

Tematisk diskursanalyse af den danske sundhedspolitik

Hvordan den sociale ulighed i svær overvægt fremstilles med hensyn til forebyggelse

Speciale:

Kandidat i Folkesundhedsvidenskab
Det Sundhedsvidenskabelige fakultet
Aalborg Universitet

Gruppe 10313:

Aziz Dakhel
Mihriban Kutluca
Mikael Aron Nielsen

Vejleder:

Henrik Vardinghus-Nielsen

Afleveringsdato:

06-06-2019

Anslag inkl. mellemrum:

241.500
(100 Normalsider)

Referencesystem:

Vancouver

Forord

Kandidatspecialet blev udarbejdet i perioden 1. februar til 6. juni 2019, på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet, ved Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet.

Specialet ønsker at udforske, hvilke diskursive forståelser som fremkommer hos den danske sundhedspolitik med hensyn til at forebygge den sociale ulighed inden for svær overvægt. Denne interesse for diskurser vedrørende sundhedspolitik er fremkommet grundet en undren omhandlende, hvorfor bestemte former for forebyggelse løbende anvendes frem for andre, omend disse ikke altid lader til at være funderet ved evidens eller viden.

Specialet anvendte en tematisk diskursanalyse, hvilket har været et omfattende, men tilsvarende spændende område at udforske, som har medvirket til at skabe en forståelse for, hvilken rolle diskursive forståelser har med hensyn til problematikken vedrørende den sociale ulighed inden for svær overvægt.

Derudover vil specialegruppen gerne takke den tildelte vejleder Cand. Mag i Kommunikation og Sociologi, Ph.d. i sociologi og organisation, Lektor Henrik Vardinghus-Nielsen, som bidrog med konstruktiv og kostbar vejledning gennem hele specialeprocessen.

Resumé

Baggrund: På verdensplan er prævalensen for svær overvægt voksende med en tendens tilsvarende en epidemi, hvilket kan have konsekvenser for både samfundet og individet, derunder kardiovaskulære og respiratoriske lidelser, flere former for kræft, samt større risiko for depression. Derudover er den sociale ulighed i svær overvægt voksende i Danmark, omend den sundhedspolitiske diskurs har omhandlet at reducere denne siden 1970'erne. Det kan dermed problematiseres, hvorvidt den aktuelle sundhedspolitiske diskurs kan medvirke til enten at reducere eller forøge den sociale ulighed inden for svær overvægt i Danmark.

Formål: Formålet med specialet er at opstille et forandringsforslag, som kan medvirke til at mindske den sociale ulighed inden for svær overvægt. Dette forandringsforslag blev funderet ved en tematisk diskursanalyse af en række sundhedspolitiske dokumenter, med henblik på at fremanalysere, hvilke diskurser der er konstituerende for den danske sundhedspolitik, og hvilke forslag som kan stilles til disse diskurser med hensyn til at forandring.

Metode: Der blev udført en tematisk diskursanalyse funderet ved den kritiske diskursteori som fremhævet hos Fairclough, hvilket blev anvendt til at analysere en række sundhedspolitiske dokumenter for at finde eventuelle konstituerende diskurser. Førnævnte dokumenter blev selekteret efter en række fremsatte kriterier, derunder forfatterens autoritet, dokumentets tilgængelighed, samt anvendte krydsreferencer. Derudover blev der udført en systematisk litteratursøgning for at udforske den internationale forskningslitteratur vedrørende sundhedspolitiske diskurser forbundet med svær overvægt.

Resultater: Ved den tematiske diskursanalyse blev seks diskurser fremanalyseret, disse værende individorienteret, normalitet og livsstil, biomedicin, paternalisme, biopsykosocial og evidens. Hertil var den biomedicinske og individorienteret dominerende, hvilket var fundamentet for den herskende liberalistiske sundhedsdiskurs. Derudover identificerede litteraturstudiet fire studier, som blev anvendt til at diskutere eller understøtte analysens fund.

Konklusion: Forandringsforslaget omhandler, hvordan den liberalistiske diskurs kan omformuleres, hvorved en socialistisk orienteret diskurs tilsvarende anvendes, hvilket kan medvirke til at ændre den fundamentale sundhedspolitiske forståelse inden for social ulighed i svær overvægt. Dette kan udføres ved at omformulere den eksisterende liberalistiske diskurs ved tilsvarende at benytte en socialistisk orienteret diskurs, derunder termen 'levevilkår', som kan anvendes for at den danske sundhedspolitik ikke udelukkende fremstiller den sociale ulighed inden for svær overvægt som et individualistisk problem ved termen 'livsstil'.

Abstract

Background: Worldwide the prevalence of obesity is growing corresponding to an epidemic which can have consequences for both society and individuals including cardiovascular and respiratory problems, multiple type of cancers and greater risk of depression. Furthermore, the social inequality in obesity is growing in Denmark despite that the discourse from the national health policy has aimed to reduce this since the 1970's. Thus, the current discourse in health policy can be problematized in terms of either reducing or increasing the social inequality of obesity in Denmark.

Purpose: The purpose of this graduate thesis is to produce a change proposal which can aim to reduce the social inequality of obesity. This change proposal was grounded in a thematic discourse analysis of several health policy documents with the aim to identify which discourses is representative in Danish health policy and which possible changes could be made to the discourses.

Methods: A thematic discourse analysis was used to identify constitutional discourse over several health policy documents. This analysis was grounded in the critical discourse theory as presented by Fairclough. The aforementioned documents were selected from several criteria including the authors authority, the availability of the document and cross references used. Furthermore, a systematic literature search was used to explore the international research literature in terms of health policy discourses associated with obesity.

Results: Six discourses were identified with the thematic discourse analysis which was named individual, normality and lifestyle, biomedicine, paternalism, biopsychosocial and evidence. The biomedical and individual discourse was found to be the most prominent and the foundation for the liberal discourse in health policy. Furthermore, four studies were identified by the literature study which was used to discuss and support the findings from the analysis.

Conclusion: The change proposal revolves around how the liberal discourse can be reframed with a more socialist-oriented discourse which in turn can help change the fundamental perception of inequality in obesity within health policy. The liberal discourse can be reframed with the socialist oriented discourse with the use of life conditions and lifestyle choices which can create a wider perception of the social inequality in obesity in health policy.

Indhold

1.0 Initierende Problem.....	7
2.0 Problemanalyse.....	8
2.1 Svær overvægt som folkesundhedsproblem	8
2.2 Body Mass Index.....	11
2.3 Perspektiver på svær overvægt.....	12
2.4 Social ulighed og socioøkonomisk status.....	15
2.5 Perspektiver på social ulighed inden for svær overvægt	17
2.6 Forebyggelsesstrategier og determinanter	19
2.7 Utsigtede konsekvenser ved forebyggelsestrategierne.....	22
2.8 Politikker og diskurser	23
2.9 Problemafgrensning	27
3.0 Problemformulering.....	28
3.1 Forskningsspørgsmål til evidens	28
4.0 Metodologi.....	29
4.1 Videnskabsteoretisk position	29
4.1.1 Socialkonstruktivisme.....	29
4.1.2 Ontologi og epistemologi	32
4.2 Kritisk diskursteori	32
4.3 Tematisk diskursanalyse.....	38
4.4 Tekstkorpus.....	43
4.4.1 Kriterier til grund for tekstkorpus.....	45
4.4.2 Præsentation af tekstkorpus	48
4.5 Litteraturstudie	51
4.5.1 Selektionskriterier	54
4.5.2 Selektionsprocessen	55
4.5.3 Kvalitetsvurdering	58
5.0 Resultater fra litteraturstudiet	58
6.0 Analyse	63
6.1 Individorienteret diskurs	63
6.2 Normalitet og livsstil	68
6.3 Biomedicinsk diskurs	70
6.4 Paternalisme	74
6.5 Biopsykosocial diskurs	75

6.6 Evidens	77
7.0 Diskussion	79
7.1 Intertekstualitet	79
7.2 Interdiskursivitet.....	81
7.3 Sundhedsstyrelsens rolle	82
7.4 Samfundsforhold mod livsstil.....	83
7.5 Liberalisme mod socialisme	87
8.0 Forandring	90
8.1 Multiple-strømme.....	90
8.2 Forandringspotentialet.....	93
8.3 Forandringsforslaget.....	95
8.4 Diskussion af forandringsforslaget	98
9.0 Metodediskussion	100
9.1 Videnskabsteori	100
9.2 Kvalitetsudvikling.....	101
9.3 Selektion af dokumenter til tekstkorpus	101
9.4 Forskerens ståsted	102
9.5 Systematisk litteratursøgning	103
10.0 Konklusion.....	104
Referenceliste	106

1.0 Initierende Problem

På verdensplan er prævalensen for svær overvægt voksende, hvor det blev estimeret til at være omtrent 108 millioner børn og 604 millioner voksne med svær overvægt ved 2015 (1), hvilket medvirker til mellem 3-4 millioner dødsfald på verdensplan hvert år (1,2). Denne voksende prævalens indenfor svær overvægt kan medføre omfattende konsekvenser for både det enkelte individ og samfundet. På samfunds niveau er svær overvægt i Danmark forbundet med 1,3 millioner yderligere henvendelser til den praktiserende læge, samt 34.000 somatiske og 251.000 ambulante hospitalsindlæggelser (3). På individniveau kan konsekvenserne være både biomedicinske, samt psykosociale, eftersom svær overvægt er associeret med en række kardiovaskulære lidelser, respiratoriske problemer, flere former for kræft, samt større risiko for depression og diskrimination med hensyn til uddannelse, arbejde, sundhedspleje, samt sociale relationer (4).

Den danske sundhedspolitik har over flere år haft som erklæret mål at minimere den sociale ulighed indenfor sundhed, derunder svær overvægt (5), som omhandler hvorfor der forekommer flere sundhedsproblemer blandt personer med en lavere socioøkonomiske status (SES) (6). Danmark har en omfattende sundhedspolitik, et veletableret sundhedssystem, samt en egalitaristisk samfundskultur (7), men der findes fortsat social ulighed indenfor sundhed i Danmark, hvor en lavere socioøkonomisk status blandt andet er associeret med svær overvægt (7,8). Det fremkommer blandt andet fra de nationale sundhedsprofiler fra 2010, 2013 og 2017, at prævalensen af svær overvægt er vokset fra 13,6 procent, til 14,1 procent og videre til 16,8 procent hos den voksne befolkning (9). Derudover fremkommer en association mellem det højeste gennemførte uddannelsesniveau og prævalensen af personer med svær overvægt, hvor prævalensen falder fra 26,3 procent blandt personer med grundskole til 8,1 procent, blandt personer med en lang videregående uddannelse (9). Det kan virke paradoksalt, at den sociale ulighed i svær overvægt i Danmark ikke er blevet mindsket henover årene, men derimod er vokset, omend der har været forholdsvis intensive indsatser og politiske initiativer med henblik på at reducere denne (5,6). Med en voksende byrde forbundet med svær overvægt, samt den dertilhørende sociale ulighed, kan det problematiseres, hvorvidt den aktuelle sundhedspolitiske diskurs kan være en medierende faktor for, hvilke indsatser eller forebyggelsesstrategier, som anvendes for at reducere den sociale ulighed i svær overvægt.

