optimering af sine kostvaner. Han beskriver, at de tænker meget over at spise sund og fedtfattig mad med mange grøntsager. Det Tom har ændret mest siden han fik diabetes, er indtaget af kage, som er skåret meget ned: *”jeg har altid været mæg kageglad, det har jeg nok lagt lidt på hylden de sidste 10 år”*. Selvom han er glad for kage, er det vigtigere at passe på sin krop og leve sundt. Tom der altid søger at vide mere om sig selv og sin diabetes har dog i forbindelse med kurset fundet ud af, at hans sunde og vante havregryn om morgenen ikke var så gode for ham, som han troede: *”det sætter mit blodsukker for højt op fandt jeg ud af ved sidste måling, så nu er jeg begyndt på rugbrød”* og han kan også mærke at det har gode indvirkninger på kroppen.

Men det er i motionen Tom selv ser de største muligheder for forbedring og det er én af de primære grunde til at han meldte sig til undervisningen: *”jeg har da motioneret, men måske ikke så intensivt.”* bekender han. Det er især om vinteren han gerne vil motionere lidt mere, når han anskuer sig selv udefra og hvor meget motion han *bør* få. For Tom handler det grundlæggende om at: *”Der er altid noget, der kan gøres bedre”* og det er en diskurs, som er meget sigende for, hvordan han forstår sig selv og lever sit liv. Tom lever generelt op til anbefalingerne for diabetikere og viser gennem sin selvfortælling at han er sund, men han stræber altid efter at optimere sig selv og sin livsstil.

Generelt er denne diskurs meget rammende for den fortælling, der er på tværs af informanternes liv. Uanset hvor sund eller usund en livsstil de har, så vil der altid være plads

til forbedring; om det så handler om at lade være med at spise frysepizza tre gange om ugen eller om det er at spise mindre frugt og flere grøntsager. Det er en mentalitet, der hersker i samfundet, hvor bekendelsen og selvransagelsen bliver en del af den disciplinerende og optimerende biomagt, som alle informanterne gennem deres fortællinger, giver udtryk for at være underlagt. Bekendelsen bliver dertil et resultat af den forpligtelse, som alle oplever til at være frie og styre sig selv ansvarlig. Foucaults magtbegreb bygger som bekendt på ideen om det frie individ, der kan anskue sig selv og regulere sin egen adfærd. En del af denne proces indebærer netop selvproblematismen.

Ovenstående viser, at informanterne i større eller mindre grad benytter selvransagelser og bekendelser som en selvteknologi på vejen mod at optimere deres selvstyring og handle mere ansvarligt i forhold til deres sygdom og liv generelt. Bekendelsen er et led i at skabe en selvfortælling, hvori de kan gentænke sig selv som diabetikere og integrere det i deres identitet. Når informanterne tager bekendelsen til sig i en grad, som det er belyst ovenstående, er det med til at understrege Foucaults (2002) pointe om, at bekendelsen har indskrevet sig i kernen af magtens individualiseringsprocedurer. Bekendelsen retter netop fokus mod individets personlige oplevelser, synder og ønsker og får dermed ofte placeret ansvaret ved den enkelte, både for bekendelsens indhold og forhandlingerne af sin selvfortælling. Alle informanterne giver udtryk for en forpligtelse til at styre sig selv ansvarligt, hvilket indebærer en styring af både indstilling, adfærd og i sidste ende kroppen. De har foretaget ændringer i forhold til, hvordan de indretter og lever livet på baggrund af den viden, de har tilegnet sig fra underviserne. Det understreger netop pointen fra Rose (2001) om, at det i denne bio- og ethopolitiske tid er selve livet i hverdagen, der er genstand for bedømmelse, på baggrund af særlige diskurser fra bestemte personer eller institutioner.

Delkonklusion: Kulturel kapital som ressource

På baggrund af ovenstående analyse findes det relevant at inddrage den kulturelle kapital, som en ressource, der deler informanterne, i deres håndtering af diabetes. Denne kapitalform kommer ikke til udtryk som en ressource hverdagen eller informanternes bevidsthed, i samme grad som den sociale- eller kropslige kapital senere vil vise sig at gøre. Derfor er det her ligeledes valgt at inddrage refleksioner om habitus, der netop kan forklare mere komplekse fænomeners relation til konkrete hverdagsfænomener.

Som bekendt er fem af de syv informanter pensionerede, men det vurderes alligevel at den uddannelses- og arbejdsmæssige baggrund har betydning for både informanternes værdier og selvforståelser. Når arbejdslivet ligeledes inddrages skyldes det, at uddannelse da flere af informanterne var unge, ikke havde samme betydning som i dag. Dertil kan en stærk tilknytning til arbejdsmarkedet være udtryk for en omsætning af den kulturelle kapital til andre ressourcer.

Jeg har valgt at anskue Jane, Tom og Jens som de mere aktive og ”ansvarlige” patienter, baseret på mønstre i forbindelse med, hvordan de er meget opmærksomme på at have en sund livsstil og gør en stor indsats for at tage ansvar, ved selv at søge information, dyrker motion og formår at tage kontrollen over deres måde at leve på. Jane og Jens har en relativt høj grad af kulturel kapital, som henholdsvis mangeårig selvstændig erhvervsdrivende og erhvervsskolelærer, samt for begge et kulturelt aktivt fritidsliv med koncerter, biograf, museumsbesøg mv. Tom afviger umiddelbart herfra med sin håndværksmæssige uddannelse og lagerarbejde. Han agerer mere ansvarligt i sin håndtering af diabetes, end hvad man kunne forvente på baggrund af hans kulturelle kapitaler alene. Dog er Tom aktiv i forskellige foreninger og vil gå Caminoen som en pilgrimsvandring med sin kone. De har derfor alle tre en vis kulturel kapital, hvilket tegner et billede af, at denne gruppe vil tage større ansvar gennem selvstyring og videnstilegnelse end de med mindre grad af kapital. På den anden side kan Toms situation indikere, at kulturel kapital alene ikke kan forklare differentieringen af ansvar for egen sundhed.

I forbindelse med tilegnelse af viden, belyst i analysedel 1, afviger Jens lidt fra de andre to ved ikke at udvise samme interesse herfor. Det kan jf. Bourdieu skyldes dele af hans individuelle habitus, der er baseret på den tidligere erfaring, som Jens tilegnede sig ved at have en lille søn, der fik diabetes type 1. Da Jens selv fik diabetes fandt han det måske ikke nødvendigt at finde mere informationsmateriale, end det lægen udleverede, da han allerede havde stærke dispositioner og strategier for håndtering af sygdommen, som han kunne fremkalde og trække på. Dette understøttes netop af Jens’ meget sunde og aktive livsstil, der kun på meget få områder har adskilt sig fra, det underviserne anbefaler.

Når Jane, Jens og Tom alligevel har så ensartede måder at håndtere diabetes på, er det jf. Bourdieu et udtryk for, at deres habitus, som indeholder informanternes kognitive opfattelses- og handlingsstrukturer, er relativt ensarterede. Habitus tilegnes både gennem livshistorie, men også den sociale position, der netop er påvirket af den samlede mængde kulturelle kapital, informanterne besidder. Via deres sociale position har de indoptaget nogle

dertilhørende normer og værdier, som ligger til grund for valg og handlinger i forbindelse med diabetes. Derved kan habitus også være et klassefænomen, der er med til at forme denne ensartede præference for en sund livsstil, aktiv håndtering og tilegnelse sig viden om sig selv og diabetes. Som klassefænomen kan habitus ligeledes forklare, hvorfor der er forskel på de strategier og handlingsskemaer, som grupperne af relativt høj- og lavkulturelle informanter bruger til at styre deres sygdom.

Berit og Villy har begge en kort uddannelse inden for butik og er ikke yderligere kulturelt interesserede, men begge aktive i lokalt foreningsliv. De gør også en aktiv indsats for at leve op til anbefalingerne for diabetikere, men giver udtryk for, at det er mindre vigtigt for dem, at have en kontrolleret og ansvarlig selvstyring over deres sygdom. De er begge klar over, hvad de bør gøre og har derved påtaget sig de gældende diskurser for, hvad der er sundt og godt. Via deres kulturelle kapital, blandt andre, er de placeret et sted i det sociale rum, hvor fokus på en sund livsstil og ansvarlig selvstyring forventeligt ikke tillægges samme værdi, som blandt de med mere kulturel kapital. Dertil har Berit og Villy begge levet på en bestemt måde i mange år og kan finde det svært at omlægge deres livsstil fuldstændig, fordi de nu har fået diabetes. Habitus anvender altid tidligere erfaringer til at strukturere og selekttere i den nye viden, hvilket grundlæggende gør det svært at skabe livsstilsforandringer. De livsstilsændringer, som undervisningen har til hensigt at medføre, vil derfor blive tilpasset de dispositioner, som informanterne allerede har. Berit og Villy forsøger derfor at tilpasse diskursen om den ansvarlige håndtering af diabetes, til det hverdagsliv de i forvejen lever.

Lone og Kristian har med henholdsvis ingen- og lav uddannelse, samt ingen yderligere kulturelle interesser, den relativt laveste grad af kulturel kapital. Det er ligeledes dem, der finder det sværest at leve op til diskursen om den aktive og ansvarlige håndtering af diabetes. Det kan ligeledes henføres til de handlingsskemaer og dispositioner, der følger med denne sociale position, hvor aktiv videnstilegnelse ikke vægtes ret højt og hvor værdierne, der forbindes med det gode liv, ikke stemmer overens med den livsstil der anses som bedst for diabetikere. Det kan derfor være langt sværere at tilpasse habitus og deres kognitive strukturer til den nye livsstil de reelt ønsker at efterleve. Den primære forskel på de to er, at Kristian, som nyligt diagnosticeret diabetiker, stadig har meget at vide om at tilegne sig og arbejder på at få ændret de dispositioner, der er afgørende for, hvordan han tilrettelægger sit liv. At opfatte sig selv som diabetiker, kræver en ændring i selvforståelsen, som tager tid at implementere. Lone har haft en del år til denne proces, men står stadig overfor betydningsfulde udfordringer, som tyder på konflikter mellem habitus og hvordan hun ønsker

at leve. Begge gør sig overvejelser om, hvilke forhindringer der ligger i vejen for den ansvarlige selvstyring og arbejder på at få implementeret dem i deres hverdagsliv. De kæmper således for at få ændret den habitus, de har, som følge af deres sociale position og personlige livshistorie. Det kræver dermed et større arbejde at fralægge sig de tidligere strukturer og dispositioner, for nu at kunne efterleve normerne for ansvarlige diabetikere, som de ønsker.

Da habitus skabes i individets unikke sociale position og livshistorie vil ingen af informanterne have de samme dispositioner eller opfattelsesmodeller, at håndtere deres diabetes ud fra. Mange forhold adskiller dem derfor, men der findes mønstre i mængden af kulturel kapital, der kan være med til at forklare, hvorfor nogle informanternes værdier og handlinger er mere ensartede. Der tegner sig således et billede af, at informanterne med relativt mere kulturel kapital også er dem der oplever det største selvansvar og har den stærkeste selvstyring ved aktivt at søge ny viden og leve op til normerne for god og sund adfærd for diabetikere. Dette billede understøtter netop antagelserne i problemfeltet.

Analysedel 3: Social selvstyring

En af de udfordringer diabetikere ofte oplever er, at der ved sociale sammenkomster eller festlige begivenheder serveres mad, som de ikke bør spise, hvis man vil leve op til normerne for god og ansvarlig livsførelse. ”*Ting som oftest med os danskere, involverer mad eller drikke. Hygge hænger som regel sammen med noget, der skal indenbords*” beskriver Kristian meget rammende. Det kan for nogle informanter være en udfordring og for at kunne navigere mellem ansvarlig selvstyring og social deltagelse, benytter informanterne en række selvteknikker, der belyses i det følgende. I denne afsnit benyttes Foucaults teori i samspil med Bourdieus sociale kapitalbegreb, da de sociale situationer selvsagt er præget af de sociale relationer og netværk, som de finder sted i.

Jeg spiser bare mindre af det

Det er forskelligt i hvor høj grad informanterne oplever det som svært at passe den sunde livsstil når de er sammen med andre. Det er især Kristian og Lone, der finder det udfordrende. Hun beskriver i forbindelse med en fødselsdag:

”der var boller med smør og der var lagkage med et tykt lag glasur og flødeskum og ting og sager. Der var jeg stolt af mig selv, der sagde jeg nej tak til lagkagen, men jeg spiste tre halve boller. Jeg er jo godt klar over at det er ren hvede og hvede får mit blodsukker til at drøne derop, men jeg tænkte; det er trods alt bedre en decideret rent sukker (...) Jeg er nødt til at starte et sted og så lige rose mig selv for det.”

Det er en udfordring for Lone, hver gang hun spiser ude og de serverer kage eller andet mad, hun ikke burde spise. Ovenstående citat belyser, at Lone meget gerne ville kunne spise det samme som andre og har lyst til lagkagen med tyk glasur og flødeskum. Hun fravalgte kagen, til fordel for bollerne, der dog også påvirker både hendes blodsukker og samvittighed negativt. Såfremt der kun serveres kage, så spiser Lone den alligevel. Begrundelsen er, at hun ikke vil sætte folk i forlegenhed ved at udtrykke at deres mad ikke er god nok: *”jeg har ikke en ret stor vennekreds så de venner jeg har, dem vil jeg gerne passe på”* og en måde for Lone at styrke sin sociale kapital på, er at spise det der serveres, også selvom det ikke er godt for hendes helbred. *”Men altså jeg spiser så måske ikke så meget”* tilføjer hun.

Netop det at spise mindre af den usunde mad er en selvteknologi, samtlige informanter beretter om, som hjælper dem til at leve sundere. Det er en af de primære selvteknologier, informanterne tilbydes af underviserne. Berit, der også finder søde sager fristende, fortæller ligeledes: *”Jeg tager lidt, (...) der er ingenting der er forbudt siger de på kurset”*, man skal bare tænke over mængden. Det ses dermed, at al mad er tilladt at spise og informanterne har således frie rammer - de skal bare kunne kontrollere sig selv og styre friheden ansvarligt. Det kan de gøre ved kun at tage en lille smule. Det understreger den kompleksitet, hvormed den governmentale magt indvirker på individets liv. Informanterne gives et rum af handlemuligheder og oplever modsatrettede forventninger om på den ene side, at deltage i det sociale fællesskab, men samtidig forvalte sin livsstil ansvarligt. Det medfører en forskellig forvaltning af friheden blandt informanterne, trods brugen af de samme selvteknikker.

Jens og Villy gør sig ligeledes tanker om at vælge den sundere mad og tænke over mængden. Villy fortæller: *”Jeg spiser det der kommer på bordet (...) Som regel er der også nogle grøntsager eller noget til, så tager man bare det. Det kan jeg sagtens gøre og så spiser jeg for øvrigt ikke så meget.”* Informanterne både oplever og håndterer situationen ganske forskelligt. Hvor det for Lone og Kristian er svært at undgå det usunde, beskriver både Villy og Jens, at det ikke er noget der påvirker dem ret meget. *”Det der med lagkagen, der står der, det rører mig ikke.”* fortæller Jens. De tager lidt mere af det sunde, der bliver serveret og spiser mindre af det usunde.

På samme måde finder Jane eller Berit det heller ikke svært at tage hånd om sin diabetes når de er ude med andre og som de resterende informanter spiser de bare noget mindre af det, der serveres. Jane fortæller om en veninde, der kan finde på at ringe og sige: *”så er jeg liiige kommet til at købe en othelloagkage, vil du ikke komme over og få et stykke?”* Her svarer Jane: *”Nej ikke i dag, jeg har lige nogle andre ting jeg skal ordne”*. På samme måde beskriver Berit *”jeg kan ikke spise et stykke lagkage eller othelloagkage eller sådan noget. Men (...) så kan jeg også spørge om jeg ikke må få en rugbrød”*. Ofte har Berit også selv rugbrød med i tasken, som hun spiser, hvis der kun serveres kage og frugt. Det vigtigste for Jane og Berit i sådanne situationer, er altså at passe på deres krop, men det betyder ikke, at det sociale er mindre vigtigt. De har begge en relativt stærk social kapital og gode netværk, som de holder ved lige. Næste dag ringer Jane eksempelvis til veninden igen og spørger om de skal drikke en kop kaffe. Derved forsøger de begge at skabe balance mellem på den ene side at passe på sig selv og på den anden side at tage vare på sine sociale relationer og netværk.

Livet går jo ikke i stå fordi man får en sygdom

Oplevelsen af, hvordan det sociale netværk håndterer og tager hensyn til informanternes diabetes er ligeledes noget, der adskiller informanterne. Mens Villy, Berit og Lone finder det prisværdigt og hjælpsomt når venner eller bekendte finder særligt mad til dem, ønsker Tom og Jane derimod ikke at folk skal tage særlige hensyn. Tom var for nylig til bryllup, hvor brudeparret havde spurgt: *”skal du have en diabetes dessert? Nej det skal jeg ikke!”* svarer Tom *”Jeg skal ikke sidde der og være specielt og åha han er syg, han har diabetes”*. Folk skal ikke give ham særbehandling eller synes at det er synd for ham, for det har han aldrig selv synes. Jane bryder sig ligeledes ikke om, hvis man kommer hjem til nogen: *”og de vil gøre det så godt og de gerne vil lave noget ekstra mad og sådan noget. Det synes jeg ikke de behøver, for jeg kan jo tage det jeg må”* Jane sætter ligeledes ikke pris på den særbehandling, nogle vil give hende, selvom hun er klar over, at det er af god mening. For Tom og Jane bunder det måske i, at særbehandlingen påvirker deres selvforståelse som diabetikere. De oplever ikke sig selv som syge eller ude af stand til selv at tage ansvar for sin livsstil. Det er en tendens, der kan understøttes af flere diabetikere, noteret i den deltagende observation. I undervisningen lå der nogle kort med udsagn på bordet, som skulle hjælpe informanterne med at reflektere over, hvilke udfordringer de havde. Her påtalte flere, at kortenes udsagn gjorde dem mere syge end de var. For mange oplever ikke sig selv som værende syge og

ønsker ikke at det skal være en del af deres identitet. Hvordan dette forhold er en del af den somatiske identitet, jf. Rose (2001), belyses uddybende i analysedel 5.

Som de andre informanter spiser Tom også mindre af det usunde, hvis de eksempelvis får kage på arbejdet. Men når han skal i byen, til bryllup eller andre sociale begivenheder bruger Tom en anden strategi: ”*Så har jeg den blå pind med i lommen.*” Han henviser til sin insulinpind. ”*det ordner jeg bare lige* (Tom siger en hurtig lyd og lader som om han stikker sig selv i maven) *for så kan jeg spise som alle de andre*”. For Tom betyder insulinen enormt meget og han har efter eget udsagn aldrig haft det så godt og så stabilt et langtidsblodsukker. Insulinen var grunden til, at han til det førnævnte bryllup kunne spise, drikke og feste til kl. tre om natten, lige som alle de andre, uden problemer. Den samme taktik bruger også Lone og Berit, der med insulinen får mulighed for at spise en rigtig dessert til sit og Hennings kommende guldbryllup. Insulinen bliver med Roses (2001) ord til en biomedicin, der er tæt forbundet med de selvteknikker, som informanterne bruger til at navigere mellem sociale fællesskaber og den personlige håndtering af diabetes. Insulinen bliver derved ikke kun et produkt til behandling af diabetes som sygdom, men netop en selvteknologi, der skaber mulighed for at leve deres liv på en anden måde end der ellers havde været muligt.

Det er generelt vigtigt for informanterne at kunne leve godt, hvor Kristian ligeledes fremhæver, at sociale begivenheder med sin omgangskreds stadig prioriteres højt: ”*for livet går jo ikke i stå fordi man får en sygdom eller får konstateret en kronisk lidelse. (...)* *Selvfølgelig, det er godt nok at få nogle sundere vaner og en sundere livsstil, men man skal heller ikke sætte alt andet på standby*”. Kristian havde været til en fest, hvor han besluttede sig for ikke at tænke så meget over hvad han spiste den aften, men i stedet ville: ”*dyrke det ekstra motion efterfølgende, for at opveje det man har fået for meget.*” Det er netop også en af de teknologier, som informanterne har lært til undervisningen. Hvis man har levet for usundt må det opvejes ved at gøre en ekstra indsats efterfølgende og det bliver således en evig balance mellem at leve ansvarligt og leve godt. Igen handler det om at kunne styre og forvalte sin frihed ansvarligt.

Alle informanter giver udtryk for, at det at have fået diabetes ikke har ændret deres sociale relationer, hverken til venner eller familie. Det skyldes forventeligt at de generelt er meget opmærksomme på at styrke deres sociale kapital og finder det vigtigt, selvom de bruger forskellige selvteknikker til det i form af at spise mindre, takke nej, have madpakke med, tage insulin eller andet. Nogle informanter finder det sværere at skabe denne balance end andre og

især Lone og Kristian kan finde det svært at forvalte denne frihed, hvor de resterende informanter har lettere ved aktivt at tage ansvar for deres diabetes.

Jeg kunne jo slet ikke undvære hende

En af de største styrker for informanterne viser sig at være det, at have en tæt partner, man kan dele sit hverdagsliv med. Tom, Jens, Villy og Berit har alle ægtefæller, som de har været gift med i mange år. Hvordan ægteskabet som både social kapital og styringsredskab påvirker informanternes oplevelse og håndtering af diabetes, belyses i det følgende.

Tom fortæller indledningsvist, hvordan det var hans kone, som han nu har været gift med i 38 år, der blev opmærksom på hans diabetessymptomer. Tom drak rigtig meget vand og tisede hele tiden: *”Så fik hun bestilt en tid ved lægen, for hun er social og sundhedshjælper, så hun har jo set de symptomer før.”* Det er sandsynligt, at Tom uden sin kones indblanding kunne være gået længe med diabetes inden det blev opdaget, som mange oplever. Tidlig opsporing af sygdommen giver mulighed for bedre behandling og det har formentlig øget Toms chancer for at undgå følgesygdomme på sigt. Derudover beskriver han, hvordan de i fællesskab blev klogere på sygdommen og hvordan den skulle håndteres, *”det er måske også rart at sidde med en bog sammen med sin kone og sige; hvad er det nu lige det der er osv.”*. På den måde er hun en støtte for ham i forbindelse med sygdommen. Tom beskriver ligeledes, hvordan de dyrker meget motion sammen, både når de kører mountainbike eller geocacher. De gør nogle ture ud af det og er ofte af sted hele dagen, hvor de får kørt 40-50 km i skoven. Det giver med stor sandsynlighed Tom en ekstra motivation for at komme ud og dyrke motion, når han har sin kone med.

Jens fortæller ligeledes, hvordan han er meget aktiv sammen med sin kone Birgit, som han har været gift med i 20 år. De går ture og arbejder sammen i kolonihaven. Da de begge er pensionister tilbringer de meget af dagen sammen og er således en stor del af hinandens hverdagsliv. Det viste sig også under interviewet, hvor Birgit kom ud i køkkenet under samtalen med Jens. Som det mest naturlige i verden satte hun sig ved bordet med os og tog en kop kaffe mens hun talte med. Da jeg spurgte ind til Jens’ spisevaner svarede de begge:

Jens: *Vi tager en debat om, hvad vi skal have til aften og så...*

Birgit: *Så prøver vi på at, vi skal hvert fald have fisk en gang om ugen. Det skal vi da. Og så lever vi da rimelig, altså vi får meget varieret kost.*

Senere fortsætter de:

Birgit: *Det er jo nok noget man har fået ind med modermælken, vi skal jo sørge for at få det fisk. Det er nogen gange svært at få fat i noget ordentligt fisk skal jeg hilse og sige.*

Jens: *Vi skal have nogen i aften.*

Birgit: *Vi skal nemlig have rødspætter i aften.*

Jens: *Som er købt ved en båd i blokhus, der lige var kommet ind. Så de var hvert fald friske.*

Samtalen vidner om den særlige indforståethed, der kan være mellem personer, der har været sammen i mange år. Jens italesætter det også selv, når han fortæller om håndteringen af diabetes i hverdagen: ”*det har vi jo et samarbejde omkring, uden at vi sådan sidder og drøfter det.*”. Tom beskriver på samme måde: ”*vi kender hinandens vaner! Så nej, jamen vi er sku ved at være så gamle, vi ved hvad hinanden tænker*”. På samme måde giver Villy udtryk for et tæt samarbejde med sin kone Katrine, han har været gift med i snart 50 år. I forhold til kosten beskriver han: ”*vi har snakket om, Katrine og jeg, at vi er altså nødt til at lægge de kostvaner om*”. Det er især efter Villy er begyndt på diabetesholdet og tager sin nye viden om fødevarer og måltider med hjem. Da det er Katrine, der er ansvarlig for al madlavning i hjemmet er det især vigtigt for Villy at hun er med i processen. Sammen har de etableret en ny forståelse af, hvad der er rigtigt for dem at spise og det er nu blevet en del af den relation Villy har til sin kone.

Dialogen med ægtefællen får præg af at være en bekendelse jf. Foucault, om end ikke i den oprindelige forstand. Med ved at tale sammen og skabe enighed om, hvad man bestræber sig på og vil undgå, skabes der nogle fælles sandheder, som informanterne kan fastholdes på i hverdagen. Dertil skabes en følelse af forpligtelse overfor en signifikant anden og samlet kan det blive betydningsfulde selvteknologier for informanterne. Alle mændene fortæller, at deres koner hjælper dem til at leve sundere. Villy og Tom beskriver begge, hvordan deres koner aldrig ville lokke dem til at spise kage, men at de derimod selv kunne finde på at gå ned og købe en, hvis ikke de blev stoppet af konen. Ligeledes forklarer Jens, at han og Birgit ikke frister hinanden. Når selvransagelsen og selvteknologierne ikke rækker længere for mændene, har de altid deres koner, som kan gribe ind og fortsat holde fast i målet om en sundere livsstil. Således bliver hustruerne også en del af diabetesstyringen.