2.0 Problemanalyse

Problemanalysen har til formål at fremhæve, samt problematisere, den sociale ulighed inden for svær overvægt, samt hvordan den sundhedspolitiske diskurs kan være en medierende faktor for, hvordan svær overvægt forebygges. Først fremhæves den voksende prævalens inden for svær overvægt, samt de dertilhørende konsekvenserne, som værende en problematik for folkesundheden. Derefter problematiseres den sociale ulighed med hensyn til svær overvægt, hvilket leder videre til, hvilke forebyggelsesstrategier og bagvedliggende determinanter gennem et socio-økologisk perspektiv, som er blevet anvendt i Danmark. Problemanalysen afsluttes med at udfolde sundheds- og samfundspolitikken for hermed at kunne fremhæve, hvilke potentielle sundhedsdiskurser der findes med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt. Gennem hele problemanalysen vil der løbende blive fremhævet en række perspektiver, og dermed potentielle diskurser, som kan være medierende forhold for, hvordan den sociale ulighed inden for svær overvægt forstås, behandles eller forebygges.

En diskurs kan forstås som en bestemt meningsramme, som klarlægger og afgrænser måden, hvorpå der tales, forstås og handles indenfor sociale sammenhænge (10). Diskurser kan, ifølge Brænder (10), findes ved enhver menneskelig handling, hvorfor disse ikke udelukkende udtrykkes ved tekster, men tilsvarende gennem tale og handling, omend tekster ofte efterlader mere vedvarende aftryk med hensyn til, hvordan virkeligheden kan forstås.

2.1 Svær overvægt som folkesundhedsproblem

Dette afsnit vil fremhæve den fortsat voksende byrde forbundet med svær overvægt ved at anvende estimater fra henholdsvis international forskningslitteratur, samt de danske sundhedsprofiler. Derudover fremhæves eventuelle potentielle samfundsmæssige og individuelle konsekvenser forbundet med svær overvægt, for dermed at skabe fundament for svær overvægt som værende et problem for folkesundheden.

Prævalens og incidens

På verdensplan er prævalensen for svær overvægt voksende med en tendens tilsvarende en epidemi, hvor der ved 2015, blev estimeret at være omtrent 108 millioner børn og 604 millioner voksne med svær overvægt, hvilket er blevet estimeret til at medvirke til mellem 3-4 millioner dødsfald på verdensplan hvert eneste år (1,2). Flere studier fremhæver, at denne voksende tendens er endnu mere

fremtrædende blandt børn, hvor der findes en større incidens med flere nye tilfælde af svær overvægt, men at den totale prævalens fortsat er lavere end hos den voksne population (1,2,11). Denne voksende incidens af svært overvægtige børn kan være bekymrende, eftersom svær overvægt tidligere i livet kan have omfattende konsekvenser for det enkelte barn (12). Den allerede omfattende prævalens forbundet med svær overvægt blandt voksne er ressourcekrævende for sundhedssystemer verden over, og sammenholdes dette med den voksende incidens blandt børn, kan det forventes at denne byrde bliver endnu mere omfattende, hvis tendensen fortsætter (11). Med hensyn til danske forhold forekommer samme tendens med i svær overvægt, hvor de nationale sundhedsprofiler fremhæver at prævalensen er vokset fra henholdsvis 13,6 procent i 2010, til 14,1 procent i 2013 og videre til 16,8 procent i 2017 i den voksne befolkning i Danmark (9). Sammenlignet med år 2010 ses det, at der i år 2013 er højere sandsynlighed for at udvikle svær overvægt. Dette fremkommer af sundhedsprofilen ud fra en odds ratio som viser en forøget odds for at udvikle svær overvægt, OR; 1.05 (1.03-1.08) sammenlignet med referenceåret OR; 1.00 i år 2010. Yderligere udregnes en odds ratio fra år 2017 som sammenlignes med odds ratioen fra år 2010. Beregningen viser en forhøjet odds på 1.30 (1.27 - 1.32) fra år 2017 sammenlignet med år 2010.

Derudover forekommer der omtrent 630 flere dødsfald om året i Danmark, blandt voksne med svær overvægt, end blandt voksne med en lavere vægt (9). Den voksende prævalens fremhæver, at endnu flere individer udvikler svær overvægt, hvilket kan medføre omfattende konsekvenser for både det enkelte individ og samfundet. Disse konsekvenser omhandler blandt andet de økonomiske ressourcer som anvendes til at behandle eller forebygge svær overvægt, samt de fysiske og psykosociale lidelser som individet kan opleve.

Samfundsmæssige konsekvenser

For samfundet omhandler disse konsekvenser ofte økonomiske forhold, derunder ressourcer forbundet med, at behandle individer med svær overvægt eller mistet produktionskraft. I Danmark er svær overvægt forbundet med 1,3 millioner yderligere henvendelser til den praktiserende læge, samt 34.000 somatiske og 251.000 ambulante hospitalsindlæggelser (3), hvilket er ressourcekrævende med hensyn til det allerede belastede danske sundhedssystem (13). Derudover koster det samfundet omtrent 1,8 milliarder kroner at pleje og behandle individer med svær overvægt, samt at 1400 individer hvert år tildeles førtidspension grundet svær overvægt (3), hvilket medvirker til både flere økonomiske omkostninger, samt mistet produktion for samfundet. Dette understøttes hos det danske

studie af Kjellberg et. al. (14), som finder en association mellem svær overvægtige individer og en forøget offentlig udbetaling, hjemmepleje omkostninger og sundhedsomkostninger.

Individuelle konsekvenser

Svær overvægt har imidlertid ikke udelukkende konsekvenser for samfundet, men tilsvarende for det enkelte individ, eftersom dette kan medføre en række fysiske lidelser, samt sociale og psykiske konsekvenser. Svær overvægt er forbundet med en større mortalitet, hvilket skyldes at denne kan medføre risiko for, at udvikle kardiovaskulære lidelser, diabetes, søvnapnø, ledsmerter, respiratoriske- og reproduktionsproblemer, samt flere former for kræft (4,15). Udover de mere fysiske problematikker forbundet med svær overvægt, kan denne tilsvarende medføre sociale og psykiske konsekvenser for individet. Individer med svær overvægt udsættes ofte for diskrimination med hensyn til uddannelse, erhverv, samt sociale eller romantiske relationer (4,15), hvilket kan medføre færre ressourcer, både sociale og økonomiske, til at ændre forholdene forbundet med deres svær overvægt (15). Derudover vil individer med svær overvægt ofte have mindre selvværd, en større risiko for depression, samt være mere afholdende med hensyn til at udføre fysiske aktiviteter (15), hvilket kan medvirke til at individet forbliver svær overvægtig. Diderichsen et. al. (5) fremhæver, hvordan det kan være svært for det enkelte individ at reducere vægten, eftersom samfundet er fyldt med søde, appetitvækkende, samt kalorietætte mad- og drikkevarer. Kombineres dette med, at fortsat flere individer har et stillesiddende erhverv, samt benytter motoriseret transport, hvormed det fysiske aktivitetsniveau hos individet minimeres, kan de strukturelle forhold i samfundet være en medvirkende faktor med hensyn til at udvikle svær overvægt (5).

Alle førnævnte konsekvenser, både med hensyn til individet og samfundet, samt at prævalensen blandt voksne og børn fortsat er voksende, medvirker til at svær overvægt bliver til en problematik for folkesundheden i Danmark. Derfor bliver denne problematik til fundamentet for specialet, eftersom svær overvægt har en omfattende sundhedsbyrde, både internationalt og nationalt, samt at det er estimeret, at hvis den nuværende tendens fortsætter, vil der være omtrent 1.12 milliarder individer med svær overvægt i 2030 på verdensplan (16). De samfundsrelaterede konsekvenser kan medføre endnu mere pres på sundhedssystemet, mens de individorienterede konsekvenser fremhæver, at svær overvægt ikke udelukkende er en biomedicinsk, men tilsvarende en social og psykisk tilstand (11,13,15). Det kommende afsnit vil derfor præsentere en række perspektiver, derunder den dominerende definition vedrørende svær overvægt, hvilket kan medvirke til, hvilke sundhedspolitiske diskurser der fremsættes.

2.2 Body Mass Index

Den mest udbredte metode blandt sundhedsprofessionelle til at estimere individets sundhed baseret på vægt-højde forholdet, er Body Mass Index (BMI), som tilsvarende ofte anvendes til at definere svær overvægt blandt individer (11). Hos Sundhedsstyrelsen defineres svær overvægt som værende en BMI-værdi på 30 eller derover, hvilket stemmer overens med verdenssundhedsorganisationen (WHO) (17), som derudover uddyber ved at definere svær overvægt som værende en unormal eller overdreven fedt opbygning, der kan medføre en sundhedsrisiko. Det bør imidlertid fremhæves, at selvom BMI-værdierne stemmer overens mellem Sundhedsstyrelsen og WHO, anvendes der ikke de samme termer, hvilket fremvises ved tabel 1, hvor de respektive BMI-værdier er opstillet herefter.

Tabel 1: Oversigt BMI-værdier

BMI	Sundhedsstyrelsen (3)	WHO (17)
Under 18,50	Undervægt	Underweight
18,50 til 25,00	Normalvægt	Normal range
25,00 eller derover	overvægt	Overweight
25,00 til 30,00	Moderat overvægt	Pre-obese
30 eller derover	Svær overvægt	Obese

Tabellen viser klassifikationen af overvægt på baggrund af BMI og hvordan de forskellige klasser omtales af både Sundhedsstyrelsen og WHO.

Mens Sundhedsstyrelsen anvender termen svær overvægt, benytter WHO det engelske ord “obese”, som kan oversættes til fedme. Det vides ikke bestemt, hvorfor Sundhedsstyrelsen ikke benytter samme term som WHO, selvom denne uden større problemer ville kunne oversættes. Dette kan tænkes at være forbundet med, hvordan ordet “fedme” fremstår og fortolkes indenfor en dansk kultur, hvormed Sundhedsstyrelsen kan tænkes at tilstræbe, at fremsætte en bestemt sundhedspolitisk diskurs ved at benytte svær overvægt fremfor fedme.

Der fremkommer derudover en ulempe ved at anvende BMI som mål for individets fedtmasse, eftersom BMI-metoden ikke skelner mellem fedtfri masse og fedtmasse, hvormed målet bliver upræcist i forhold til forskelle med hensyn til den fysiologiske opbygning hos individet (18). For at eksemplificere dette, kan et individ have en høj BMI-værdi, men fortsat en forholdsvis lav fedtmasse, eller omvendt kan individet have en lav BMI-værdi, men en stor fedtmasse (18). Med et biomedicinsk

perspektiv bør udtrykket, svær overvægt, henvise til en overdreven ophobning af kropsfedt, hvorfor det kan problematiseres, hvorvidt BMI som metode kan måle denne fedtmasse præcist (18). Det fremhæves imidlertid hos Ortega et. al. (19), at BMI er en stærk indikator på kardiovaskulære lidelser, samt at der ikke kan findes en signifikant forskel mellem, at anvende BMI som mål for fedtmasse og andre mere dybdegående metoder. Det fremhæves, at den simple og mindre omkostningsfulde BMI-metode, kan være tilsvarende klinisk essentiel at anvende til at måle individets fedtmasse, som andre mere dybdegående metoder (19).

2.3 Perspektiver på svær overvægt

Dette afsnit vil beskrive en række perspektiver på svær overvægt, derunder hvorvidt denne bør anskues som værende en tilstand forbundet med risiko eller en sygdom, samt henholdsvis det biomedicinske og biopsykosociale perspektiv, med henblik på at fremhæve potentielle diskurser med hensyn til den svære overvægt.