Ved Berit forholder det sig lidt anderledes, da hun er eneansvarlig for madlavningen i hjemmet. Men hun oplever alligevel stor støtte fra Henning, der gør hvad han kan, men uden at blande sig for meget i hendes domæne i hjemmet. ”*Somme tider kan han godt give mig et*

lille pift om at jeg skal huske at passe på og tænke over hvad vi skal have (...). Hvis jeg har taget lidt for meget på tallerkenen, så kan han godt sige, er det også nødvendigt” beretter hun, men maden er som udgangspunkt ikke et fælles projekt. Ved dem er det ligeledes den mandlige part, der er mest kageglad og selvom Henning er opmærksom på Berits livsstil, vil han helst ikke undvære de ting, han holder af: ”*men så bliver der købt en kage til ham en gang imellem*”. Berit prøver, så vidt det er muligt, at lade den være, men får også noget engang imellem. Hun oplever dertil en ressource i sin mand når de er aktive sammen, som når de spiller golf eller han gerne vil begynde i motionscenter for at støtte hende. Mændenes og Berits forskelligartede situationer vidner om det kønsaspekt, der stadig findes i mange hjem, især blandt den ældre del af befolkningen. Her er køkkenet og madlavningen stadig kvindernes domæne, som mændene helst ikke blander sig i. Derfor bliver det især en stor hjælp for mændene, når deres koner engagerer sig i madlavningen, mens Berit som kvinde står mere alene med håndteringen af kosten.

Alle informanterne oplever dog generelt, at deres ægtefæller er en meget stor støtte i hverdagen og som Villy lidt rørt beskriver: ”*Jo, jamen jeg kunne jo slet ikke undvære hende. Overhovedet. Nej.*” De oplever alle, at det bliver lettere at håndtere diabetes i hverdagen med ægtefællerne ved deres side, både i forhold til at spise sundt, holde sig aktive og have nogen man kan dele sine tanker og bekymringer med. Når man er to derhjemme, er informanterne ikke alene om at styre deres diabetes. Deres ægtefæller har også internaliseret de normer, der eksisterer i forhold til kost og motion for diabetikere. Ønsket om at styre sygdommen ansvarligt er, mere eller mindre bevidst, blevet et fælles ansvar i hjemmet og det giver dobbelt så brede skuldre at bære ansvaret på. Jf. Foucault (1982) er magten forankret i sociale relationer, men det er således ikke kun relationen mellem stat og individ, underviser og diabetespatient mv. Magten har også rodfæstet sig i relationen mellem ægtefæller og i fællesskab styrer de nu adfærden med en fælles forståelse af, hvilket mål de efterstræber. Det er et tydeligt eksempel på, hvordan biomagten fuldstændig gennemtrænger livet, når bestræbelserne på en sund livsstil ikke kun er en del af individets hverdag, men bliver en del af den særlige og tætte relation, der er mellem ægtefæller.

Når man kun er sig selv

Ikke alle informanterne er så heldige at have en ægtefælle derhjemme som støtte i hverdagen. Kristian og Lone, fortæller begge om det svære ved at være alene til daglig og hvordan de

netop kan mangle nogen at dele ansvaret med eller have forpligtelser overfor. Jane er ligeledes alene, men formår at holde hverdagen struktureret og spise sundt. Hun er nu 83 år og har for få år siden mistet sin mand. Det kan derfor tænkes, at hun har haft faste rutiner integreret i sin livsstil, som ikke bliver ændret, fordi hun blev alene.

Kristian italesætter, hvordan han gerne vil lave noget mere mad, hvis bare det er til andre end ham selv: *”jeg rigtig godt kan lide at lave mad, hvis det er til andre mennesker (...) Det er lidt kedeligt og uinspirerede at lave mad til sig selv”*. Han oplever en manglende motivation når han er alene. Dertil har både han og Lone et ønske om at spise mere regelmæssigt. *”Jeg ved godt, når jeg får det her langtidsvirkende insulin, så er det bedst jeg spiser kl. otte, kl. 12 og kl. 18; at have faste spisetider”* fortæller Lone. Diabetikere anbefales regelmæssige spisetider, da det dels har positiv betydning for blodsukkeret og dertil gør det lettere, at spise sundt. Kristian, der er arbejdsløs, sover ofte længe og dermed er hans døgnrytme skubbet allerede fra morgenen af. Så kan det være svært for ham at finde struktur i hverdagen, hvilket også resulterer i, at han nogle gange glemmer at tage sin medicin. For Lone går det fint indtil om eftermiddagen: *”så er det måske man falder i et eller andet hul”*. Hun kommer ofte til at sidde og sove, eller spise noget hun ikke burde, og får ikke lavet aftensmad. Det er også grunden til at hun ofte spiser rugbrød. Lone vil gerne arbejde på at få noget mere regelmæssighed ind resten af dagen og forklarer den manglende indsats med at hun: *”har kunnet vælge at lade være. Jeg vil ikke sige dovenskab for det er... altså jeg har kunnet vælge at lade være, jeg kunne vælge at sige du er ikke sulten nu”*.

Da friheden netop er forudsætningen for magten jf. Foucault (1982) bliver selvstyringen så kompleks og for nogle svær at håndtere. Det kan tolkes, at Lone og Kristian indoptager statens målsætninger om sund kost og strukturerede spisetider, og derfor oplever ønsket som deres eget. De efterstræber den kontrollerede selvstyring, selvom det kan skabe frustrationer og følelser af utilstrækkelighed. For dem bliver friheden ikke kun muligheden for at handle ansvarligt og leve op til omverdens normer, men derimod også friheden til *ikke* at handle. Friheden betyder, at de selv råder over tiden i hverdagen og hverken har et arbejde eller en partner, der kan hjælpe med at strukturere kosten og spisetiderne. De giver begge udtryk for, at savne en større strukturering af feltet for mulige handlinger, som grundlæggende handler om mere ydre styring. Manglende rammer og strukturer bliver dermed en hindring i hverdagen, som gør det sværere at tage ansvar for deres diabetes. Begge peger på madplaner, som en mulig løsning: *”en mere fast plan for, hvad skal man lave og hvad skal man spise og hvornår, for at få lidt mere struktur over det”* siger Kristian. De har dog hver sine grunde for

ikke at have lavet den endnu, bl.a. fordi det altid lettere at udskyde tingene til dagen efter, når man er alene om at sætte det i værk: ”når man kun er sig selv siger jeg, åh det kan også godt vente til i morgen” fortæller Lone. Både hun og Kristian oplever generelt forhindringer i at få omsat deres intentioner til konkrete handlinger. Begge fortæller, at det er vigtigt for dem at have nogle sociale fællesskaber, som kan støtte dem i at holde den sunde livsstil. De har således foretaget en selvevaluering og på baggrund deraf søgt at skabe en styringsteknologi i form af fællesskaber, der kan forbedre mulighederne for at styre og forme udvalgte forhold ved sig selv og deres liv.

Det betyder meget for mig, at jeg har en aftale

At skabe selvstyring gennem fællesskaber og aftaler er ligeledes en af selvteknologierne, som diabetesholdet har præsenteret for informanterne. Om gode motionsvaner siger de: ”*Find en motionsmakker eller motionér i en gruppe*” (bilag 6), ligesom de henviser til en lang række aktivitetstilbud, som de kan benytte sig af, når undervisningen stopper. Det skaber motivation og forpligtelser, som informanterne fortsat kan holdes op på.

For mange af informanterne kommer den store prøvelse når diabetesholdet slutter. Derfor vil især Kristian, Lone og Jane, der alle bor alene, gerne indgå i nogle motionsfællesskaber, som både motiverer og forpligter til at holde sig aktiv. Lone fortæller: ”*Det var jo en af de ting jeg havde håbet at kunne få her på diabetesholdet, at få nogle motionsvenner. (...) Det betyder meget for mig, at jeg har en aftale. Ellers er det for nemt at sige til sig selv, ej det regner også, du må hellere vente til i morgen. Så pludselig er der gået 14 dage, hvor man ikke har været af sted til nogen ting.*” Lone erkender at hun ikke får motioneret, hvis ikke hun har en aftale og forpligtelse overfor andre. Der er derfor vigtigt for hende, at få etableret en relation med nogen, hun kan mødes med regelmæssigt. Lone og Jane der gik på samme diabeteshold har derfor, sammen med en tredje person, aftalt at begynde at træne sammen en gang om ugen i Fyensgade-Centeret, som også er et kommunalt tilbud, hvor Jane allerede kommer. Jane fortæller: ”*så er der to der venter på mig og så er vi tre der går i gang. Det synes jeg er hyggeligt*” og begge tilføjer, at de også gerne vil drikke kaffe bagefter, for at holde forbindelsen ved lige. Derved styrkes både det sociale netværk samt motivationen og forpligtelsen til at dyrke motion. Jane, der allerede har mange aktiviteter i hverdagen, ser det som en fordel at styrke sin sociale kapital. Det lader dog til at betyde mere for Lone, der i højere grad har brug for støtten fra de sociale fællesskaber for overhovedet at komme af sted.

Dette kan være et udtryk for, at diabetesteamet er lykkedes med at skabe en styring fra afstand, jf. Rose (2001), når de får informanterne til at etablere fællesskaber, der fremadrettet kan vedligeholde de indsatser for en aktiv livsstil, som igangsættes på kurset. Forståelsen af det personlige ansvar har som bekendt bredt sig i hele samfundet, hvor en lang række organisationer og virksomheder tilbyder individet en bred vifte af muligheder, for at have en sund og aktiv livsstil. Staten er ligeledes en aktiv medspiller i at styre, især risikoindivider som diabetikere. Derfor kan Jane og Lone nu overgå fra det ene kommunale tilbud til et andet og derved blive fastholdt i deres nye gode livsstil og adfærd. Men med den særlige sammenfletning mellem politiske indsatser og personlige bestræbelser for sundhed, der kendetegner det neoliberale samfund, vil informanterne netop opleve ønsket som deres eget. Kristian, der ikke har meget social kapital, bruger ligeledes diabetesholdet og dermed staten som et sted, hvor han kan finde fællesskab. Han beskriver, at det betyder meget for ham at kunne tale og sparre med andre personer, der er i samme båd og som har prøvet mange af de samme ting som han selv. Derudover bruger han underviserne til både at tale med og få gode råd af: *”for jeg følte lidt at jeg var overladt til mig selv (...) og det virkede det som en god støtte at have de andre på holdet og de ansatte”*. Han indgår, som de resterende informanter, ligeledes i den statslige styring af risikoindivider og oplever det selv som en stor hjælp på vejen mod et sundere liv.

Samtlige informanter giver udtryk for, at de finder glæde ved at dyrke motion i fællesskab med andre, selvom nogle sagtens kan gøre det alene. Der blev ligeledes observeret en bred enighed om dette i undervisningsgangene, hvor deltagerne diskuterede forskellige måder at iværksætte det. Det blev her italesat, at bekendte ofte siger *”du kan bare sige til, hvis jeg kan hjælpe med noget”*, men mange oplever, at det kan både være svært at bede om hjælp og reelt vide hvad man har brug for hjælp til. Her nævner en anden deltager, at man kan spørge, om de regelmæssigt vil tilbyde at gå en tur med en og siger dertil: *”Men det er stadig dit eget ansvar”*. Der hersker således en forståelse af, at fællesskaber er gode til at skabe motivation. Men det er grundlæggende individets eget ansvar at facilitere fællesskaberne og dermed omdanne dem til en selvteknologi, der kan hjælpe med at styre sig selv mere ansvarligt.

Delkonklusion: Social kapital som ressource

Ovenstående analyse viser, at en stærk social kapital i form netværk eller en ægtefælle, kan være en meget betydningsfuld ressource. Det kan gøre det lettere at spise sundt og dyrke

motion når man dels har nogen til at dele ansvaret med, men også nogen man har en forpligtelse overfor. Som belyst, oplever informanterne, der er gift, en helt særlig fordel ved at kunne finde støtte og samarbejde med deres partner om at have en sund livsstil og holde øje med sygdommen. De oplever i praksis, at de ikke er alene om at tage ansvar for deres sygdom og det er et gennemgående træk for informanterne i et ægteskab; når man er to personer om at bære ansvaret, bliver opgaven ikke så tung. De besidder en meget stærk social kapital i form af støtte og sparring i hverdagen, som netop gør det lettere at tage ansvar og gøre en aktiv indsats mod diabetes.

Den sociale kapital findes også i andre sociale relationer og netværk, som informanterne kan trække på. Især Villy, Berit og Jens beskriver, hvordan de har store netværk, som de finder støtte i, til eksempelvis at være fysisk aktive sammen med. Jane, der bor alene, har ligeledes et godt netværk af venner og gør meget for at holde det ved lige, da hun netop er bevidst om, hvor stor en ressource det er for hende. Hun bruger primært sit netværk til at holde sig både fysisk aktiv og beskæftiget ved bl.a. at deltage i foredrag og møder i diabetesforeningen. Det vidner om, at hun kan trække på sin sociale kapital, i forbindelse med selvuddannelse og dermed fremme af selvstyringen. Tom er som bekendt den eneste, der stadig er aktiv på arbejdsmarkedet og det gør hans sociale situation noget anderledes. Det betyder forventeligt at venner og bekendte fylder mindre i hverdagen, mens han i større grad bruger sine kolleger som en ressource.

Lone og Kristian har ikke den samme stærke sociale kapital, som de resterende informanter og det medfører en del udfordringer, som belyst ovenstående. Det er dem, der har sværest ved at håndtere friheden i det personlige ansvar, for friheden bliver nemt frihed til at lade være; lade være med at spise sundt og regelmæssigt og lade være med at motionere. De mangler en at sparre og dele ansvaret med, ligesom tanken om at skulle være der for andre hver dag, kunne give det ekstra, der omsætter intentioner til handling.

Det sociale netværk, som informanterne har, vil jf. Bourdieu også have betydning for, hvilke felter de indgår i. Felterne indeholder normer og værdier, der ligeledes er afgørende for, hvilken praksis informanterne har i relation til håndtering af livsstil. Når det for Lone og Kristian kan være svært at tage hånd om deres diabetes, hvis de er sammen med andre, kan det være et udtryk for, at de værdier, der eksisterer i feltet, ikke understøtter hensynet til kroppen og sund livsstil. For at være en del af feltet og dermed det sociale fællesskab, kræver det jf. Bourdieu, at informanterne underkaster sig feltets påvirkning og udøver dets praksis. Vil man være en del af det sociale fællesskab, oplever Kristian og Lone måske, at de bør

følge de samme normer som andre i feltet, diabetes eller ej. Dermed vil informanterne i forskellig grad erfare, at der er overensstemmelse eller konflikter mellem diabetesholdets og øvrige felters værdier og praksisser. Felterne giver grundlæggende informanterne nogle referencer og holdepunkter, som de kan orientere sig i og navigere ud fra. Det findes i analysen, at forløbet på diabetesholdet har skabt et nyt felt af værdier og normer, som informanterne alle bliver en del af og kan navigere ud fra. Flere har derfor revideret deres tidligere værdier og praksisser for at passe ind i dette felt, men når det for nogle informanter er sværere at implementere værdierne i deres liv, kan det være et udtryk for konflikter mellem diabetesholdets felt og andre sociale felter.

Analysen af det empiriske materiale viser, at den sociale kapital er langt mere afgørende for informanternes håndtering af ansvaret for diabetes, i både hverdagen og ved særlige begivenheder, end først antaget. Den sociale kapital anses derfor som værende en væsentlig markør i analysen af, hvilke ressourcer, der er centrale for informanterne til håndteringen af diskursen om det personlige ansvar for egen sundhed og sygdom. Der viser sig således et mønster, hvor graden af ansvarlig selvstyring ligeledes øges med den sociale kapital. Derudover bidrager det med et billede af, at det personlige ansvar reelt er underlagt meget sociale forudsætninger, hvilket forekommer ret paradoksalt. Selvom ansvaret for sundhed og sygdom italesættes som den enkeltes, tyder det på, at muligheden for at efterleve normerne for god sundhedsadfærd, reelt bunder i sociale relationer.

Analysedel 4: Informationsteknologier

Selvteknologierne tager også form af at være tekniske redskaber eller hjælpemidler, som nogle af informanterne bruger i hverdagen til at styrke deres selvstyring. Det er dem Rose (2003) henviser til som informationsteknologier, der ikke håndteres lige nemt af alle, da de kræver en tilstrækkelig viden og evne til at håndtere dem. Det kræver dertil nogle bestemte dispositioner, der kan etablere lysten til at anvende sådanne teknologier. Selvteknologierne kan sige noget om, hvordan informanterne formår at anvende forskellige metoder til at skabe en ansvarlig selvstyring. Det bliver i forskellig grad en ressource for informanterne i forbindelse med at efterleve normerne for god livsførelse, som det belyses i det følgende.

Det giver mig et mål

Tom har i høj grad taget informationsteknologier i hverdagen til sig: ”Jeg har min Garmin her, den fortæller mig alt.”. Han fortæller meget engageret om sit pulsur, der, udover at måle pulsen, registrerer, hvor mange skridt han har taget, hvor mange etager han har gået op, hvordan han har sovet om natten mv. Han kobler den på sin iPhone og på den måde kan han altid følge udviklingen i sit aktivitetsniveau og have kontrol over, hvor meget han bevæger sig. ”Det giver mig et mål. Simpelthen. 10.000 skridt det skal jeg have gået i dag” og han fortæller, at det går han hver dag. Det er meget motiverende for Tom og ifølge ham er uret: ”den bedste investering jeg har lavet”. Det giver ham mulighed for hele tiden at overvåge sig selv, for at holde øje med om han når sine mål.

Kristian har netop købt et ur magen til Toms, på hans opfordring. Deltagerne i motionsundervisningen havde kort inden testet skridttællere som et redskab, der kan skabe motivation i hverdagen og det er ligeledes Kristians ambition, at: ”det kan bruges til at motivere. Har man lavet eller bevæget sig for lidt? Og når man når de mål, som man kan indstille deri, f.eks. 10.000 skridt, så kan man sige, okay, så har jeg hvert fald gjort det i dag. Så kan man ligesom sætte sig til at slappe af med god samvittighed”. Det er således også en af de selvteknikker, som underviserne tilbyder for at øge selvstyringen i forbindelse med diabetes. Det at have et dagligt mål giver noget at stræbe efter og når man målet giver det stor tilfredsstillelse. ”Derfor tænker jeg at de her 1000 kr. det nu koster, det ur, er en billig investering, for hvad nu hvis det virker og kan motivere en rigtig meget?” Motivationen til at leve et sundere liv er altså noget af det vigtigste for Kristian og han håber, at pulsuret kan hjælpe ham til at nå derhen. Hvis redskabet kan være en medvirkende faktor til at han får et sundere og i sidste ende bedre liv, vil pengene være godt givet ud, næsten uanset hvad det måtte koste. Berit går ligeledes med en skridttæller hver dag som motivation til at bevæge sig. Hvis hun ikke når de anbefalede 10.000 skridt om dagen: ”så bliver jeg sur på mig selv” fortæller hun. Det ses dermed, at informationsteknologierne også har stor indflydelse på informanternes mentale tilstand og selvforståelse; om de er glade og tilfredse med deres præstation, eller om de er skuffede over sig selv og sin formåen.

Det kræver lidt at få integreret de teknologiske redskaber i hverdagen, som Rose også henviser til. Lone fortæller, at hun efter undervisningen med skridttællere fandt én i en skuffe derhjemme, men med opbrugt batteri. Så nu hun har lavet en aftale med sig selv om at tage i Silvan, for at finde de rette redskaber til at kunne skifte batteriet. Tidligere erfaring viser dog, at der måske kan gå noget tid før Lone kommer i gang med at bruge skridttælleren igen. Hun

ville gerne kunne integrere den motivationsfaktor, som hun håber det kan blive i hverdagen, også selvom ”*at jeg kommer praktisk talt aldrig op på 10.000 skridt, men tager jeg 3000-5000-7000, hold da op, så synes jeg godt nok at jeg har gået meget.*”. Informanterne har altså forskellige mål for sig selv og udgangspunkter for at bruge informationsteknologierne.

Udover batteriskift kan der være andre forhindringer i brugen af sådanne teknologier. Jane har netop købt en ny skridttæller ”*men det er det med brugsanvisningen, jeg kan ikke finde ud af den.*” Hun kan ikke huske, hvordan hun skal bruge den og da hun ikke kan læse brugsanvisningen grundet en hjerneskode, har hun planer om at spørge om hjælp, hvor den er købt. Som de andre informanter ønsker hun at bruge den som daglig motivation. Derudover har Jane også taget et af diabetesholdets andre råd til sig, nemlig at køre på kondicykel mens hun ser fjernsyn. Informanterne implementerer på den måde nogle af de forskellige informationsteknologier, som underviserne opfordrer dem til at bruge.

Jens og Villy der begge i forvejen dyrker meget motion oplever ikke samme behov for at have en skridttæller eller andet, der skal motivere dem i hverdagen. Det er ikke informationsteknologier, der motiverer dem, men alene den fysiske gevinst de kan mærke i kroppen. Hvad det nærmere betyder for dem, bliver belyst i analysedel 5 om kroppen.

Pulsurene og skridttællerne giver informanterne en unik mulighed for selvmonitorering og overvågning, som en integreret del af deres selvstyring. Informationsteknologierne bliver på den måde en stor del af hverdagen, hvor de er med til at styre deres adfærd og indretningen af livet, som Rose (2003) henviser til. Derudover har teknologierne betydning for informanternes selvforståelse og er med til at understøtte den selvrealisering, som de sigter mod. Der findes i tillæg hertil en informationsteknologi, som har en særlig betydning for alle diabetikere; en bloksukkermåler. Hvordan informanterne hver især benytter denne selvmonitorering i hverdagen, som et led i at være en aktiv patient, belyses i det følgende afsnit.

For lige at tjekke hvordan og hvorledes

Måling af blodsukker er ligeledes en selvmonitorering, som underviserne faciliterer på diabetesholdet, men det er forskelligt i hvor høj grad informanterne har taget målingerne til sig. Kristian har kun prøvet at lave en blodsukkerprofil på diabetesholdet, hvor de i løbet af dagen noterer hvad de spiser og hvordan blodsukkerværdierne ligger. Han føler ikke at det er

nødvendigt derudover, da blodsukkeret *”ligger meget stabilt, der hvor det burde”*. Det er en opfattelse han deler med Jens, hvis blodsukker: *”plejer altid at være så pænt”*. Han forklarer, at det faktisk er tæt på normalt og derfor går han ud fra, at det er i orden. Af og til måler han en hel dag for at få overblik, som det anbefales af diabetesholdet. Når de ligger så pænt er det dog ikke kun et udtryk for at de selv er gode til at regulere deres livsstil, men også at de er rigtigt dækket ind med medicin. Det giver informanterne nogle forskellige udgangspunkter for at monitorere deres krop.

Villy måler heller ikke sit blodsukker hele tiden. Det skyldes dog ikke, at det altid ligger så pænt, men tværtimod at hans blodsukker ofte er alt for højt: *”Det skal ikke være sådan at jeg skal rende og måle hele tiden (...) Så går man med dårlig samvittighed hele tiden, det skal man jo heller ikke.”* Med det sagt måler Villy alligevel blodsukkeret et par gange om ugen, for at se om det er helt galt. For nyligt vågnede han op en morgen, fastende: *”og der var den omkring 11 tror jeg. Så har jeg spist og der var den helt oppe på 14,8”*. Ideelt bør værdierne ligge mellem 4-7 før et måltid og under 10 efter et måltid. Villy er frustreret og uforstående over, at blodsukkeret fortsat ligger for højt, selvom han gør så stor en indsats for at spise sundt og dyrke motion. Af samme grund har lægen netop indstillet Villy til insulin, da kroppen ikke kan regulere blodsukkeret selv, uanset hans livsstil. Det viser, at informanterne har forskellige udgangspunkter for at måle blodsukkeret og for en person som Villy giver det ikke mening at måle det, når hans egen indsats har så lille en effekt. For Villy medfører selvmonitoreringen derfor ikke andet end dårlig samvittighed og bekymringer. Han føler skyld og ansvar over noget, som han reelt ikke kan ændre og for ikke at blive konfronteret med det hele tiden, vælger Villy ikke at måle blodsukkeret så ofte.

Andre informanter kan bedre regulere deres blodsukker og det giver et større incitament til at måle. Lone har ingen faste rutiner for at måle og gør det mest i perioder *”for lige at tjekke hvordan og hvorledes”*. Hvis blodsukkeret er lavt bliver det vigtigere for hende at tage en mad i løbet af formiddagen og hvis det er for højt spiser hun nogle flere grøntsager i løbet af dagen. På samme måde beskriver Jane *”hvis den er over 8,4 så er det fint. Men er det oppe i nærheden 9 eller 10, så må du lige tænke på, hvad du kommer på din mad”*.

Blodsuktermålingen har dermed større effekter på deres tilrettelæggelse af dagen end ved de resterende informanter. Som den eneste måler Jane sit blodsukker hver morgen. Det giver hende tryghed og et udgangspunkt hun kan navigere og tilrettelægge sin livsstil ud fra. Selvmålingen er således meget vigtig for Jane til håndfast at styre sig selv og optimere sin livsstil.