Svær overvægt som tilstand eller sygdom

Der findes en række perspektiver, hvormed svær overvægt kan anskues, derunder det mere biomedicinske syn, hvilket ofte findes hos sundhedsprofessionelle tilknyttet den almene praksis, hvorved den svære overvægt kan anskues som værende en sygdom (20). Et lidt anderledes perspektiv kan findes blandt sundhedsprofessionelle med en lidt bredere sundhedsforståelse, hvor den svære overvægt ofte vil anskues som værende en tilstand forbundet med risiko eller som en konkret risikofaktor, tilsvarende fysisk inaktivitet eller alkohol (20). Førnævnte perspektiver kan udadtil virke enslydende, men kan derimod adskilles ved deres forståelse for svær overvægt som værende enten en decideret sygdom eller en tilstand forbundet med risiko. Derudover fremhæver Ingerslev (20), at den svære overvægt for enkelte individer kan være en fysisk fremtræden, som ikke umiddelbart forbindes med hverken sygdom, lidelse eller risiko. Med hensyn til specialet fremhæves førnævnte perspektiver med henblik på at vise, hvordan det anvendte perspektiv kan være bestemmende for, hvordan den sundhedsprofessionelle eller individet anser den svære overvægt. Dette kan problematiseres, eftersom det kan medføre at potentielle perspektiver vil støde sammen ved mødet mellem individet og sundhedssystemet, grundet at ét perspektiv ikke kan anvendes, uden på samme tid at overse eller tilsidesættes andre alternative perspektiver, eller med andre ord, andre potentielle diskurser.

Ovenstående problematik vedrørende alternative perspektiver er omdiskuteret hos forskere og politikere, hvilket blandt andet fremstår hos professor Peter Sandøe fra Institut for Fødevare- og Ressourceøkonomi på Københavns Universitet (21). Sandøe (21) fremhæver, at ved at erklære svær overvægt som værende en sygdom, vil det moralsk obligere samfundet til at behandle denne, efter samme vilkår som andre sygdomme, samt at det tilsvarende kan modvirke nutidens tendens til, at anskue den svære overvægt som værende en individuel, selvforvoldt udfordring. Derudover beskriver Sandøe (21), hvordan det at definere en tilstand som værende en sygdom, kan medføre en forstærkende effekt med hensyn til at rette opmærksomhed mod mere forebyggelse og behandling. Derudover fremhæves det hos Jacob Birkler fra Det Ethiske Råd (22), at det kan have potentielle utilsigtede konsekvenser at erklære svær overvægt en sygdom, eftersom det kan indsnævre forståelsen for, hvad der opfattes som normalt eller tilhørende individets selvbestemte adfærd.

Det kan imidlertid problematiseres, hvorvidt denne form for sygeliggørelse af den svære overvægt, kan medføre et forholdsvist biomedicinsk fokus vedrørende at behandle individet, samt at individet kan risikere at blive diskrimineret eller stigmatiseret ved at blive diagnosticeret med svær overvægt. Med hensyn til denne problematik har Sundhedsstyrelsen, samt de Danske Regioner, været modstander af at erklære svær overvægt som værende en sygdom, hvilket fremstår hos specialkonsulent Tatjana Hejgaard og politiker Ulla Astman, eftersom det tilstræbes ikke at sygeliggøre individer med svær overvægt, eftersom ikke alle individer har behandlingskrævende symptomer eller følgesygdomme (23,24).

Med hensyn til specialet kan de førnævnte perspektiver omhandlende, hvorvidt den svære overvægt forstås som værende enten en sygdom eller en tilstand forbundet med risikofaktorer, være bestemmende for hvilken sundhedspolitik diskurs, som fremsættes om svær overvægt, eftersom ét perspektiv ofte vil medføre at andre, alternative perspektiver udelukkes. Denne diskurs kan derudover tilsvarende være medierende for, hvilken form for forebyggelse som anvendes, eftersom en tilstand eller sygdom ofte ikke vil behandles efter samme vilkår. Uanset om den svære overvægt anskues som en tilstand eller sygdom, kan der derudover anvendes et biomedicinsk eller et biopsykosocialt perspektiv.

Det biomedicinske eller biopsykosociale perspektiv

Det biopsykosociale perspektiv blev fremsat af psykiateren George Engel, med det formål at denne skulle erstatte det dominerende biomedicinske perspektiv, eftersom dette ikke længere kunne efterleve folkets behov for sundhed (25). Det biomedicinske perspektiv er overordnet funderet ved tanken om henholdsvis dualisme, samt reduktionisme. Den førnævnte dualisme, omhandler hvordan den psykosociale tilstand hos individet, derunder følelser, sociale relationer, samt adfærd, bør ansues som værende adskilt fra den somatiske tilstand, hvorimod den reduktionistiske tanke omhandler, hvordan en kompleks enhed, derunder individet, bør ansues ved at analysere dennes enkelte komponenter (25).

Endvidere fremhæver Engel (25), at det biomedicinske perspektiv ofte vil tilsidesætte det enkelte individ, og dermed blive mere sygdomsorienteret, fremfor patientorienteret. Med hensyn til specialet kan det problematiseres, hvorvidt det biomedicinske perspektiv kan medføre konsekvenser for individet, eftersom det implicit fremsættes ved dette perspektiv, at individets adfærd eller livsstil har medført tilstanden, hvormed individet kan risikere at blive diskrimineret eller udsat for paternalistisk adfærd fra sundhedsprofessionelle. Førnævnte paternalistiske adfærd kan forekomme, hvis den svære overvægt reduceres til udelukkende at være en fysisk tilstand forbundet med fysisk fremtræden eller BMI, hvorved de potentielle psykosociale konsekvenser kan blive tilsidesat eller overset, hvilket kan medføre endnu værre sundhed for individet.

Modsat det biomedicinske perspektiv, som udelukkende omhandler det fysiske element hos individet, vil det biopsykosociale perspektiv tilsvarende omhandle det psykiske og sociale element, hvilket kan medvirke til en bredere forståelse for individets sundhed (25). Det biopsykosociale perspektiv er funderet ved en systemisk tanke, hvor alle niveauerne relateret til individets sundhed inddeles hierarkisk, fra det molekylære celleniveau til, væv, organ- og nervesystemet, individet, familien, kulturen og samfundet (25). Ved det biopsykosociale perspektiv erstattes den biomedicinske dualistiske, samt reduktionistiske forståelse for sundhed med en reciprok kausalitetsforståelse, hvormed de respektive niveauer kan forstyrre eller påvirke hinanden (25).

Det biopsykosociale perspektiv bliver dermed mere patientorienteret, hvor Engel (25) fremhæver, at sundhed skal analyseres med fundament i henholdsvis individet, familien, samfundet og kulturen, samt de biomedicinske elementer, som cellerne, vævet og organerne. Det biopsykosociale perspektiv kan være mere velanvendt med hensyn til at behandle eller forebygge svær overvægt, eftersom alle forhold hos individet, derunder sociale, psykiske, samt fysiske benyttes, hvilket blandt andet

fremkommer hos Russell et. al., (26), hvor svær overvægt blandt familier analyseres med et biopsykosocialt perspektiv. Der analyseres biologiske faktorer, såvel som genetiske prædispositioner, temperament, homeostatiske processer, samt psykosociale og adfærdsmæssige faktorer i forbindelse med forældrenes madvaner og børns appetit træk (26). Det fremhæves blandt andet, at svær overvægt forekommer i starten af barndommen, eftersom forældrenes sociale og kulturelle adfærd, samt madvaner er medierende forhold for barnets risiko for at udvikle svær overvægt (26). Dette kan indikere, at den svære overvægt blandt andet kan skyldes socioøkonomiske og kulturelle forhold hos individet, eller dennes forældre ved barndommen, samt potentielt mere strukturelle forhold forbundet med energitætte fødevarer eller fysisk inaktivitet, hvilket vil blive fremhævet ved de kommende afsnit.

2.4 Social ulighed og socioøkonomisk status

Dette afsnit vil fremhæve den aktuelle sociale ulighed inden for svær overvægt i Danmark, hvorefter en mere teoretiske forståelse vil blive beskrevet for at fremskrive potentielle konsekvenser forbundet med den sociale ulighed. Social ulighed indenfor sundhed er hverken ukendt blandt politikere eller forbeholdt danske forhold, men tværtimod en international tendens (5,6). Derudover har flere studier fremhævet en association mellem socioøkonomisk status og risikoen for at udvikle svær overvægt (8,11,27). Som eksempel kan et dansk studie af Boylan et. al (8) fremhæves, hvor der findes en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og udvikling af svær overvægt. Dette undersøges ved opstilling af en logistisk regression, hvorved studiet fremviser sandsynligheden mellem at have lav, mellem, eller høj socioøkonomisk status og chancen for at udvikle svær overvægt. Hertil beregnes en odds ratio for sandsynligheden for udvikling af svær overvægt for henholdsvis mænd og kvinder. Studiets resultater viser, at mænd med lav SES har en forhøjet odds på 1.5 (0,7-3.3), for udvikling af svær overvægt sammenholdt med mænd med høj SES. Mænd med mellem SES har en forhøjet odds på 1.3 (0.5-3.3) for udvikling af svær overvægt sammenlignet med mænd med høj SES. Kvinder med lav SES har en forhøjet odds ratio, 2.9 (1.7-5.0), for udvikling af overvægt sammenlignet med kvinder med høj SES. Kvinder med mellem SES har en forhøjet odds ratio, 2.3 (1.2-4.5), for udvikling af svær overvægt sammenholdt med kvinder med høj SES. Det kan udledes at Boylan et. al. (8) fremhæver tendensen, hvor en lavere SES er forbundet med større sandsynlighed for at udvikle svær overvægt.

Dette understøttes af den danske Sundhedsprofil fra 2017 (9), som viser en fremtrædende association mellem det gennemførte uddannelsesniveau og andelen af individer med svær overvægt, hvor andelen falder fra 26,3 procent, OR; 2.40 (2.26-2.55) blandt individer med grundskole, til 8,1 procent, OR; 0.52 (0.48-0.55) blandt individer med en lang videregående uddannelse. De førnævnte odds ratioer fortolkes således, at individer med grundskoleuddannelse har forhøjet odds for at udvikle svær overvægt, hvorimod individer med lang videregående uddannelse, har reduceret odds for at udvikle svær overvægt. Den samme tendens fremkommer, hvis erhverv benyttes som estimat, hvor risikoen for at udvikle svær overvægt er større blandt arbejdsløse 23,2 procent, OR; 1,60 (1.44-1.76), førtidspensionister 32,1 procent, OR; 2.23 (2.08-2.39) og andre uden for arbejdsmarkedet 22,4 procent, OR; 1.69 (1.57-1.87), end blandt individer som er beskæftiget 16,4 procent, OR; 1 (9).

Diderichsen et. al. (5) fremhæver at social ulighed fundamentalt omhandler, at alle essentielle funktioner indenfor samfundet skal udfyldes, hvilket implicit vil medvirke til niveauforskelle med hensyn til uddannelse, indkomst, sociale forhold eller status mellem individer. Førnævnte niveauforskelle kan tilsvarende medføre forskelle med hensyn til socioøkonomisk status. Galobardes et. al (28) beskriver at den socioøkonomiske status dækker over de sociale og økonomiske forhold, som kan influere hvilke positioner som individet, eller en subpopulation, kan have indenfor samfundet. Disse forhold omhandler blandt andet, men ikke udelukkende, de potentielle ressourcer, værende sociale eller økonomiske, som individet kan benytte, hvilket fremhæves hos Link og Phelan (29). Derudover er den socioøkonomiske status tæt forbundet med at blive eksponeret for risici, samt hvilke ressourcer som findes hos individet, hvilket kan påvirke hvordan dennes sundhed vedholdes eller forbedres (28,29). Den sociale ulighed inden for svær overvægt kan skyldes flere forhold, men kan tænkes at være tæt forbundet med individets socioøkonomiske status, eftersom dette kan være determinerende for den sociale støtte, samt det økonomiske råderum, som individet kan benytte til at overkomme den svære overvægt.