Tom oplevede i begyndelsen af sin diabetes det samme behov: ”Så skulle jeg have et blodsukkerapparat, det skulle jeg bare have, vide hvor jeg lå. (...) Der målte jeg mig så, man bliver jo helt paranoid. Uha det er farligt, man skal passe på at blodsukkeret ligger rigtigt.” Det var vigtigt for Tom hele tiden at holde øje med sine tal, for bedst muligt at kunne tage ansvar for sin diabetes og regulere det på den mest hensigtsmæssige måde. Men som Villy beskriver, giver overvågningen ikke kun tryghed, men også anledning til bekymringer, hvis værdierne ligger uden for normalen og man ikke selv kan regulere det. Tom og Berit beskriver begge, at de sjældent måler blodsukker, da de med tiden har lært at mærke det selv. De kan mærke, hvis blodsukkeret er for lavt eller for højt og Tom forklarer, at han har lært sin krop at kende på en helt anden måde efter han fik diabetes. Med den viden om sig selv kan han holde sin krop i balance. Selvmonitoreringen af blodsukkeret finder dermed både sted i målingerne men integreres også i selve kroppen. Det giver mulighed for altid at evaluere sig selv og optimere kroppen, for at sikre sundhed og velvære. Det er en del af tendensen Rose (2001) beskriver, hvor selvet går mod at blive mere somatisk og kroppen integreres i selvet. En nærmere diskussion af dette vil forekomme i analysedel 5.

Alle informanterne måler jævnligt blodsukker for at holde øje med, om værdierne ligger som de burde. Det gør de med ønsket om at monitorere deres krop og hvordan den påvirkes af både den kost de spiser og motion de dyrker. Det vidner om, at de ønsker at tage ansvar og kontrol over deres blodsukkerværdier og dermed diabetes. De har dog forskellige udgangspunkter for at måle blodsukkeret, afhængigt af, hvor længe de har haft diabetes, hvordan de er reguleret af medicinen og deres somatiske udgangspunkt.

Analysedel 5: Det somatiske selv

Som en del af bio- og ethopolitikken, der grundlæggende handler om livet selv og hvordan det bør leves, beskriver Rose (2001), hvordan selvet er blevet mere somatisk. Det er nu selve kroppen, der bliver vigtig i arbejdet med den enkelte selv. For en diabetiker har det kropslige yderligere stor betydning. Det er i kroppen sygdommen er lokaliseret og hvis man ikke passer ordentligt på den, kan det have konsekvenser for helbredet. Det involverer for alle informanterne overvejelser og følelser om kroppen, som både kan medføre frustrationer og frygt, men også glæde og håb, som al sammen påvirker deres selvforståelse.

Jeg har ikke følt mig syg

Informanterne har meget forskellige udgangspunkter for deres kropslige kapital og formåen på baggrund af både alder, sygdomshistorie og kondition generelt. Især Jane, Berit og til dels Lone føler sig belastede af deres kroppe og dermed muligheden for aktivt at kontrollere deres sygdom. Jane har gigt og forklarer dertil, at hun har ondt i sin højre fod hver dag: *”Det hæmmer mig meget, men det er altså en følgesygdom af diabetes”*. Det betyder, at hun grundet diabetes ikke kan gå ture i skoven med sine veninder eller generelt opretholde det aktivitetsniveau, som hun ønsker. Berit, der også lider af sygdommene lupus og gigt, fortæller ligeledes: *”der er jo også mange ting jeg gerne vil, som jeg ikke har kræfter til at gøre”*, men hvilken sygdom det præcis skyldes, ved hun ikke. Lone har problemer med hjerteflimmer, der også kan være relateret til diabetes, som har medført at hun har haft det dårligt og fået migræne, hvis hun har været fysisk aktiv. Det har ligeledes gjort hende usikker på, hvad kroppen kan holde til og medført en meget inaktiv livsstil, der i sidste ende blot forværrer både diabetes og hjerteproblemer. Alle kvinderne oplever en lav grad af kropslig kapital og har derfor ikke meget at investere i en aktiv livsstil. Det er frustrerende for dem, at være begrænset af deres krop og forhindret i at tage så aktivt hånd om deres diabetes, som de ønsker. Især Jane fortæller, at det også har fået betydning for hendes selvforståelse, ikke at være i stand til at have det samme aktive liv, som hun plejede at have.

De resterende informanter har ikke andre sygdomme eller følgesygdomme, der på samme måde kan influere deres liv. Villy og Jens giver dog begge udtryk for, at de føler sig ældre i kroppen og Jens kan derfor ikke løbe maraton, som han tidligere har gjort. Men alle mændene fortæller, at de reelt ikke føler sig syge og at de derfor blev overraskede, da de fik konstateret diabetes. Selv Kristian, der vidste at han, grundet sin overvægt, var i risikogruppen beskriver: *”jeg har ikke følt mig syg på nogen måde. Så derfor kommer det lidt overraskende på en eller anden måde, at få at vide, du har diabetes 2. Men det er ikke noget der har generet mig i hverdagen”*. Han og de andre mænd oplever ikke i hverdagen, at føle sig syge. Det gør det også sværere at forholde sig til sygdommen, især når den er nyopdaget og man ikke har fået det integreret i hverdagen. Da Villy i første omgang fik diabetes, tænkte han også: *”det kan sku ikke passe”* og der gik derfor mange år, før han begyndte at tage sig af sig selv og sygdommen. Det understøtter informanternes udtalelser, at flere diabetikere i undervisningen gav udtryk for ikke at mærke sygdommen. Det kan gøre det svært at handle på den, da der netop er en forventning om, at somatisk sygdom tydeligt kan mærkes. Det store problem er dog, at den kan forværres og alle informanterne er meget bevidste om de

mulige følgeskader og -sygdomme, som diabetes kan medføre, hvis de ikke passer på sig selv. Det er en af de primære grunde til at tage sig af sygdommen, selvom den ikke tilkendegiver sig i hverdagen. Kristian fortæller: ”*jeg skal helst ikke komme ud i, at det bliver et problem – at diabetes skal gøre, at der er noget der bliver sværere senere i livet. (...) Så derfor tænker jeg, at jeg hvert fald vil gøre mere ved det nu.*” På samme måde som Jens: ”*Det er meget vigtigt for mig. Især det der med følgesygdommen, for jeg kan faktisk ikke mærke at jeg har sukkersyge*”.

Som Rose (2001) forklarer, er de politiske og samfundsmæssige bestræbelser for at have en sund befolkning tæt forbundet med de individuelle indsats. Det sker bl.a. ved en instrumentalisering af individernes angst, frygt og håb for fremtiden. Ved at gøre informanterne bevidste om de konsekvenser, der kan komme ved en ubehandlet sygdom, tilskyndes de yderligere til at tage et personlig ansvar. Denne angst i hverdagen oplever informanterne, når de nu er langt mere bevidste om at deres krop kan fejle noget, selvom de ikke tydeligt mærker det. Jens havde fået at vide, at følgeskaderne kan sætte sig i fødderne, grundet dårligere blodgennemstrømning. Derfor ”*blev jeg lidt nervøs med den tå. Det tror jeg ikke jeg var blevet før*”. Hvor Jens tidligere ville lade en dårlig tå gå over af sig selv, har han nu været både til lægen og på sygehuset for at få den undersøgt. Frygten for følgesygdomme fylder dermed i informanternes bevidsthed og på den måde bliver diabetes alligevel en del af deres selvforståelse og handlingspraksisser. Derved ses det også, at selvet i højere grad bliver somatisk, som Rose (2001) påpeger. Det kropslige integreres i bevidstheden og den måde, som informanterne forstår sig selv på, men med udgangspunkt i deres kropslige kapital. Bevidstheden om at være syg eller potentielt syg, fylder i større eller mindre grad ved alle informanterne og derved bliver også selve angsten for de mulige konsekvenser en selvteknologi, der tilskynder informanterne til at tage ansvar for deres egen sundhed og sygdom.

Jeg får et sundere liv af det

Men det er ikke kun angst og frygt, der fylder i informanternes bevidsthed. Det er også bestræbelserne efter succes, håb, glæde og en optimering af selvet, der ligeledes er en del af den somatiske individualitet jf. Rose (2001).

Jens dyrker ikke kun motion for at holde følgesygdomme væk, det er også for at opnå: ”*det velvære, der er bagefter*” som giver ham glæde i hverdagen. Villy, der har forbedret sin

kondition siden han begyndte på diabeteskurset fortæller, at han ligeledes er blevet rigtig glad for det og at han kan holde til meget mere nu, end han tidligere kunne. *”Jeg er i vigør hele tiden”* fortæller han *”Det er så pragtfuldt”*. Han har dertil tabt seks kilo, især på maven, og føler sig nu meget sundere og mere veltilpas. Men han bestræber sig stadig på at *”tabe mig et par kilo mere og så at det vil begynde at virke på mit blodsukker.”* Selvom han allerede har opnået meget er der således altid noget at stræbe efter og optimere for kroppen og selvet.

Selvom Kristian ikke har oplevet lige så markante resultater endnu, besidder han alligevel samme håb for fremtiden: *”Med både kosten og motionen så skal det nok begynde at give positive resultater (...) hvis jeg får smidt de overflødige kilo, så er det slet ikke sikkert at man får brug for medicinen mere.”* Kristian tror, at hvis han bare hænger i, selvom det er svært, så skal han nok opnå sine ønsker. Det han håber og tror er, at det vil give: *”mere overskud i hverdagen, det vil sikkert også gøre det nemmere arbejdsmæssigt og samlivsmæssigt. Jeg tror bare at alt ville være nemmere, hvis man havde et sundere liv.”* Intet mindre. Han ser dermed at investeringen i den kropslige kapital på sigt kan konverteres til både økonomisk og social kapital, som vil medføre en større inklusion i samfundet jf. Larsen (2010). Vægttab og livsstil er for Kristian og flere af informanterne således vejen til det gode liv, hvor alt vil være bedre og lettere. Det er især Kristian, der italesætter det, måske fordi han står med hele livet foran sig og derfor har mere at vinde end de resterende. En aktiv håndtering af livsstil og krop giver ikke kun mulighed for at undgå sygdom, men en optimering af selvet og livet. Dette gælder ligeledes for Berit, der har et mål om at tabe tre kilo: *”Det mærkes jo også godt i bukserne når man kan tage dem op uden at knappe op og så lyne, det er jo også tegn på at der er sket noget så længe jeg er gået her.”* Kroppen bliver den fysiske indikator på, at alle livsstilsændringerne har bidraget med noget og dermed bliver den et udtryk for succes.

Generelt forholder informanterne sig positive til deres diabetes, udover de følgevirkninger den har medført eller risikerer at give. Berit og Jens fortæller begge at de har accepteret sygdommen, mens Tom fortæller: *”Når man skal rammes af en kronisk sygdom, og ellers passer på, så er det jo en helvedes god sygdom.”* Tom, der heller ikke mærker sygdommen til dagligt, oplever det som en mulighed for at blive undersøgt ofte ved lægen, som mange mænd ellers ikke er gode til. Det tvinger ham til at være god ved sig selv og passe på sin krop. Kristian fortæller på samme måde at: *”På en eller anden måde tror jeg at det har været positivt for mig at få diabetes, selvom det lyder åndssvagt. Jeg tror at det på sigt vil komme til at hjælpe mig, på en eller anden måde, at jeg får et sundere liv af det.”* I stedet for at opleve sygdommen som noget negativt vil han bruge det som en styrke og motivation til at

leve sundere og dermed opnå det liv, han længe har drømt om. Det er en diskurs, der generelt er observeret i undervisningen, hvor flere har oplevet det som ”*held i uheld*”, da det netop giver mulighed for at gøre noget ved livsstilen i dag og ikke i morgen. Ud fra et styringsperspektiv er det interessant, at nogle oplever sygdom som positivt, hvis den kan være medvirkende til at individet får skabt en bedre selvstyring og selvkontrol. Selvstyringen er på flere måder vejen til succes i livet, for med en kontrol over sin adfærd, krop, tanker og sjæl er det lettere at nå de internaliserede mål og ønsker om sundhed, glæde og skønhed, der også kan medføre stigning i den samlede kapitalmængde.

Sygdommen er for mange informanter blevet en, om end uventet og ikke altid ønskværdig, vej til et sundere og bedre liv. De har fået en ekstra omstændighed i livet, som tilskynder dem til ikke kun at undgå følgesygdomme og tidlig død, men også en optimering af både krop og liv, der for nogle medfører glæde og håb for fremtiden. Det somatiske bliver dermed en ressource for nogle informanter, mens den kropslige kapital for andre er så lav, at det forhindrer dem i at tage det ansvar for diabetes, som de ønsker. Kroppen er blevet integreret i selvet og informanternes formes derved gennem kost, aktivitetsniveau og håndteringen af diabetes generelt. Derfor bliver informanterne også alle en aktiv deltager i deres egen sygdom og må tage ansvar for at få et sundere liv, selvom de som bekendt håndterer ansvaret forskelligt og har forskellige udgangspunkter herfor. En nærmere diskussion af ansvar i relation til informanternes sociale position, præsenteres i det følgende.

Diskussion af ansvar, selvstyring og ressourcer

Det følgende afsnit vil indeholde en opsamlende diskussion af personligt ansvar og aktiv deltagelse i forhold til informanternes ressourcer, udledt af Bourdieus kapitalbegreb.

Indledningsvist belyses informanternes overvejelser om ansvar generelt, som holdes sammen med de tendenser, der findes i samfundet. Herefter belyses de ressourcemæssige mønstre, den ovenstående analyse har vist, sammenholdt med overvejelser om kapitalbegrebernes forskelligartede forklaringskraft i specialet. Afslutningsvist inddrages udvalgte dele fra litteratursøgningen og problemfeltet til at anskue problemstillingen på et mere overordnet niveau.

Accept af det personlige ansvar

Når informanterne deltager på Sundhedscenterets diabeteshold integreres de i et statsligt program, der gennem information, praktisk undervisning og individuel sparring sigter mod at styre individerne gennem korrigerende og optimerende foranstaltninger. Det er ifølge Foucault (1978) en del af den biopolitiske magt, som sigter mod at gennemtrænge individets liv. Analysen eksemplificerer, hvordan informanterne gennem forløbet har internaliseret mange af de normer, målsætninger og moraler, som underviserne har præsenteret for dem og som begge parter sigter mod at integrere i informanternes selvstyring, om end de indimellem handler modsatrettet. Det er dermed blevet en fælles forståelse blandt undervisere og informanter, at staten ikke alene kan tage ansvaret for diabetikernes sundhed og sygdom; de må selv være aktive og tage ansvar for deres diabetes.

I den deltagende observation var det bemærkelsesværdigt, at *personligt ansvar* blev italesat, som det helt særlige, der adskiller diabetes fra andre kroniske sygdomme, med henvisning til, at man selv kan påvirke sygdommens udvikling gennem den livsstil, man lever. Det personlige ansvar udgør reelt udgangspunktet for meget af undervisningen, der sigter mod, hvad deltagerne selv bør gøre for at leve ansvarligt med deres sygdom. Det blev observeret, at alle deltagerne i undervisningen anerkendte denne præmis som en selvfølge. Det understøtter informanternes oplevelse og udtalelser, der alle anser ansvaret for diabetes, som deres eget. Villy fortæller: ”*Det er helt og fuldt mit eget ansvar*”, ligesom Jens at: ”*Det er da mit eget ansvar*” og de andre informanter har samme opfattelse. Det stemmer overens med den stadigt stigende tendens, der skildres i problemfeltet, hvor Statens Institut for Folkesundhed viser at 70% af de adspurgte finder deres egen indsats for at besvare helbredet

særdeles vigtig, mens 87% gør en aktiv indsats herfor. Når alle informanterne italesætter ansvaret som deres eget kan det både være et resultat af den samfundsmæssige udvikling og internaliseringen af undervisernes normer og budskaber. Det stemmer overens med den tendens som Rose (2001) belyser, hvor alle borgere nu bliver en aktiv partner, der accepterer deres personlige ansvar for at sikre sit eget helbred. Accepten af personligt ansvar findes dermed på tværs af informanterne og deres sociale positioner, men hvad dette ansvar reelt indebærer og hvordan ansvaret håndteres i praksis medfører større skel.

På tværs af ovenstående analysetemaer findes det, at informanterne på forskellige måder håndterer livet med diabetes. Det skyldes både forskellige udgangspunkter, men forventeligt også forståelsen af, hvornår de oplever, at de tager ansvar og gør en aktiv indsats. Alle informanterne fortæller, at de tænker over, hvad de spiser og at de gerne vil leve sundt. Men analysen viser alligevel, at der er relativt stor forskel på informanternes praksis.

Ansvar og ressourcer

Specialets forudgående analyse har givet indblik i et udsnit af informanternes liv med diabetes og nogle af de forudsætninger de besidder eller mangler, for at tage aktivt ansvar. Der er ingen markante og systematiske opdelinger mellem deres sociale positioner og livsstil, som kan danne grundlag for en meningsfuld og håndfast placering i Bourdieus sociale rum. Med det sagt har der alligevel vist sig nogle tendenser og mønstre, som gør sig gældende på tværs af informanterne.

Der viser sig i analysen nogle tendenser mod, at jo flere ressourcer informanterne har, des mere aktiv deltagelse og ansvarlig håndtering oplever de og påtager de sig for deres diabetes. Det var forventet på baggrund af den indledende litteratursøgning og stemmer generelt overens med fundene præsenteret i problemfeltet, hvor patienter med en kronisk sygdom som diabetes oplever at skulle tage ansvar for deres personlige behandlingssituation (Barlow 2002, Morden et al. 2002, Lawn et al. 2011, Andersen og Whyte 2014). Således kan informanternes oplevelse og håndtering af ansvaret, anskues som en del af det neoliberale samfunds styring af individerne, hvor alle oplever at skulle tage ansvar for eget helbred. Men som det belyses ovenstående, har alle ikke de samme ressourcer til at kunne tilegne sig denne ansvarlige og sunde livsstil. Weaver et al (2014) viser ligeledes, hvordan individer med flere kulturelle, sociale og økonomiske kapitaler besidder et større engagement, selvstyring og ansvarstilegnelse. De både spiser sundere, har et socialt netværk der kan understøtte en

sundere livsstil og de deltager i meningsfulde aktiviteter, der kan motivere dem til at håndtere diabetes og andre sundhedsproblemer.

Selvom den kulturelle kapital, ikke i sig selv, fremstår tydeligt som en ressource i analysen, kan der identificeres nogle skel i informanternes samlede mængder af kulturel kapital og deres måder at håndtere diabetes på. Ovenstående analyse viser, hvorledes informanterne overordnet kan inddeles på baggrund heraf og dermed tegne et billede af, hvordan de tilegner sig viden og bruger denne aktivt til at tage ansvar for deres sygdom. Den kulturelle kapital er med til at styrke deres selvstyring og opfattelsen af, at de selv er en aktiv deltager i processen.

Den kapitalform, der i analysen har vist sig at have størst forklaringskraft er den sociale kapital, der har langt større betydning for informanternes håndtering af diabetes, end først antaget. Især det at have en ægtefælle bliver en ressource til at imødegå de forventninger, der ligger i den ansvarlige livsstil om at være oplyst, spise sundt, holde sig aktiv mv. Det, der på baggrund af ovenstående fremstår som det største paradoks er, hvordan der i samfundet hersker et enormt fokus på individet og det personlige ansvar for sundhed, mens det samtidig ses, at noget af det vigtigste for informanterne er deres sociale relationer og de muligheder, det medfører, i form af støtte og forpligtelser overfor andre. For at kunne imødekomme de krav, den højt individualiserede sundhedsmentalitet peger på, kræver det grundlæggende stærke sociale relationer og tilhørsforhold. Der viser sig således en stærk tendens til, at den sociale kapital er meget vigtig for informanternes håndtering af diabetes og at de med stærke sociale netværk i højere grad lever op til diskursen om det personlige ansvar for deres sygdom.

Dertil er det på baggrund af den indledende litteratursøgning overraskende, at den økonomiske kapital ikke har betydet mere for informanterne. Jane har som den eneste givet udtryk for, at manglende økonomisk kapital kan være en udfordring i forbindelse med at købe sunde fødevarer og deltage i aktiviteter, hun skal betale for. Alligevel viser analysen, hvordan hun formår at navigere uden om denne udfordring og stadig lever op til sin egen og samfundets forventning om en sund livsstil. Generelt findes der ikke store økonomiske forskelle mellem informanterne, der alle beskriver sig som en del af middelklassen. Ligeledes vil den betydelige offentlige støtte til både undervisning, behandling og medicin i det offentlige sundhedsvæsen, være med til at udligne eventuelle forskelle. På dette område har teorien derfor ikke vist sig at bidrage i det omfang jeg havde forventet.

Det er ifølge litteraturen centralt at se den ansvarlige selvstyring som en proces, der er formet af sociale omstændigheder og ikke blot en hændelse. Selvstyringen af en kronisk sygdom formes løbende af forskellige begivenheder og kontekster, der kan påvirke individets muligheder for at lære, vide og handle (Lawn et al. 2011, Morden et al 2012, Weaver 2014). I denne proces er diabetesholdets tilbud netop en, mere eller mindre afgørende, begivenhed i informanternes liv med diabetes. Alle giver udtryk for at have tilegnet sig ny viden om diabetes eller sig selv og vil ændre på nogle praksisser som følge heraf. Hvordan hændelsen influerer deres liv, afhænger både af deres tidligere historie med diabetes, samt de ressourcer som de har uden for holdet. Fælles for dem er, at det forstærker efterstræbelsen og selvstyringen mod at nå samfundets og statens værdier, normer og mål, som bliver deres egne.

Som Lawn et al. (2011) dertil argumenter, hersker der en bestemt opfattelse i samfundet af, hvad den selvstyrende og ansvarlige patient er. Det medfører konkrete ideer om, hvordan individer bør leve deres liv, selvom de ikke nødvendigvis passer med alles oplevelse af, at håndtere en kronisk sygdom, eller stemmer overens med deres personlige værdier. Dette gør sig ligeledes gældende i analysen og understreger netop, hvordan sandhed og virkeligheden, ifølge Foucault, er relationel og konstrueret ud fra nogle sociale eller historiske begivenheder. Ansvarsbegrebet og dets betydning for informanterne bliver her formet i mødet med staten, som er repræsenteret af diabetesholdet. Gennem de forskellige undervisningsforløb præsenteres informanterne dels for de anerkendte normer og diskurser for sund og god livsførelse, samt en række teknologier og redskaber, der kan forbedre deres selvstyring. Det vil have indflydelse på informanternes selvforståelse, sociale relationer og hverdagspraksisser, relateret til diabetes. Men den strukturelle fordeling af ressourcer og muligheder vil betyde, at ikke alle har samme mulighed for at tage dette ansvar. Analysen viser netop, hvordan alle informanterne har internaliseret de samme diskurser og mål for en sundere livsstil, men integrerer dem med de forskellige udgangspunkter og ressourcer de har i livet.

Konklusion

Indeværende speciale tager, som nævnt, sit udgangspunkt i et tidligere projekt, der belyser, hvordan stærkt individualiserende diskurser dominerer sundheds- og sygdomsområdet. Målet for specialet er i forlængelse heraf at belyse, hvordan disse fremherskende diskurser om, at individet skal tage ansvar for sin egen sundhed og sygdom, i praksis påvirker individerne. På baggrund heraf, er den forudgående undersøgelse og analyse konstrueret med henblik på at besvare specialets undersøgelsesspørgsmål:

Hvordan oplever og håndterer diabetespatienter med forskellige ressourcer, at skulle leve op til værdierne om personligt ansvar og aktiv selvstyring i forhold til deres sygdom?

Undersøgelsen har belyst, hvordan diabetikerne alle italesætter et personligt ansvar for diabetes og agerer som aktive deltagere i søgen mod et sundere liv. Gennem Sundhedscenteret og samfundet i øvrigt, underlægges de en magt, der søger at normalisere, optimere og disciplinere informanterne, så de stadig bedre kan forvalte dette ansvar for deres egen sygdom. De herskende normer og værdier etableres derved i informanternes bevidsthed, hvor det i analysen kommer til udtryk, at informanterne agerer i et spændingsfelt mellem både at være styret og være den styrende, i eget liv.

Denne individualiserende sygdomsdiskurs etableres ikke kun som en abstrakt idé i informanterne. Magten bliver reelt meget konkret og træder frem i de strategier, som informanterne benytter til at leve op til disse individualiserede diskurser. Det indebærer dels en individuel bekendelse af, hvilke udfordringer eller forhindringer, der er, for at leve et sundt liv og en søgen på strategier til at overkomme disse. Bekendelsen former også informanternes blik på sig selv, når de til stadighed dømmes sig selv ud fra, om de lever op til idealerne og de etablerede livsstilsnormer eller ej. Dertil viser strategierne sig i form af (selv)teknologier og konkrete redskaber til selvovervågning og selvmonitorering, når informanterne måler blodtryk, benytter et pulsur eller nøje afgør, hvor meget kage de må spise. Desuden bliver det en strategi for flere at opsøge sociale fællesskaber, der kan styrke selvstyringen gennem forpligtelser og støtte. Disse er et udtryk for nogle af de korrigerende og normaliserende redskaber, som informanterne pålægger sig selv, som følge af magtens indvirken i deres liv. Det er således informanternes personlige hverdagsliv, med alt hvad det indebærer af tid, interesser, smagspræferencer og sociale relationer, der bliver genstand for bedømmelse på baggrund af bestemte diskurser. Men det er ikke noget, der falder alle

informanterne lige nemt og analysen viser endvidere, at det kan være svært for nogle at håndtere og efterleve disse diskurser. Hvordan de hver især formår dette i praksis har vist sig, at være relateret til deres forskelligartede sociale positioner og livshistorier.