Diderichsen et. al. (30) fremhæver tilsvarende, at den sociale ulighed indenfor sundhed er et omfattende fænomen, som skyldes flere komplekse forhold mellem en række determinanter, derunder barndom, uddannelse, sociale relationer, indkomst, arbejdsforhold, livsstil, kultur med flere, som kan medvirke til at påvirke individets sundhed. Førnævnte determinanter er imidlertid ikke enkeltstående, men kan derimod akkumuleres henover hele livet, hvilket kan medføre at potentielle helbredseffekter tilsvarende akkumuleres, hvormed en differentieret sårbarhed og risiko for at blive eksponeret kan forekomme (5,8).

Ved specialet fremstår den sociale ulighed inden for svær overvægt problematisk med hensyn til flere forhold. Den kan medføre at den svære overvægt fordeles skævt blandt den danske population, hvormed individer med en lavere socioøkonomisk status eller færre ressourcer, kan have større risiko med hensyn til at udvikle eller forblive svært overvægtigt, samt opleve potentielle fysiske eller psykosociale konsekvenser, derunder blandt andet diskrimination, depression, respiratoriske- eller kardiovaskulære lidelser. Derudover kan de strukturelle forhold, samt den kulturelle norm, være medierende forhold for individets risiko for at udvikle svær overvægt, eftersom de socioøkonomiske forhold som barnet er opvokset under, kan medføre konsekvenser, som derefter løbende kan blive akkumuleret henover hele livet. Den sociale ulighed inden for svær overvægt fremstår dermed som værende en kompleks problematik, som kan anskues fra flere perspektiver.

2.5 Perspektiver på social ulighed inden for svær overvægt

Dette afsnit vil fremhæve to perspektiver med hensyn til den sociale ulighed indenfor svær overvægt, samt problematiseres hvilke potentielle konsekvenser, samt sundhedspolitiske diskurser, som kan være forbundet med disse.

Der findes overordnet to adskilte perspektiver, hvormed social ulighed kan anskues: den ene værende som en *kløft* mellem én socialt marginaliseret, samt ofte særdeles udsat, subpopulation i forhold til den resterende population, og den anden værende som en social *gradient*, hvor hele populationens sundhedsstatus falder, i overensstemmelse med at den socioøkonomiske status bliver mindre (5,6). Hvilket perspektiv som anvendes, kan medvirke til hvordan den sociale ulighed indenfor sundhed fremhæves og hvordan denne adresseres hos henholdsvis sundhedsprofessionelle, forskere eller politikere. Indtil 2008 har den danske sundhedspolitik overordnet anvendt kløft-perspektivet, hvilket kan have medvirket til at vedholde den sociale ulighed, eftersom den lavere sundhed blandt den 'udsatte' population er blevet beskrevet som værende en kulturel konsekvens (6). Vallgård (6) beskriver, hvordan den danske sundhedspolitik har fremhævet en kulturel underklasse, hvor den lavere sundhed blandt den udsatte population ikke forbindes med strukturelle forhold, men derimod deres kultur, normer og værdier, hvormed der implicit forstås deres adfærd, som ikke efterlever de dominerende normer om sundhed i samfundet. Med hensyn til svær overvægt, udtrykkes denne kulturelle konsekvens blandt andet ved, at det ofte fremhæves som værende individets ansvar og skyld, hvis denne ikke kan kontrollere sin livsstil, madvaner, samt aktivitetsniveau, og derfor har udviklet svær overvægt (31).

Ved at placere ansvaret hos individet, samt udsætte denne for diskrimination grundet vægten, kan det medvirke til at fastholde eller forværre allerede eksisterende adfærdsmønstre hos individet, eksempelvis ved at overspise eller være fysisk inaktiv (31). Det kan derfor problematiseres, hvorvidt kløft-perspektivet bør anvendes indenfor sundhedspolitik, eftersom denne kan medføre flere sociale konsekvenser, derunder at den på forhånd udsatte population marginaliseres endnu mere, samt at individets sundhed potentielt forværres.

Vallgård (32) fremhæver, hvordan den førnævnte kulturelle underklasse kan være blevet skabt som konsekvens af den fremherskende tanke vedrørende Danmark som et egalitaristisk samfund. Individerne fra den udsatte population, som ikke formår at vedholde eller forbedre deres vægt, må derfor anskues som værende anderledes end den resterende population, hvilket kan lede til at disse stigmatiseres (33). Stigmatisering defineres ifølge den canadisk-amerikanske sociolog, samt socialpsykolog Erving Goffman, som en tilstand hvor man som individ adskiller sig fra andre individer i samfundet (34). Eksempelvis kan et individ der er svær overvægtig, blive udsat for stigmatisering fra andre individer i samfundet. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt kløft-perspektivet, enten explicit eller implicit, kan medvirke til at fastholde kulturelle fordomme og den sociale ulighed med hensyn til svær overvægt.

Hvordan den sociale ulighed defineres, forklares og fremhæves indenfor sundhedspolitik, er tæt forbundet med ansvar, eftersom både kløft- og gradient-perspektivet har en række implicite forståelser for, hvorhenne ansvaret findes (32). Med gradient-perspektivet placeres ansvaret ikke hos individet, men derimod mere ved de strukturelle forhold i samfundet, som kan være medierende faktorer for hele populationens sundhed. Modsat placeres ansvaret hos individet eller subpopulationen ved kløft-perspektivet, hvor den potentielle indflydelse fra de strukturelle forhold tilsidesættes for den individuelle adfærd, hvormed ansvaret placeres hos de udsatte, samt hos politikerne (32).

Udover de sociale konsekvenser ved henholdsvis kløft- eller gradient-perspektivet, kan disse tilsvarende være en medierende faktor for, hvilken former for interventioner eller strategier til forebyggelse som anvendes. Hvis gradient-perspektivet anvendes, vil de aktuelle interventioner omhandle forebyggelse med hensyn til socialt skæve årsager til sygdom blandt hele populationen, mens interventioner mod den sociale kløft derimod vil tilstræbe, at behandle eller rehabilitere den

aktuelle, udsatte subpopulation (5). Omend enten kløft- eller gradient-perspektivet anvendes indenfor den danske sundhedspolitik, kan det dermed være en betydende faktor for, hvilken diskurs som fremstilles vedrørende svær overvægt. Den fremstillede diskurs både blandt politikere, forskere og samfundet, kan påvirke, hvordan den sociale ulighed behandles, samt hvilken form for forebyggelse som benyttes for at reducere denne.

2.6 Forebyggelsesstrategier og determinanter

Dette afsnit vil fremhæve to perspektiver med hensyn til forebyggelse indenfor sundhed, værende henholdsvis den individorienterede og populationsorienterede forebyggelsesstrategi. Derudover problematiseres dertilhørende fordele og ulemper ved førnævnte strategier, samt hvilke potentielle konsekvenser, som kan være forbundet med disse.

Forebyggelsesstrategier

Der findes overordnet to strategier med hensyn til forebyggelse, hvilket hos Geoffrey Rose (35) fremhæves som værende henholdsvis den individorienterede og den populationsorienterede strategi. Ved den individorienterede forebyggelsesstrategi tilstræbes at identificere enkeltpersoner med forøget risiko, eller som er disponeret for sygdom, og dertil tilbyde dem en individuel behandling, hvorimod den populationsorienterede strategi tilstræber, at kontrollere de mere strukturelle determinanter, som er fælles for hele populationen (35). Den individorienterede strategi fremhæves ofte, som den traditionelle medicinske tilgang til forebyggelse, hvor det omhandler at identificere, samt behandle individer, der anskues som havende en forøget risiko for at udvikle én eller flere bestemte sygdomme (35). En fordel ved denne strategi omhandler, at eventuelle interventioner vil være målrettede det enkelte individ, men dette kan tilsvarende medføre den ulempe, at den individorienterede strategi kan være upassende med hensyn til vedvarende adfærd, derunder spise-, drikke-, samt aktivitetsvaner, eftersom disse ofte vil være bestemt ved kulturelle eller sociale normer inden for samfundet (35).

I relation til specialet vil en person med svær overvægt, der eksempelvis har hjertekarsygdom eller type-2 diabetes, have en grund til at reducere sin vægt, eftersom den svære overvægt er truende for sundheden (11). Ved førnævnte tilfælde kan den individorienterede strategi være passende, eftersom individet allerede har udviklet svær overvægt, hvilket den praktiserende læge kan behandle.

Den individorienteret tilgang kan også ses i relation til, hvis en befolkningsgruppe skal screenes for at opspore personer med svær overvægt, for dermed at rådgive disse med hensyn til kostændring og motion, hvorved denne form for forebyggelsesstrategi vil være passende. Det vil sige at denne form for strategi opfanger den del af befolkningen, som allerede lider af en bestemt tilstand eller sygdom (35). Dette fremhæver Rose (35) netop som én af ulemperne ved denne strategi, da den ikke søger at ændre de bagvedliggende årsager til en vis sygdom, men identificerer blot individer der er særligt disponeret for sygdom. For at være i stand til at ændre de bagvedliggende årsager til en bestemt sygdom og dermed mindske forekomsten af denne, er det ifølge Rose (35), relevant at kunne kontrollere determinanterne for forekomsten til denne. Dette vil der være mulighed for ved anvendelse af den populationsorienterede forebyggelsesstrategi. Denne strategi er ifølge Rose (35) radikal, eftersom den forsøger at fjerne de bagvedliggende årsager, der gør en sygdom til almindelig, hvilket har stort potentiale for hele befolkning.

Rose (35) fremhæver at denne form for indsats er adfærdsmæssigt passende, hvis der ønskes en fundamental ændring, hvilket Rose beskriver med følgende citat: *“If non-smoking eventually becomes ‘normal’, then it will be much less necessary to keep on persuading individuals”*. Citatet fremsætter, at når en social adfærdsmæssig norm bliver accepteret, så vil vedligeholdelsen af en indsats ikke længere kræve indsatser fra enkeltpersoner. Ulempen ved anvendelsen af en populationsorienteret strategi er, at den tilbyder små fordele til hvert individ, da den henvender sig til hele befolkningen, hvilket resulterer i en fordeling af fordelene mellem alle i befolkningen. Befolkningen drager stor fordel af denne forebyggelsesstrategi, men samtidig er det en beskeden fordel hvert enkelt individ modtager (35). Der kan argumenteres for at begge forebyggelsesstrategier kan bidrage med hver deres fordele og ulemper, hvor den individorienterede højrisikostrategi, ifølge Rose (35), er nødvendig for at behandle personer som allerede har en vis højrisiko tilstand, men kun så længe de bagvedliggende årsager er ukendte. Ifølge Rose (35) vil mange forebyggende indsatser gøre brug af begge strategier, men ikke desto mindre bør prioriteten altid være at opdage de bagvedliggende faktorer, altså årsagerne til forekomsten af en vis sygdom.

Afsnittet har bidraget med viden om, hvilke forebyggelsesstrategier der kan anvendes for at reducere den voksende byrde af svær overvægt. Endvidere vil der blive præsenteret et socio-økologisk perspektiv for at fremhæve, hvilke bagvedliggende determinanter der kan være årsager til, at bestemte tilstande eller sygdomme forekommer i befolkningen.

Determinanter i et socio-økologisk perspektiv

De førnævnte determinanter i foregående afsnit vil blive fremhævet med en socio-økologisk forståelse til at belyse, hvorledes social ulighed i svær overvægt kan influeres af forskellige determinanter på forskellige niveauer. Den socio-økologiske model, se figur 1, viser hvordan fem forskellige lag af determinanter ses som værende medierende faktorer for det enkelte individs sundhed. Modellen er udarbejdet af professorerne Margeret Whitehead og Gören Dahlgren (36).



Figur 1: Den socio-økologiske model udarbejdet af Dahlgren & Whitehead (36).