Der viser sig i analysen en tendens til, at både ansvarsfølelsen og den reelle selvstyring blandt informanterne er stærkere eller mere udpræget, jo flere ressourcer de har. Generelt har denne tendens vist sig at være gældende, selvom fordelingen mellem kapitalerne som en ressource, ikke var så jævnbyrdig som forventet. Den økonomiske kapital havde reelt ingen forklaringskraft i analysen, da informanterne kun i meget lille grad oplevede, at deres daglige håndtering af diabetes var relateret til økonomi. Derimod har der vist sig at være mønstre i informanternes håndtering af diabetes på baggrund af både den kulturelle- og sociale kapital. Især sidstnævnte var langt mere betydningsfuld for informanterne end først antaget, hvor både et stærkt socialt netværk af venner og bekendte, men især det at have ægtefælle, trådte frem som en af de største ressourcer i håndteringen af, at leve op til diskursen om personlige ansvar og aktiv selvstyring i forbindelse med diabetes. Dette er et billede på, hvordan magten trænger helt ind i de mest personlige dele af livet og bliver forankret i sociale relationer mellem informanterne og deres nærmeste. Det er især når diskurserne og normerne forankres i relationen mellem ægtefæller, at magten får sin største virkning og mulighed påvirkning af individernes bevidsthed og praksisser. Informanternes forståelse af sig selv og deres håndtering af diabetes skabes derved i en tæt relation til herskende diskurser, selvteknologier og andre individer.

Specialets mest fremtrædende fund er dermed, at det kræver stærke sociale relationer at praktisere den individualiserende diskurs om selvansvar, der hersker inden for sygdomsområdet. Dette fund rokker fundamentalt ved præmissen bag individualiseringsdiskursen og tegner i stedet et billede af, at individet er langt mere socialt end samfundet generelt anerkender, når den enkelte stilles til ansvar for sin egen sundhed og sygdom. For at løfte folkesundheden bør man, i stedet for at se på individet som isoleret og selvbestemmende, begynde at se andre steder hen. Det er vigtigt at anerkende og tilgodese alt det, individet er en del af; de sociale relationer og kontekster det indgår i, samt de sociale begivenheder, som former livet. Det er disse forhold, der er afgørende for, hvordan individet lever. For at kunne leve et sundt liv, hvor der tages hånd om den enkelte, bør sociale fællesskaber i langt højere grad inddrages og fremmes.

Kilder

Andersen, J.H. & Whyte, S.R. 2014, "Measuring risk, managing values: health technology and subjectivity in Denmark", *Anthropology & Medicine*, vol. 21, no. 3, pp. 265-276.

Bach, Nanna (2015): *Styring af sundheden - et studie af politiske diskursers magt i sundhedspolitik*. Sundheds- og sygdomsspecialisering, Aalborg Universitet.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. 2002, "Self-management approaches for people with chronic conditions: a review", *Patient education and counseling*, vol. 48, no. 2, pp. 177-187.

Bourdieu, Pierre (1994a): "Socialt rum og symbolsk magt" i Staf Callewart et al.: *Pierre Bourdieu – Centrale tekster inden for sociologi og kulturteori*. København. Akademisk forlag.

Bourdieu, Pierre (1994b): *Af praktiske grunde*. København, Hans Reitzel Forlag.

Bourdieu, Pierre (1999): *Meditasjoner*. Oslo. Pax Forlag.

Bourdieu, Pierre (2007): *Den praktiske sans*. København, Hans Reitzel Forlag.

Bryman, Alan (2012): *Social Research Methods*. 4. udgave. Oxford University Press.

Christensen, Anne Illemann, Ekholm, Ola, Davidsen, Michael og Juel, Knud (2012): "Sundhed og sygelighed 2010 & udviklingen siden 1987" Statens Institut for Folkesundhed.

Danske Regioner (2006): *Kvalitet i regionerne - Danske Regioner mener: Patienten som et aktiv - den aktive patient*. København.

Det Ethiske Råd (2003): *Indledning. Læge-patient-forholdet – refleksioner og visioner*. Antologi. København.

Diabetesforeningen <http://www.diabetes.dk/> Informationer lokaliseret d. 12. februar 2016.

Esmark, Kim (2006): "Bourdieu's uddannelsessociologi" i Annick Prieur og Carsten Sestoft: *Pierre Bourdieu – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Foucault, Michel (1982): "The Subject and Power" i: Faubion, James D. 2000: *Michel Foucault – Power. Essential Works of Foucault 1954-1984*. 3. Udgave. New York: The New Press.

- Foucault, Michel (1978, 2002): Viljen til viden – seksualitetens historie 1. København: Det lille forlag.
- Hviid Jacobsen, Michael, Kasper Lippert-Rasmussen og Peter Nedergaard (2012): Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. 2. udgave. København, Hans Reitzels forlag.
- Kivits, J. 2004, "Researching the 'Informed Patient': The Case of Online Health Information Seekers", *Information, Communication & Society*, vol. 7, no. 4, pp. 510-530.
- Kristiansen, Søren og Hanne Krogstrup (2012): Deltagende observation – introduktion til en forskningsmetodik. København, Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009): Interview – introduktion til et håndværk. 2. Udgave. København, Hans Reitzels Forlag.
- Larsen, Kristian (2010): "Pierre Bourdieu". I Andersen, Pernille og Helle Timm: *Sundhedssociologi – en grundbog*. København: Hans Reitzels forlag.
- Lawn, S., McMillan, J. & Pulvirenti, M. 2011, "Chronic condition self-management: expectations of responsibility", *Patient education and counseling*, vol. 84, no. 2, pp. e5-e8.
- Layder, Derek (2005): *Sociological Practice*. London: Sage Publications.
- Lemke, Thomas (2009): Biopolitik – en introduktion. København: Hans Retizels Forlag.
- Mik-Meyer, Nanna og Kasper Villadsen (2007): Magtens former – sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. København, Hans Reitzels Forlag.
- Morden, A., Jinks, C. & Ong, B.N. 2012, "Rethinking 'risk' and self-management for chronic illness", *Social Theory & Health*, vol. 10, no. 1, pp. 78-99.
- Regeringen (2006): Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar.
- Regeringen (2013): Mere borger, mindre patient – et stærkt fælles sundhedsvæsen.
- Resnik, D.B. 2014, "Genetics and personal responsibility for health", *New Genetics and Society*, vol. 33, no. 2, pp. 113-125.
- Riis, Ole (2001): Metoder på tværs – om forudsætningen for sociologisk metodekombination København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.

- Rogers, A., Kennedy, A., Nelson, E. and Robinson, A. (2005): Uncovering the limits of patientcentredness- Implementing a self-management trial for chronic illness. *Qualitative Health Research* 15(2)- 224–239.
- Rose, Nikolas (1999a): *Governing the Soul – The Shaping of the Private Self*. 2. Udgave. London: Free Association Books.
- Rose, Nikolas (1999b): *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Port Chester, NY, USA: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas (2001): *The Politics of Life Itself. Theory, Culture and Society* (Sage) Vol. 18(6):1-30.
- Rose, Nikolas (2003): *At regere friheden – en analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier*. I: Borch, Christian og Lars Thorup Larsen: *Luhmann & Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Rose, Nikolas, Pat O’Malley og Mariana Valverde. *Governmentality*. Sydney Law School, Legal Studies Research Paper No. 09/94. September 2009.
- Scambler, S. 2014 ”The context of empowerment and self-care within the field of diabetes”, *Health*, vol. 18, no. 6, pp. 545–560
- Sestoft, Carsten (2006): ”Felt: Begreber og analyser” i Annick Prieur og Carsten Sestoft: *Pierre Bourdieu – en introduktion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Smith, S.K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. & McCaffery, K.J. 2009, "Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups", *Social science & medicine*, vol. 69, no. 12, pp. 1805-1812.
- Sundhedsstyrelsen (2009): *Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering*.
- Sundhedsstyrelsen (2011): *Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*. København.
- Sundhed.dk <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-aa/hud/illustrationer/animationer/lupus/> lokaliseret d. 21.04.16
- Stormhøj, Christel (2006): *Poststrukturalismer – videnskabsteori, analysestrategi, kritik*. Frederiksberg, Forlaget Samfundslitteratur.
- Thorup Larsen, Lars (2012): “The Leap of Faith from Disease Treatment to Lifestyle Prevention - The Genealogy of a Policy Idea”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 2.

Thorup Larsen, Lars (2006): The Truth will set you free - a genealogy of public health policy in Denmark and the United States 1975-2005, ph.d. afhandling. Århus Universitet.

Valente, Ana Lisa (2013): "Guideline Government: Quality Development in the Danish Healthcare Sector". Department of Sociology and Social Work, Aalborg University.

Vallgarda, Signild (2001): "Governing People's Lives: Strategies for Improving the Health of the Nations in England, Denmark, Norway and Sweden", *European journal of public health*, vol. 11, no. 4, pp. 386-392.

Vallgård, Signild (2003): Folkesundhed som politik Danmark og Sverige fra 1930 til i dag. Århus Universitetsforlag.

Vallgarda, Signild (2007): "Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden", *Critical Public Health*, vol. 17, no. 1, pp. 45-56.

Villadsen, Kaspar (2013): Michel Foucault. I Andersen, Heine og Lars Bo Kaspersen: *Klassisk og moderne samfundsteori*. København, Hans Reitzels Forlag.

Weaver, R. R. et al. (2014) Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science & Medicine*, 102 pp. 58-68.

Wæver, Ole (2012): Strukturalisme og poststrukturalisme. I: Hviid Jacobsen, Michael, Kasper Lippert-Rasmussen og Peter Nedergaard: Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. 2. København, Hans Reitzels forlag.

Yin, Robert (2014): Case Study Research: Design and Methods. 5. udgave. London, Sage Publications.

Bilag 1: Dokumenteret litteratursøgning

For at klarlægge grundlaget, som litteraturen er søgt frem på, vil det kommende afsnit indeholde overvejelser om søgestrategien. Det indebærer konkret, hvilke databaser jeg har søgt i, med hvilke søgeord og -streng, og ud fra hvilke inklusions- og eksklusionskriterier. Dette er således både med til at skabe overblik over de mulige udfald af litteratur samt skabe en dokumentation for fremgangsmåden, hvormed studiets gennemsigtighed og validitet øges.

Formålet med litteraturstudiet er at give et fyldestgørende indblik i relevant forskning og litteratur på området, for at vide, hvilket felt jeg skriver mig ind i, hvor jeg kan bidrage og med hvilke perspektiver. Litteraturen indgår dels i problemfeltet, som en indkredsning af problemstillingen. Derudover benyttes litteraturen til at diskutere de resultater, der opstår i analysen.

Søgeord

Baseret på første udkast om specialets tema og problemformulering har jeg udvalgt følgende ord, der forventes bedst at indfange undersøgelsens essens. Det kan ofte være en fordel at foretage litteratursøgningen over flere omgange, så den forbedres og konkretiseres i takt med at man kommer dybere ind i problemstillingen. Derfor har jeg først foretaget en mere ustruktureret søgning på begreber, jeg tænkte der kunne være relevante og har orienteret mig bredt inden for feltet inden jeg påbegyndte den mere strukturerede søgning.

I følgende tabel ses alle ord, der er brugt i søgningen, inddelt efter kategorier. Ordene er både blevet søgt på individuelt og i relevante sammenhænge.

Tabel 1. Søgeblokke

Patienten	Ansvar	Håndtering	Social differentiering
Patient	Personal responsibility for health	Strateg*	Inequality
Health	Personal responsibility	Perspective	Equity
Active patient	Foucault	Experience	Disparity
New patient	Rose	Coping	Socioeconomic/Socio-economic
Informed patient	Neoliberal/Neo-liberal	Mastering	Social structure
Diabetes	Self-care/Self care	Perc* (perception)	Bourdieu
Diabetic	Self-management/Self management	Agency	Capital
Chronic illness	Self-responsibility/Self responsibility	Resource*	Welfare State
	Self monitoring	Health literacy	

Undervejs i søgeprocessen er ovenstående blevet revideret, da relevante artikler både bidrager med nye relevante begreber mens andre begreber viser sig at være mindre brugbare. Eksempelvis blev begrebet ”competent patient” blev først medtaget i søgningen, da ordet kompetent indgår som et primært begreb i min specialesynopsis. Jeg så dog at begrebet på engelsk ikke rummer det samme som på dansk og derfor blev det frasortet. I søgningerne blev ordet ofte brugt som kyndig eller bemyndiget og altså ikke som kompetent eller kvalificeret, som jeg søgte.

Derudover er der begreber, som slægter sig på de udvalgte søgeord, men som ikke fanger essensen i det, jeg ønsker at undersøge. Begreber som empowerment eller ownership virker umiddelbart nærliggende at søge efter. Men erfaringen viser, at de ofte er relateret til undersøgelser eller evalueringer af en bestemt patientuddannelse, der søger at give patienterne redskaber til, bedre at håndtere eller leve med deres sygdom. Med dette sagt vælges artikler, der indeholder disse begreber ikke fra, såfremt de er relevante. Nedenstående dokumenterede søgninger er derfor kun dem, hvor relevant litteratur er udvalgt fra. Det er valgt ikke at dokumentere hvor mange artikler jeg har udvalgt fra hver søgning, da mange af

artiklerne indgår i flere af søgningerne. Men det vidner netop om, at en betydelig del af feltet er afdækket med de udvalgte søgeord og at litteraturgennemgangen derfor giver et indblik i forskningen inden for diabetikers oplevelse af at tage ansvar for egen sygdom.

Søgninger

1. "Active patient" - 13 resultater
2. "New patient" – 30 resultater
3. "Informed patient" - 6 resultater
4. ab⁴("personal responsibility for health") - 13 resultater
5. Diabet* AND "Personal responsib*" - 4 resultater
6. Patient OR health AND ti("Personal responsib*") OR ti(self-responsibility) OR ti("self responsibility") 42 resultater
7. ab(patient) AND ab("self-management" OR "self management") AND Foucault - 2 resultater
8. (ab(Patient) OR ab(diabet*)) AND (neoliberal* OR neo-liberal*) - 48 resultater
9. ab(patient) AND ab("self-care") - 62 resultater
10. ti(patient) AND ab("socioeconomic" OR "socio-economic") - 20 resultater
11. (ab(diabet*) OR ab("chronic illness")) AND (ab(socioeconomic) OR ab(socio-economic) OR ab("social structure*") OR ab(capital)) - 98 resultater
12. (ti(patient) AND ti(strateg* OR "patient* perspective" OR experience OR coping OR mastering OR perce*)) NOT (internet OR website) - fra år 1990 - 72 resultater
13. Diabetes AND (selfcare OR self-care or ownership) - 32 resultater
14. ab("Chronic ill*" OR diabetes) AND (selfcare OR self-care or ownership OR self-management OR "self management" OR self-monitoring OR "self monitoring" OR self-responsibility OR "self responsibility") - 94 resultater
15. ab("health literacy" - 78 resultater
16. Health AND Foucault AND Bourdieu - 11 resultater
17. Health AND "welfare state" AND Denmark - 49 resultater

⁴ Ab(...) angiver søgning i abstrakts

Databaser

Jeg har primært benyttet Proquest Sociological Abstracts i mine søgninger, med hensigten senere også at benytte Scopus. Til et møde med en vejleder fra AUB, der skulle hjælpe med at præcisere min søgning, blev jeg dog opmærksom på, at det i høj grad er de samme artikler, som databaserne indeholder. Især når det gælder anerkendt forskning og peer reviewed artikler, da det er dem databaserne efterstræber at have. Dog har Proquest den fordel, at den udvælger sine artikler mere kritisk end Scopus, der favner bredere og dermed mindre videnskabeligt. Så ved at søge i Proquest kommer der færre resultater frem i hver søgning, men de er skarpere udvalgt. Jeg har foretaget nogle af søgningerne i begge databaser for at dobbelttjekke afdækningen af feltet. Resultatet var, at de interessante artikler var at finde begge steder, hvor jeg primært har holdt mig til Proquest.

For at specificere søgningen yderligere har jeg ligeledes indsnævret søgeresultaterne ved først og fremmest at søge inden for det samfundsvidenskabelige felt. Derudover har jeg kun valgt specialer, afhandlinger eller videnskabelige artikler. Herunder har jeg oftest udvalgt peer reviewed artikler, der er gennemlæst og godkendt af eksperter inden for feltet. De fleste videnskabelige artikler er peer reviewed og dette øger således deres videnskabelige relevans. Dertil er søgeordene i flere tilfælde begrænset til abstracts eller titlerne for ligeledes at øge relevansen af fundene og indsnævre udvalget.

Inklusions- og eksklusionskriterier

I søgningen af litteratur er der foretaget en række til- og fravalg for at komme nærmere undersøgelsens kerne. Målet er at finde artikler, der belyser patienternes personlige oplevelse af ansvaret for et sygdoms- eller behandlingsforløb, gerne i relation til den anvendte teori.

Mange af artiklerne der kommer frem, når der søges på dette emne, har et medicinsk ophav og omhandler fx patientuddannelse eller evaluering af konkrete tiltag i sundhedsvæsenet. Ligeledes handler mange artikler om patienters håndtering af en særlig lidelse, som AIDS, overgangsalder, specifikke cancerformer mv. Disse er oftest valgt fra, men nogle er alligevel beholdt, da de vurderes at have et så bredt perspektiv, at de stadig er relevante. Artikler skrevet ud fra læger, sygeplejerskers eller andre professionelles syn på patienter er ligeledes fravalgt. Udover dette har jeg frasorteret artikler på andet sprog end engelsk, dansk og nordisk i øvrigt.

Som udgangspunkt er både kvalitative og kvantitative undersøgelser medtaget, da de på hver deres måde bidrager med relevant viden til forskningsfeltet og denne undersøgelse. Da indeværende speciale arbejder kvalitativt kan tilsvarende undersøgelser bidrage med både teoretiske og metodisk relevante perspektiver, mens de kvantitative giver et godt udgangspunkt for at forstå de strukturer, der netop spiller en relevant rolle i problemstillingen. Da undersøgelsen i høj grad er teorifunderet og søgeordede afspejler dette, er der blandt de udvalgte artikler også en del teoretiske diskussioner, med udgangspunkt i enten en neoliberale eller sociokulturel forståelse af problemfeltet. De giver et godt indblik i, hvordan de udvalgte teorier anskuer feltet.

I første omgang er de fleste artikler valgt enten til eller fra på baggrund af titlen, der oftest indikerer både studiets emne og population. Herefter er de udvalgte artiklernes abstract gennemlæst og yderligere artikler er sorteret fra, inden hele teksten nærlæses. Dermed er udvælgelsen af artiklerne foretaget over flere stadier

Kæde- og citationssøgning

I udvalgte artikler har jeg søgt videre, dels ved at søge via artiklernes anvendte referencer til både artikler og bøger. Det kan især være nyttigt i forbindelse med at finde relevante lærebøger eller klassiske studier, da det selvsagt kun vil være ældre litteratur. Derfor har jeg også set på, hvem der har citeret eller henvist til artiklen via citationssøgning. Det gør det ligeledes muligt at finde yderligere litteratur inden for samme område, men frem i tiden og derved finde de nyeste bidrag til forskningsområdet.

Litteratur

Andersen, J.H. & Whyte, S.R. 2014, "Measuring risk, managing values: health technology and subjectivity in Denmark", *Anthropology & Medicine*, vol. 21, no. 3, pp. 265-276.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. & Hainsworth, J. 2002, "Self-management approaches for people with chronic conditions: a review", *Patient education and counseling*, vol. 48, no. 2, pp. 177-187.

Broom, A., Meurk, C., Adams, J. & Sibbritt, D. 2014, "My health, my responsibility? Complementary medicine and self (health) care", *Journal of Sociology*, vol. 50, no. 4, pp. 515-530.

Callahan, Gillian, D. and Gerald Wistow. Publics, patient, citizens, consumers? – Power and decision making in primary health care. *Public Administration* Vol. 84, No. 3, 2006 (583–601).

Forssas, E., Manderbacka, K., Arffman, M. & Keskimaki, I. 2012, "Socio-economic predictors of mortality among diabetic people", *European journal of public health*, vol. 22, no. 3, pp. 305-310.

Furler, J. et al (2008) The emotional context of self-management in chronic illness: A qualitative study of the role of health professional support in the self-management of type 2 diabetes. *BMC Health Services Research* 8: 214

Greenhalgh, T (2009) Patient and public involvement in chronic illness: Beyond the expert patient. *BMJ* no. 49: vol. 338. pp. 629-631

Hart, A., Henwood, F., Smith, J., & Wyatt, S. (2003). "Ignorance is bliss sometimes": Constraints on the emergence of the "informed patient" in the changing landscapes of health information. *Sociology of Health and Illness*, 25(6), 589-607.

Jordan, J.E., Buchbinder, R. & Osborne, R.H. 2010, "Conceptualising health literacy from the patient perspective", *Patient education and counseling*, vol. 79, no. 1, pp. 36-42.

Kennedy, B.M., Paeratakul, S., Ryan, D.H. & Bray, G.A. 2007, "Socioeconomic Status and Health Disparity in the United States", *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, vol. 15, no. 2-3, pp. 13-23.

- Kivits, J. 2004, "Researching the 'Informed Patient': The Case of Online Health Information Seekers", *Information, Communication & Society*, vol. 7, no. 4, pp. 510-530.
- Kralik, D., Koch, T., Price, K. and Howard, N. (2004) Chronic illness self-management: Taking action to create order. *Journal of Clinical Nursing* 13 no. 2 pp. 259–267.
- Kristensen, D. B. et al. 2013, "‘If it makes you feel good it must be right’ - Embodiment strategies for healthy eating and risk management" *Journal of Consumer Behaviour, J. Consumer Behav.* Vol. 12 pp. 243–252
- Lawn, S., McMillan, J. & Pulvirenti, M. 2011, "Chronic condition self-management: expectations of responsibility", *Patient education and counseling*, vol. 84, no. 2, pp. e5-e8.
- Lee, S.D., Arozullah, A.M. & Cho, Y.I. 2004, "Health Literacy, Social Support, and Health: A Research Agenda", *Social science & medicine*, vol. 58, no. 7, pp. 1309-1321.
- Lupton, D. 2013, "The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era", *Social Theory & Health*, vol. 11, no. 3, pp. 256-270.
- Mendick, Nicola et al. The ethics of responsibility and ownership in decision-making about treatment for breast cancer: Triangulation of consultation with patient and surgeon perspectives. *Social Science & Medicine* 70 (2010) 1904-1911.
- Miewald, C.E. 1997, "Is Awareness Enough? The Contradictions of Self-Care in a Chronic Disease Clinic", *Human organization*, vol. 56, no. 3, pp. 353-363.
- Minkler, M. 1999. "Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End." *Health Education and Behavior* 26 no. 1 pp. 121–141.
- Minkler, M. 2007. "Promoting Health Behaviour: How Much Freedom? Whose Responsibility?" Georgetown University Press / Washington D. C.
- Morden, A., Jinks, C. & Ong, B.N. 2012, "Rethinking 'risk' and self-management for chronic illness", *Social Theory & Health*, vol. 10, no. 1, pp. 78-99.
- Nelson, M.K. & McGough, H.L. 1983, "The Informed Client: A Case Study in the Illusion of Autonomy", *Symbolic Interaction*, vol. 6, no. 1, pp. 35-49.
- Nutbeam, D. 2008, "The evolving concept of health literacy", *Social science & medicine*, vol. 67, no. 12, pp. 2072-2078.

- Pickard, S. & Rogers, A. 2012, "Knowing as practice: Self-care in the case of chronic multi-morbidities", *Social Theory & Health*, vol. 10, no. 2, pp. 101-120.
- Poland, B.D. 2000, "The 'Considerate' Smoker in Public Space: The Micro-Politics and Political Economy of 'Doing the Right Thing'", *Health & place*, vol. 6, no. 1, pp. 1-14.
- Resnik, D. B. 2007. "Responsibility for Health: Personal, Social, and Environmental." *Journal of Medical Ethics* 33 no. 8 pp. 444–445.
- Resnik, D.B. 2014, "Genetics and personal responsibility for health", *New Genetics and Society*, vol. 33, no. 2, pp. 113-125.
- Rogers, A., Kennedy, A., Nelson, E. and Robinson, A. (2005) Uncovering the limits of patientcentredness- Implementing a self-management trial for chronic illness. *Qualitative Health Research* 15(2)- 224–239.
- Scambler, S. 2014 "The context of empowerment and self-care within the field of diabetes", *Health*, vol. 18, no. 6, pp. 545–560
- Seligman, R. Et al. 2015, "Self-care and Subjectivity among Mexican Diabetes Patients in the United States", *Medical Anthropology Quarterly (New Series)*, vol. 29, no. 1, pp. 61.
- Sinding, C. et al. "I like to be an informed person but." negotiating responsibility for treatment decisions in cancer care. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 1094-1101.
- Smith, S.K., Dixon, A., Trevena, L., Nutbeam, D. & McCaffery, K.J. 2009, "Exploring patient involvement in healthcare decision making across different education and functional health literacy groups", *Social science & medicine*, vol. 69, no. 12, pp. 1805-1812.
- Street, Jr., R. L. PhD. Patient Participation in Medical Consultations Why Some Patients are More Involved Than Others. *Medical Care*, Vol. 43, No. 10 (Oct., 2005), pp. 960-969.
- Thorup Larsen L. 2012, "The Leap of Faith from Disease Treatment to Lifestyle Prevention - The Genealogy of a Policy Idea", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 37, No. 2.
- Valente, Ana Lisa 2013, "Guideline Government: Quality Development in the Danish Healthcare Sector". Department of Sociology and Social Work, Aalborg University.
- Vallgarda, S. 2001, "Governing People's Lives: Strategies for Improving the Health of the Nations in England, Denmark, Norway and Sweden", *European journal of public health*, vol.

11, no. 4, pp. 386-392.

Vallgarda, S. 2007, "Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden", *Critical Public Health*, vol. 17, no. 1, pp. 45-56.

Weaver, R. R. et al. Health capabilities and diabetes self-management: The impact of economic, social, and cultural resources. *Social Science & Medicine* 102 (2014) 58-68.

Webster, N. J. 2011, "The Embodiment of Type-2 Diabetes and the Influence on Self-Care Strategies", Department of Sociology, Case Western Reserve University.