Modellen deles op i tre niveauer, mikro- meso- og makroniveau. De to inderste lag tæt på individet er såkaldt mikroniveau, i dette lag handler det om individets personlige egenskaber som køn, alder, arvelige faktorer og individuelle livsstilsfaktorer. Det midterste lag præsenterer individets sociale relationer og fællesskaber som individet indgår i, hvilket kaldes mesoniveau. De to yderste lag i modellen er determinanter som levevilkår og arbejdsvilkår, og generelle socioøkonomiske status, kulturelle og miljømæssige vilkår som kaldes makroniveau. Alle disse niveauer influerer på individets sundhed, hvis ikke direkte gennem mikroniveauet influerer det indirekte gennem makroniveauet, som er udenfor individets egen selvkontrol (36).

Ved at anvende førnævnte niveauer, kan det fremhæves, hvordan determinanterne kan påvirke, hvorvidt individet udvikler svær overvægt eller hvordan den svære overvægt håndteres. Med afsæt i den socio-økologisk model kan det ses, determinanter på forskellige lag og niveauer spiller en rolle for individets sundhed, hvilket fremhæver problemets kompleksitet som er social ulighed i svær overvægt. Et komplekst problem forstås ifølge Krogstrup (37), som et problem der er i konstant forandring, hvor løsningerne dertil er social afhængige. Dette indikerer at ved komplekse problemer,

er det essentielt at indføre komplekse interventioner, hvor hensigten med interventionen kan finde sted (37), men ved både komplekse interventioner, samt problemer, kan det være svært at forudse, hvordan interaktionen vil forløbe, hvorfor der kan forekomme potentielle utilsigtede konsekvenser.

2.7 Utilsigtede konsekvenser ved forebyggelsestrategierne

Ifølge Robert K. Merton (38) kan formålsbestemte sociale indsatser eller interventioner medføre en række utilsigtede konsekvenser. Disse utilsigtede konsekvenser er forbundet til den bestemte indsats som finder sted, eller med andre ord, at uden førnævnte indsats ville de utilsigtede konsekvenser ikke forekomme (38). Ifølge Debra Jones Ringold (39), kan en potentielt utilsigtet konsekvens ved massekampagner forekomme som boomerangeffekter, hvilket kan medføre at borgerne ikke efterlever anbefalingerne fremsat ved kampagnerne, men derimod udøver det modsatte af anbefalingerne, hvorved der forekommer en omvendt effekt af det forventede.

Ovenfor nævnte forebyggelsesstrategier kan anskues ud fra Merton's koncept om utilsigtede konsekvenser. En utilsigtet konsekvens ved individorienterede forebyggelsesstrategi kan være at strategien ikke tager højde for de bagvedliggende årsager til en sygdom. En anden utilsigtet konsekvens ved den individorienterede forebyggelsesstrategi kan være, at strategien er adfærdsmæssigt upassende. Derimod kan der også forekomme utilsigtede konsekvenser ved brug af den populationsorienterede strategi. Ifølge Rose (35) tilstræber den populationsorienterede strategi at ramme hele befolkningsgrupper, hvor den til gengæld tilbyder små fordele for det enkelte individ i befolkningen. Her kan en utilsigtet konsekvens være, at de personer som har større behov for hjælp end andre, overses. Dette kan relateres til bekendtgørelsen om motion og bevægelse i folkeskolerne. Denne kan, som ovenfor beskrevet, betragtes som en populationsorienteret forebyggelsesstrategi, hvor intentionen er at eksponere alle folkeskolebørn for motion og bevægelse. Det vil betyde at denne strategi giver alle folkeskolebørn lige stor mulighed for at forebygge overvægten, men tager ikke højde for at nogle børn kan have større behov for hjælp end andre, ligesom den individorienterede forebyggelsesstrategi gør.

Der fremkommer utilsigtede konsekvenser ved begge forebyggelsesstrategier. Disse konsekvenser kan blandt andet komme til udtryk som stigmatisering eller boomerangeffekt, hvilket kan medføre at problematikken forbundet med den sociale ulighed inden for svær overvægt forværres, eftersom blandt andet stigmatisering kan medvirke til, at individer som enten er disponeret for eller allerede

har udviklet svær overvægt, ikke kan overkomme denne. For at reducere, samt mindske eventuelle negative utilsigtede konsekvenser ved en indsats, er det essentielt at reflektere over, hvilken målrettet forebyggelsesstrategi der anvendes til en bestemt problemstilling, samt hvilke potentielle diskurser der tilknyttes forebyggelsestrategierne.

2.8 Politikker og diskurser

Ved dette afsnit fremhæves henholdsvis sundhedspolitikken som værende det eksplicitte politiske niveau, hvorved potentielle sundhedsdiskurser om svær overvægt fremstilles, samt det samfundspolitiske niveau, som værende det implicitte politiske niveau, hvilket omhandler de førnævnte sundhedsdiskurser. Formålet er at fremhæve, samt problematisere, hvordan de politiske niveauer, samt førnævnte perspektiver, kan være medierende for, hvilke diskurser som fremsættes om social ulighed inden for svær overvægt.

Sundhedspolitik

Førnævnte forebyggelsesstrategier har det eksplicitte formål at minimere byrden med hensyn til svær overvægt, samt en tilsvarende, omend implicit, intention om at reducere den sociale ulighed. Det fremhæves hos Baker et. al. (40), at intentionen om at reducere den sociale ulighed indenfor sundhed vil blive til et politisk forehavende, eftersom leveforholdene hos det enkelte individ, som er essentielle for sundheden, er tæt forbundet med den aktuelle politik. Dermed kan det problematiseres, hvorvidt den aktuelle politik på sundhedsområdet kan være en determinerende faktor med hensyn til, hvilken form for forebyggelse som udføres, om end denne enten er individ- eller populationsorienteret, hvilket kan påvirke om den sociale ulighed inden for svær overvægt reduceres eller forbliver. Det bør imidlertid fremhæves, at der fremadrettet vil skelnes mellem to former for politik, værende henholdsvis samfundspolitik og sundhedspolitik, eftersom disse omhandler adskilte, men fortsat vekselvirkende, politiske processer med hvert deres felt. Sundhedspolitikken omhandler alle forhold inden for sundhedssystemet, derunder regulerende love, politiske aftaler, samt distribution af sundhedsressourcerne (41).

Vallgård (6) fremhæver, at enhver politisk proces forløber ved, at emner eller områder indenfor samfundet bliver problematiseret, hvormed der tilsvarende forløber en diskursiv proces, hvor problemer indenfor samfundet bliver rammet ind til politisk handlen. Denne politiske diskurs-proces kan influere, hvordan politikker udformes, samt adskilles fra hinanden (6). Med denne forståelse for

sundhedspolitik som en diskursiv proces, kan problematikken vedrørende svær overvægt, samt den dertilhørende sociale ulighed, fremsættes som værende en politisk produceret diskurs, hvor bestemte perspektiver er blevet anvendt. Som fremhævet tidligere, kan disse perspektiver have konsekvenser for, hvordan svær overvægt, samt den dertilhørende sociale ulighed, bliver forstået, adresseret eller forebygget.

Baker et. al. (40) beskriver at potentielle problemer inden for samfundet ikke er eksisterende som neutrale enheder, der afventer at blive behandlet, men at disse derimod konstrueres ved interaktioner mellem politiske aktører. Dermed kan der være flere konkurrerende perspektiver med hensyn til, hvordan problemet defineres, hvorfor den fremkommer, hvor ansvaret placeres, samt hvordan dette løses (40). Førnævnte perspektiver kan derfor tænkes at blive anvendt til at problematisere bestemte forhold fremfor andre, med intentionen om at fremhæve problemet på en bestemt måde, eller med andre ord, skabe en bestemt diskurs på området. En fremtrædende diskurs, eller perspektiv, indenfor dansk sundhedspolitik med hensyn til forebyggelse omhandler en evidensbaseret diskurs, hvor der skal være evidens for en interventions virke, førend denne implementeres (42), men ofte kan denne evidens risikere at være enten ukomplet, blive overset, eller politiseres (40). Dette kan problematiseres, fordi det kan medføre at forebyggelsesstrategier eller interventioner med potentiale til, at reducere social ulighed inden for svær overvægt, bliver politiseret med henblik på at tilpasses eksisterende politikker, hvilket kan medføre at disse ændres eller tilsidesættes, hvorved den potentielle effekt kan forsvinde eller minimeres.

Baker et. al. (40) fremhæver at intentionen omhandlende at reducere den sociale ulighed indenfor sundhed ofte vil være en forholdsvis omfattende politisk udfordring, som omhandler de dominerende distributionspolitikker, eftersom disse er bestemmende for hvordan ressourcer, økonomi, indflydelse med mere fordeles inden for samfundet. Det kan diskuteres, hvorvidt en ændret sundhedspolitik kan medvirke til at reducere byrden forbundet med svær overvægt, samt den dertilhørende sociale ulighed, hvis denne er funderet ved mere overordnede distributionspolitikker, som er nærmere det samfundspolitiske niveau. Tilsvarende fremhæver Baker et. al. (40) at politikker ikke udelukkende bliver udformet efter evidens eller viden, men tilsvarende efter værdier, overensstemmelse med eksisterende politikker, institutionelle strukturer eller historiske forhold. Det kan derfor diskuteres, hvorvidt den sundhedspolitiske diskurs omhandlende den sociale ulighed inden for svær overvægt

kan adskilles fra det samfundspolitiske felt, eftersom der her kan tænkes at sættes en mere overordnet, men tilsvarende bestemmende, diskurs inden for samfundet.

Samfundspolitik

Samfundspolitik omhandler alle forhold, aktiviteter og processer vedrørende fastsættelsen, samt distributionen af værdier inden for samfundet, samt hvilke institutioner, som har autoriteten til at styre (43). Der findes overordnet to former for samfundspolitik, eller ideologier, som er fremherskende i Danmark, disse værende henholdsvis liberalismen, samt de mere socialistiske orienterede politikker (44). Derudover fremhæves den paternalistiske tanke, eftersom denne ofte fremstår som en etisk problematik med hensyn til sundhed.

De essentielle værdier forbundet med den liberalistiske samfundspolitik fremhæves som værende frihed, ansvar, samt autonomi, hvormed det implicit forventes hos samfundet, at det enkelte individ kan træffe den 'korrekte afgørelse', forudsat denne er blevet informeret om de potentielle konsekvenser (44,45). Ved liberalismen placeres ansvaret for individets sundhed hos denne, hvilket har visse fællestræk med henholdsvis det biomedicinske perspektiv med hensyn til svær overvægt, samt kløft-perspektivet indenfor social ulighed. Det kan imidlertid problematiseres, hvorvidt det kan forventes at individet kan udøve en komplet autonom adfærd, uden hensyn til de potentielle, determinerende, strukturelle forhold, hvormed individet kan risikere at føle skyld eller skam, hvis dennes sundhed forværres, eftersom det anskues som dennes ansvar (44).

Paternalismen minder om den liberalistiske samfundspolitik, men formoder at individet ikke altid kan forventes at handle til egen nytte, eller vide hvad der er sundt, hvorfor dennes handlen implicit bør indskrænkes og styres af dem, som ved mere og bedre (44). Den paternalistiske tanke er mere forbundet til forebyggelsesstrategierne, jævnfør afsnit 2.6, hvor den populationsorienterede strategi kan have paternalistiske træk, eftersom denne kan virke frihedsberøvende for det enkelte individ. Derudover kan det problematiseres, hvorvidt strukturelle, populationsorienterede forebyggelsesstrategier implicit vil anvende en biomedicinsk sundhedsforståelse, som kan modstride den individuelle sundhedsforståelse, eller overse de psykosociale konsekvenser forbundet med svær overvægt.

De mere socialistiske samfundspolitikker er orienteret mod samfundsfællesskabet, hvor individet anskues som værende et socialt væsen, der efterstræber sociale relationer, hvormed det er samfundets hele, samt de strukturelle forhold, som er betydende for individet (44). Ved de socialistiske samfundspolitikker vil ansvaret for sundheden ikke være placeret hos individet, omend denne fortsat spiller en rolle, men derimod ved de strukturelle forhold i samfundet, hvilket kan relateres til gradient-perspektivet indenfor social ulighed. Denne samfundspolitik kan imidlertid problematiseres med hensyn til at være frihedsberøvende overfor det enkelte individ, eftersom denne kan risikere at miste muligheden for at leve livet, som denne ønsker. Med hensyn til svær overvægt, kan det være forbundet med det gode liv hos enkelte individer at konsumere energitætte mad- eller drikkevarer, hvorfor strukturelt at eliminere eller forhindre dette, kan være nedsættende for livskvaliteten, samt frihedsfølelsen.

De førnævnte samfundspolitikker har både fordele og ulemper med hensyn til at forebygge den sociale ulighed inden for svær overvægt. Hvilken samfundspolitik som føres, kan være en bestemmende faktor for hvilke værdier, samt perspektiver, som anvendes til at udforme den aktuelle sundhedspolitik, og dermed underforstået hvilke diskurser der kan produceres. Det forekommer imidlertid paradoksalt, at den sociale ulighed indenfor sundhed er voksende, selvom den danske samfundspolitik løbende har haft som erklæret mål at reducere denne siden 1970'erne, henover skiftende samfundspolitiske ideologier (5,6). Hertil fremhæver Baker et. al. (40), hvordan de 'langsomt brændende' determinanter forbundet med social ulighed, derunder dem som akkumuleres henover hele livet, ofte ikke vil være synkroniseret med de 'hurtigt brændende' politiske kriser, valgperioder eller lovforslag, som tilstræber succes her og nu. Med andre ord, hvordan de samfundspolitiske processer inden for Danmark ofte forløber henover fire år, hvorimod effekterne forbundet med strukturelle indsatser først kan forventes efter førnævnte periode, hvorfor dette ikke fremstår politisk interessant.

Med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt, som er en kompleks, samt tidskrævende problematik, kan denne diskrepans mellem de 'langsomt brændende' strukturelle determinanter og de 'hurtigt brændende' politiske processer være medierende for, hvorvidt politikere vil implementere mere vedvarende strukturelle indsatser. Derudover kan det problematiseres, hvorvidt der findes en implicit sundhedsdiskurs omhandlende den sociale ulighed inden for sundhed. Denne diskurs kan enten fastsættes eller vedholdes hos det sundhedspolitiske niveau, selvstyrende fra det samfundspolitiske niveau, eftersom der har været skiftende samfundspolitikker henover de seneste halvtreds år, uden at dette har kunnet reducere den sociale ulighed inden for svær overvægt.

2.9 Problemafgrænsning

Ud fra problemanalysen fremhæves det, hvordan flere danskere udvikler svær overvægt, samt hvordan den sociale ulighed i svær overvægt, har været voksende i Danmark, selvom det har været et fastsat sundhedspolitisk mål at reducere denne siden 1970'erne. Den sociale ulighed i svær overvægt er en kompleks problematik, eftersom der findes en række interagerende determinanter på flere niveauer, derunder individet, kulturen og samfundet. Det er derudover blevet fremhævet, hvordan der kan findes flere perspektiver på henholdsvis den sociale ulighed, svær overvægt, samt forebyggelsesstrategier, hvilket kan være determinerende forhold med hensyn til, hvordan problemet fremhæves, samt behandles, indenfor det sundhedspolitiske område, hvorved der implicit kan forekomme én eller flere sundhedsdiskurser. Disse diskurser kan være medvirkende til at vedholde eller potentielt forøge den sociale ulighed inden for svær overvægt, eftersom de kan være bestemmende for, hvilken form for handlen, der udføres for at reducere den sociale ulighed. Den danske sundhedspolitik skelner imidlertid mellem interventioner og forebyggelse målrettet børn og unge, eller voksne med svær overvægt, hvormed specialet afgrænses til at omhandle potentielle sundhedspolitiske diskurser vedrørende svær overvægt blandt voksne. Fra ovenstående problemanalyse kan der dermed findes et muligt forandringspotentiale ved den aktuelle sundhedspolitik, samt dertilhørende sundhedsdiskurser, med henblik på at reducere den sociale ulighed inden for svær overvægt.

Formål

Formålet med specialet er at opstille et forandringsforslag, som kan medvirke til at mindske den sociale ulighed inden for svær overvægt. Dette forandringsforslag vil blive funderet ved en tematisk diskursanalyse af en række dokumenter, med henblik på at fremanalysere, hvilke diskurser der er konstituerede i den danske sundhedspolitik, og hvilke forslag som kan stilles til disse diskurser med hensyn til at forandre disse. For at kunne opstille førnævnte forandringsforslag er der ved specialet fremsat en problemformulering, samt dertilhørende forskningsspørgsmål, som tilstræbes besvaret ved henholdsvis den tematiske diskursanalyse, samt litteraturstudiet. Mens den tematiske diskursanalyse er drivkraften ved forandringsforslaget, anvendes litteraturstudiet til at diskutere analysens fund, samt til at udforske den eksisterende forskningslitteratur.

3.0 Problemformulering

Hvilke diskursive forståelser af social ulighed i svær overvægt er konstituerende i den danske sundhedspolitik, og hvilke forslag til forandringer kan stilles til disse diskurser, således at potentielle utilsigtede konsekvenser, samt den sociale ulighed i svær overvægt reduceres?

3.1 Forskningsspørgsmål til evidens

Hvilken viden kan findes indenfor den internationale forskningslitteratur omhandlende potentielle diskurser eller perspektiver af svær overvægt inden for sundhedspolitik?

4.0 Metodologi

Dette afsnit beskriver, hvilke metoder som anvendes ved specialet, samt den dertilhørende teoretiske referenceramme. Specialet er funderet ved den kritiske diskursteori, som danner den teoretiske referenceramme, samt fundamentet for den tematiske diskursanalyse. Den tematiske diskursanalyse anvendes til at analysere specialets tekstkorpus efter en systematisk, samt struktureret metode. Udover den tematiske diskursanalyse vil den videnskabsteoretiske position socialkonstruktivismen blive beskrevet, samt de metodiske refleksioner med hensyn til, hvilke dokumenter, som tilsammen danner førnævnte tekstkorpus, og dermed empirien for analysen. Afsluttende vil metoderne vedrørende litteraturstudiet blive fremhævet.

4.1 Videnskabsteoretisk position

De metodiske og teoretiske refleksioner, samt hvilken måde verden anskues på, har afsæt i hvilken videnskabsteoretiske tilgang der tages udgangspunkt i. Specialets videnskabsteoretiske ståsted er socialkonstruktivismen, som endvidere anses for værende relevant ved brug af en diskursteoretisk tilgang.

4.1.1 Socialkonstruktivisme

Den socialkonstruktivistiske videnskabsteori trækker, ifølge professor i psykologi Vivien Burr (46), på en række discipliner, herunder filosofi, sociologi og lingvistisk, hvilket gør den til en tværfaglig videnskabsteori. Ifølge Burr (46) hviler socialkonstruktivismen på fire grundlæggende antagelser, den første værende et kritisk standpunkt overfor viden som tages for givet, den anden at viden er kulturelt og historisk præget, den tredje at viden opretholdes gennem sociale processer og den fjerde, at viden forudsætter social handlen og social handlen forudsætter viden (46).

Første antagelse: det kritiske standpunkt

Den første grundantagelse omhandler, at socialkonstruktivismen kan anses som en modsætning til positivismen og udfordrer tanken om, at observationer af verden er baseret på objektive og uforvrængede iagttagelser. Ud fra en socialkonstruktivistisk forståelse, kan viden anskues ud fra de daglige interaktioner mellem mennesker, som skabes i det sociale liv. Det vil sige at viden udvikles gennem social forhandling af individuelle forståelser, hvorfor socialkonstruktivister anser social interaktion, derunder sprog, som en medierende faktor ved konstruktion af viden (46). Det kritiske standpunkt kan relateres til problematikken vedrørende svær overvægt, eftersom BMI konstrueres, samt anvendes, som værende en objektiv målemetode. Denne er imidlertid implicit funderet ved, at

en bestemt BMI-værdi er vurderet til at være en risiko for individets sundhed, eller med andre ord, at førnævnte BMI-værdi er fastsat ved konsensus mellem flere perspektiver, hvilket kan kritiseres, eftersom denne forståelse potentielt kunne have været anderledes, hvis andre perspektiver var blevet benyttet.

Anden antagelse: viden er kulturel og historisk

Den anden grundantagelse vedrører at 'sandhed', eller den måde hvormed verden anskues, er historisk og kulturel afhængig. Uanset hvilken forståelsesramme der følges, vil den ifølge Burr (46) afhænge af hvilken tid og hvilket sted i verden, individet befinder sig i. I relation til specialet kan svær overvægt anskues med flere perspektiver, alt efter hvilken tid og hvilket sted individet befinder sig i. I en stor del af menneskets historie blev ekstra vægt på kroppen betragtet som en indikation på godt helbred, såvel som rigdom og velstand, hvorimod overvægt og især svær overvægt i nutidens samfund anses som helbredsskadeligt (47).

Interaktionen er, ifølge Burr (46), væsentlig for sprog og diskurs, hvor disse anvendes hos individet til at kommunikere og udtrykke sig. Uden interaktion mellem mennesker, vil der ikke være sprog og diskurs, hvormed disse bliver centrale elementer for at forstå verden og hermed et vigtigt element for menneskers betydningsdannelse. Hertil udlægger Burr (46) at sprog imellem mennesker kan anses som bestemmende for skabelse af individets identitet. Dette understøttes af Vallgård (48) som i en artikel diskuterer de sociale udfordringer ved tidlig opsporing af overvægt og svær overvægt. Vallgård (48) fremhæver at tidlig opsporing af overvægt og svær overvægt kan have gennemgribende sociale udslag, hvortil mennesker kan føle et angreb på deres personlige integritet og privatliv.

Hertil kan fremhævelsen eller italesættelsen af svær overvægt, ifølge Vallgård (48) føre til stereotypisering og stigmatisering som kan resultere i, at det enkelte individ kan identificere sig med disse. Et eksempel på en italesættelse af svær overvægt kan anskues ud fra Sundhedsstyrelsens opstilling af BMI, jævnfør afsnit 2.2 om Body Mass Index, som kan sætte det enkelte individ i bås på baggrund af hans eller hendes vægt, hvor vedkommende på baggrund af dette kan skabe en identitet som baserer sig på hvordan Sundhedsstyrelsen vælger at italesætte kropsvægt.

Tredje antagelse: viden opretholdes gennem sociale processer

Den tredje grundantagelse er funderet ved, at viden opretholdes gennem sociale processer, hvor den sproglig italesættelse har indflydelse på det sociale liv og hvordan viden opretholdes (46). Viden og sandhed, skal ifølge Burr (46), ikke betragtes som noget der objektivt kan observeres og måles i verden, men derimod noget som fremstilles gennem de daglige interaktioner mellem mennesker via det sociale liv.

Fjerde antagelse: viden og social handling går hånd i hånd

Den fjerde antagelse omhandler at viden og social handling er forbundet, hvormed disse ikke kan anskues separat eller adskilt fra hinanden (46). Konstruktioner af verden er med til at fastholde visse mønstre, hvilket kan udelukke andre. Disse konstruktioner er forbundet med magtrelationer, da disse har konsekvenser med hensyn til, hvad der betragtes som passende eller acceptabel handling (46). Anvendelsen af sprog og italesættelsen af handlinger kan have indflydelse på og bestemme hvordan individet lever (46). Dette kan tilsvarende relateres til Sundhedsstyrelsens opstillede BMI-skala, jævnfør tabel 1, hvor én af klassifikationerne fremsætter en konstruktion omhandlende ”normalvægt”. Denne konstruktion af en ”normal” vægt fremlagt af Sundhedsstyrelsen kan medvirke til at opretholde et vist ønskværdigt mønster eller diskurs, hvilket med udgangspunkt i Burr (46), som kan forbindes til en magtrelation, eftersom italesættelsen af hvad en ”normal” vægt er, kan skabe en forventet norm eller standard som det enkelte individ bør efterleve. Derved kan konstruktionen af BMI-skalaen forbindes til magt, da der fra Sundhedsstyrelsen sættes en diskurs af hvad en ’normal’ BMI indebærer.

Endegyldig sandhed om virkeligheden er, ifølge Juul og Pedersen (49), ikke midtpunkt for vidensproduktion, da dette ud fra et socialkonstruktivistisk perspektiv ikke er muligt. I stedet ses det, at midtpunktet for vidensproduktion blandt andet er interesser, magt og forforståelser hos de aktører, der er involveret. For at skabe viden der øger kendskabet til, at fænomener der anses som værende sande, kan fremstå på andre måder, kan der benyttes en socialkonstruktivistisk analyse. Herved kan vilkårene for undertrykte samfundsgrupper forbedres, ved at øge bevidstheden om, at det er gennem diskurser, at undertrykkelsen produceres (49).

4.1.2 Ontologi og epistemologi

Ifølge professor Niels Åkerstrøm Andersen (50) tager ontologi udgangspunkt i at identificere, de mest generelle termer, det der rent faktisk eksisterer. Med andre ord forsøges det med ontologien at afdække et fænomens eksistens. Ud fra socialkonstruktivismen betragtes sandhed ikke som endegyldig, men derimod noget der er historisk og kulturelt forankret, samt skabt ud fra et bestemt værdigrundlag (49). Dette er baggrunden for, at det ontologiske spørgsmål anses som værende tomt, da ”sandheden” af et fænomen ikke er mulig at afdække (50).

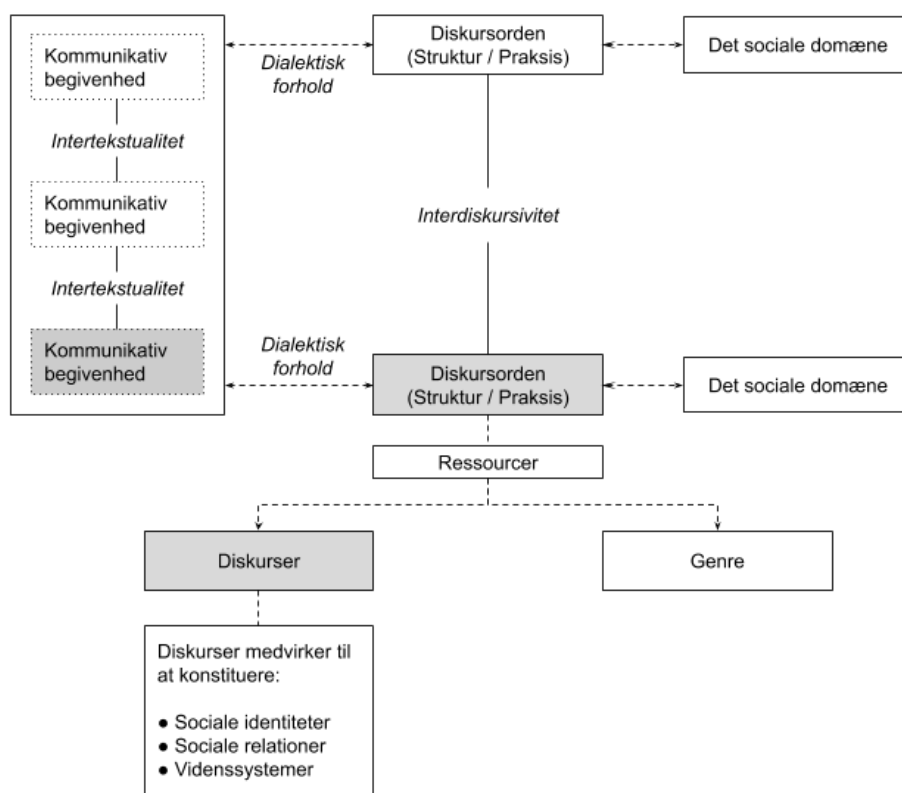
Epistemologi vedrører, ifølge Åkerstrøm Andersen (50), hvordan verden bliver til. Dette med afsæt i at individet betragter dets omverden med et bestemt perspektiv, som skaber en vis virkelighed og får verden til at fremstå på en bestemt måde. Der kan med udgangspunkt i socialkonstruktivismen ikke tilegnes objektiv viden om en genstand. Der vil, ifølge Juul og Pedersen (49) altid være en influerende faktor fra dominerende diskurser, hvilket betyder at individet betragter sociale såvel som fysiske fænomener med et bestemt perspektiv. Med andre ord kan individet eller forskeren ikke iagttage et vist fænomen fra et neutralt ståsted uden et bestemt perspektiv.

4.2 Kritisk diskursteori

Dette afsnit vil fremhæve en række essentielle termer tilhørende den kritiske diskursteori, som denne fremsættes hos Norman Fairclough. Ved specialet anvendes den kritiske diskursteori som henholdsvis den teoretiske referenceramme, hvilket tilsvarende er specialets analytiske perspektiv, med hensyn til den tematiske diskursanalyse. Derudover er specialets forståelse for den kritiske diskursteori fremstillet illustrativt. Indledende fremhæves diskurs, hvortil flere andre termer tilknyttes, derunder diskursiv praksis og hegemoni, hvorefter henholdsvis diskursordnen, den kommunikative begivenhed, intertekstualitet, samt interdiskursivitet vil blive fremhævet.

Funderet ved den socialkonstruktivistiske tanke, kan verden ikke beskrives eller udforskes løsrevet fra perspektivet som anvendes, hvorfor dette afsnit vil fremhæve den kritiske diskursteori som værende det perspektiv, eller den referenceramme, der anvendes med hensyn til specialet. Når det omhandler diskurser, samt potentielle diskursive analysemetoder, vil det imidlertid fremkomme forholdsvis klart ved litteraturen, at der ikke findes én forståelse for diskurs, hvorved konsensus kan forefindes. Derimod en række, multidisciplinære forståelser for diskursbegrebet, samt tilsvarende en række metoder, eller nærmere perspektiver, hvormed en diskursanalyse kan udføres (51,52). Overordnet tilstræber den kritiske diskursteori at forandre eller kritisere samfundsforholdene ved at problematisere relationerne mellem den diskursive praksis og hvordan samfundet udvikles

sociokulturelt. Det bør imidlertid fremhæves, at kritisk diskursteori kan henvise til både en bredere teoretisk forståelse, hvorunder der findes flere tilgange, samt til den bestemte forståelse og dertilhørende metode, som er udviklet af Norman Fairclough (51). Den kritiske diskursteori, som denne præsenteres hos Fairclough, er funderet ved en række filosofiske præmisser, teoretiske metoder, metodologiske forskrifter, samt specifikke teknikker til analyse. Formålet med den kritiske diskursteori er, ifølge Fairclough, at forandre den sociale verden ved at udføre systematiske tekstorienterede diskursanalyser for empirisk at udforske, hvordan sproget benyttes inden for den sociale interaktion (51,52). Den forståelse for diskurs, som anvendes i specialet, er overordnet funderet i den kritiske diskursteori, som denne fremhæves hos Norman Fairclough (52). Omend Fairclough's kritiske diskursteori er forholdsvis omfattende, findes der ikke en konkret metode, hvorved førnævnte analyse kan udføres, men nærmere en række teoretiske termer, som beskriver hvordan verden perciperes. Der er derfor fremstillet en model, som fremhæver specialets forståelse for den kritiske diskursteori, hvor forholdet mellem førnævnte termer er illustreret, hvilket fremkommer ved figur 2.



Figur 2: Model over specialets forståelse for den kritiske diskursteori

Modellen er funderet ved tre essentielle termer henholdsvis; diskurser, diskursordnen, samt den kommunikative begivenhed, hvilket er fremhævet med en mørkere farve, se figur 2. Modellen fortolkes således, at den *kommunikative begivenhed* (den konkrete tekst) medvirker til at producere,

samt produceres ved *diskursordnen*, som dækker over en række *ressourcer*, der kan anvendes til førnævnte produktion. Dette medvirker til at skabe det *dialektiske forhold*, som fremkommer ved modellen, hvorved førnævnte termer løbende kan influere hinanden. Der kan imidlertid findes flere diskursordner, tilsvarende der kan findes flere tekster, som kan have modstridende eller varierende indhold, hvilket kan medvirke til at skabe indbyrdes diskursive kampe. Dette fremkommer henholdsvis ved termene *interdiskursivitet*, samt *intertekstualitet* i modellen. Førnævnte ressourcer, som anvendes til at producere teksten, omhandler hvilke *diskurser* eller *genre*, der kan benyttes inden for den bestemte diskursorden. Derudover er det sociale domæne illustreret for at fremhæve, at varierende domæner, derunder politik, økonomi, uddannelse med mere, vil have tilsvarende varierende diskursordner tilknyttet. Den fremsatte model er imidlertid en forenklet repræsentation med hensyn til forholdet mellem førnævnte termer, hvorfor en mere teoretisk-orienteret forståelse vil blive præsenteret nedenfor.

Diskurs som værende både konstituerende og konstitueret

Diskurs fremhæves hos Fairclough, som værende et navneord med to tilknyttede forståelser, den ene er en abstrakt forståelse, hvor diskurs er en form for social praksis, hvor individet kan handle med verden, mens den anden forståelse omhandler navneordet forbundet med en artikel, det værende bestemte diskurser eller perspektiver, eksempelvis ved en liberalistisk- eller sundhedsdiskurs (51). Diskurs kan herved fortolkes, som en måde at tale om oplevelser, hvorved disse tildeles indhold tilhørende et bestemt perspektiv, hvilket stemmer overens med den socialkonstruktivistiske tanke omhandlende multiple perspektiver med hensyn til verdensforståelser. Diskurser er dermed medvirkende til at konstruere sociale identiteter, sociale relationer, samt videnssystemer, hvilket fremkommer ved figur 2 (51,52).

Ved diskurs som en form for social praksis, er denne både medvirkende til at konstituere den sociale verden, samt at denne tilsvarende konstitueres ved andre former for social praksis. Eller med andre ord, fremstår diskurs som havende et dialektisk forhold til andre former for praksisser, hvor diskursen på en tid medvirker til at konstituere førnævnte praksisser, mens disse praksisser tilsvarende medvirker til at konstituere førnævnte diskurs, enten direkte eller indirekte, ved alternative eller anderledes sociale strukturer inden for samfundet (51,52). Fairclough fremsætter diskursen som en praksis, hvor viden, identiteter, sociale relationer, samt dominansrelationer produceres, reproduceres og forandres, men tilsvarende formes ved andre sociale praksisser eller strukturer. Dermed er diskurs

ikke udelukkende med til at forme eller omforme sociale strukturer eller processer, men tilsvarende med til at reflektere disse. De normer, identiteter, relationer, samt institutioner, som medvirker til at forme diskurser, bliver tilsvarende konstitueret ved diskurser som social praksis, hvorved diskurs ikke blot medvirker til at reflektere verden, men til at tildele denne indhold, samt form (52). Det er ved dette dialektiske forhold, hvor 'diskurs' forstås som værende delvist konstituerende og konstitueret, at den kritiske diskursteori kan adskilles fra andre teoretiske forståelser for diskurs. At diskurs er henholdsvis konstituerende, samt konstitueret, kan blandt andet findes hos Sundhedsstyrelsen, hvor forebyggelsespakken konstitueres, men samtidig medvirker til at konstituere sundhedspolitiske diskurser i social ulighed i svær overvægt.

Diskursiv praksis

Med en kritisk diskursteoretisk forståelse, har sociale og kulturelle processer eller strukturer en implicit lingvistisk-diskursiv karakter, hvilket fremkommer som diskursive praksisser (51). Diskursive praksisser, hvorved tekstproduktion, samt den dertilhørende konsumtion finder sted, fremstår som en essentiel form for social praksis, der medvirker til at konstituere den sociale verden, sociale identiteter, samt sociale relationer (51,52). Det er blandt andet ved diskursive praksisser, hvorved tekster produceres eller konsumeres, at eventuelle sociale eller kulturelle reproduktioner finder sted, men tilsvarende kan diskursive praksisser medvirke til at forandre førnævnte sociale eller kulturelle produktioner. Disse diskursive praksisser finder blandt andet sted hos Sundhedsstyrelsen, som med forebyggelsespakken omhandlende overvægt, har til formål at fremme en bestemt form for social praksis. Med forebyggelsespakken produceres en tekst, som medvirker til at konstituere, samt vedholde bestemte diskurser inden for samfundet, som omhandler, at individet bør tilstræbe at efterleve den sociale norm, med hensyn til de fremstillede BMI-værdier.

Dominansrelationer og hegemoni

Diskursive praksisser formodes, inden for den kritiske diskursteori, at være medvirkende til at producere, samt reproducere dominansrelationer i samfundet, eksempelvis mellem sociale klasser, køn eller etniciteter. Førnævnte dominansrelationer er forbundet med den diskursive praksis, eftersom disse anses som værende ideologiske effekter (51). Den kritiske diskursteori kan herved adskilles fra andre diskursteoretiske forståelser, derunder Foucaults, eftersom diskurs fundamentalt anses som værende ideologisk. Den kritiske diskursteori omhandler således både de diskursive praksisser, som medvirker til at konstruere verdensbilleder, samt de dertilhørende sociale relationer, og den rolle som

disse diskursive konstruktioner har med hensyn til, at fremme interessen hos bestemte sociale klasser ved at vedholde dominansrelationer (51). En potentiel dominansrelation fremkommer blandt andet ved forebyggelsespakken omhandlende overvægt, hvorved Sundhedsstyrelsen fremstår som magthaver over individet, eftersom Sundhedsstyrelsen ved førnævnte publikation tilstræber at fastsætte, hvordan individet bør handle, med hensyn til at forebygge svær overvægt. Førnævnte dominansrelation produceres, samt reproduceres ved at Sundhedsstyrelsen løbende publicerer rapporter omhandlende, hvordan den svære overvægt skal forebygges, hvorved potentielle sundhedspolitiske diskurser vedholdes.

Førnævnte dominansrelationer er imidlertid ofte udfordrede, eftersom det implicit fremhæves ved sociale domæner, at der ikke findes én altomfattende diskurs, men derimod flere varierende eller deciderede modstridende diskurser, hvorfor der vil være kamp mellem de dertilhørende diskursive praksisser. Denne kamp mellem diskursive praksisser, fremhæver Fairclough ved at anvende termen hegemoni, der forstås som lederskab, magt, samt dominans på tværs af økonomiske, politiske, kulturelle eller ideologiske domæner inden for samfundet (52). Hegemoni omhandler kampen om magt, hvilket kan være medvirkende til at reproducere eller forandre allerede eksisterende diskurser, hvorfor termen er relevant at anvende med hensyn til specialets analyse, eftersom det kan medvirke til at belyse problemfeltet med et magtperspektiv. Endvidere er hegemoni centralt placeret med hensyn til forandringspotentialer for specialet, hvor dette kan anvendes til at analysere den sociale praksis, hvilket kan tænkes at fremhæve, hvordan diskurser produceres eller hvordan allerede eksisterende diskurser udfordres.

Diskursordner og kommunikative begivenheder

Foruden diskurs er henholdsvis den kommunikative begivenhed, samt diskursordnen essentielle termer inden for den kritiske diskursteori. En diskursorden er de summerede ressourcer, derunder diskurser og genre, som er blevet anvendt inden for en bestemt social institution eller socialt domæne, hvormed denne både er en struktur, samt en praksis (51). Der findes flere diskursordner inden for samfundet, derunder politikernes diskursorden, sundhedssystemets diskursorden, eller diskursorden for en bestemt institution. Inden for en diskursorden findes der varierende diskursive praksisser, hvorved diskurser produceres og konsumeres. Med hensyn til sundhedssystemet, kan førnævnte diskursive praksisser blandt andet omhandle samtalen mellem den sundhedsprofessionelle behandler

og patienten eller den mere tekniske videns- og evidensbaserede tale mellem flere sundhedsprofessionelle (51).

Det er diskursordnen som er bestemmende for, hvilke diskurser der fremstår som ressourcer, som kan anvendes, se figur 2, eller med andre ord, hvad der er tilladt at udtrykke, samt hvad der ikke er tilladt at udtrykke, inden for en bestemt social institution eller domæne. Diskursordnen fremstår dermed som en form for system, men imidlertid ikke efter en strukturalistisk tanke, eftersom kommunikative begivenheder ikke udelukkende er reproducerende med hensyn til den diskursive orden, men tilsvarende kan ændre denne ved sprogbrug (51,52). Mens diskursordnen fremstår som værende en mere teoretisk orienteret term, er den kommunikative begivenhed derimod mere konkret, eftersom denne omhandler ethvert tilfælde af sprogbrug, hvilket ofte vil være en konkret tekst.

Fairclough fremhæver at forholdet mellem kommunikative begivenheder og diskursorden er dialektisk, eftersom den kommunikative begivenhed konstitueres efter hvilke ressourcer, derunder diskurser eller genre, som kan anvendes inden for den bestemte diskursorden, mens diskursordnen tilsvarende ændres, hvis der anvendes nye kreative diskurser eller der trækkes diskurser ind fra andre eksisterende diskursordner (51,52). At den kommunikative begivenhed kan benytte flere, endda modstridende, diskurser er fremvist ved figur 2, hvor der fremstår en række kommunikative begivenheder, som er tilknyttet to diskursordner, hvortil der kan findes varierende ressourcer, derunder dominerende diskurser. Med hensyn til specialet dækker termen, kommunikative begivenhed, over de dokumenter som danner tekstkorpuset, hvorved det tilstræbes at finde potentielle diskurser ved at udføre en tematisk diskursanalyse med hensyn til førnævnte dokumenter. Med hensyn til diskursordner inden for specialet, forudsættes det at alle potentielle diskurser findes hos ethvert dokument, førend potentielle diskursordner kan analyseres, eftersom disse omhandler de summerede ressourcer, som anvendes inden for det sundhedspolitiske felt.

Intertekstualitet og interdiskursivitet

Ved at artikulere varierende diskurser, både inden for den enkelte diskursorden eller henover flere diskursordner, forløber en proces, som Fairclough beskriver som interdiskursivitet (51), hvilket er illustreret ved figur 2. Ved at artikulere nye former for diskurser, hvorved allerede eksisterende diskurser blandes efter nye, kreative metoder, kan grænserne for den enkelte diskursorden, eller mellem flere diskursordner, udviskes eller ændres, hvilket Fairclough anskuer som værende drivkraft

med hensyn til forandre diskursive og dermed sociokulturelle praksisser i samfundet (51,52). En tilsvarende term anvendes med hensyn til de kommunikative begivenheder, hvortil der forløber intertekstualitet, hvilket omhandler hvordan alle kommunikative begivenheder, dermed tekster, vil trække tråde til allerede eksisterende tekster. Den mest markante form for intertekstualitet findes ved referencer, hvor en tekst åbenlyst henviser til andre tekster for dermed at skabe indhold (51). For Fairclough omhandler intertekstualitet både stabilitet eller kontinuitet, samt diskontinuitet. Ved at anvende eksisterende diskurser kreativt, kan den diskursive praksis forandres, men det fremhæves imidlertid at dominansrelationer sætter rammerne for, hvilke diskurser som kan benyttes, samt hvilke der ikke kan. Ved specialet fremstår intertekstualiteten ved det opstillede tekstkorpus, jævnfør afsnit 4.4, hvor flere dokumenter er selekteret efter, hvorvidt disse indeholde krydsreferencer mellem hinanden.

4.3 Tematisk diskursanalyse

Dette afsnit vil fremhæve, hvordan henholdsvis den videnskabsteoretiske position, samt den teoretiske referenceramme vil blive anvendt som fundament for den tematiske diskursanalyse. Indledende fremhæves de fundamentale principper for den tematiske analysestrategi, hvorefter det beskrives hvordan Fairclough's kritiske diskursteori benyttes som værende det analytiske perspektiv inden for den tematiske diskursanalyse. Herefter fremhæves en række analytiske elementer tilknyttet den konkrete tekst, samt den diskursive praksis, hvilket er fundamentet for den tematiske diskursanalyse.

Den kritiske diskursanalyse, som Fairclough fremhæver, er funderet ved en tekst-orienteret empirisk metode, som omhandler at teksten analyseres som en kommunikativ begivenhed. Enhver kommunikativ begivenhed er tilknyttet tre dimensioner, henholdsvis en tekst, en diskursiv praksis, samt en social praksis dimension. Omend det fremhæves at alle førnævnte dimensioner er essentielle for den kritiske diskursanalyse (51), vil specialet udelukkende analysere henholdsvis teksten og den diskursive praksis, eftersom at problemstillingen omhandler, hvilke potentielle diskurser, som er konstituerende med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt.

Den tematiske analysestrategi vil være funderet ved henholdsvis den videnskabsteoretiske position, socialkonstruktivismen, samt den teoretiske referenceramme, den kritiske diskursteori. Den socialkonstruktivistiske tanke fremkommer ved at enhver analysestrategi, hvorved der implicit vil

anvendes et bestemt perspektiv, vil være bestemmende for hvordan fænomenet konstrueres. Derudover vil et bestemt perspektiv, eller nærmere analysestrategi, tilsvarende implicit medføre en forståelse vedrørende, at førnævnte perspektiv vil have konsekvenser, eftersom alternative perspektiv kunne være blevet benyttet, hvorved fænomenet vil fremstå anderledes (50). Ved at anvende den kritiske diskursteori som referenceramme i specialet, bliver denne dermed bestemmende for, hvilke fænomener som fremkommer inden for synsvidde, samt hvilke der forbliver tilsløret.

Den tematiske analyse som metode

Den tematisk analyse er en metode til at identificere, analysere og rapportere mønstre, eller nærmere bestemt temaer, med hensyn til data (53). Derudover har den tematiske analyse, som præsenteres hos Virginia Braun og Victoria Clarke (53), ikke en tilknyttet videnskabsteoretisk forståelse, hvorfor det fremhæves, at uanset hvilken videnskab som anvendes, vil denne have en række antagelser vedrørende hvad data er, samt hvilken form for repræsentation førnævnte data skaber med hensyn til verden. Eller med andre ord medvirker den teoretiske frihed ved den tematiske analyse, til at skabe en 'tom metode', hvorved der kan benyttes flere videnskabsteoretiske referencerammer, hvormed den dertilhørende forståelse for verden tilsvarende vil variere. Det fremhæves derfor, at en tematisk analyse bør udføres således, at denne forståelse er transparent (53). Ved specialet anvendes den kritiske diskursteori som teoretiske referenceramme, samt implicit dermed socialkonstruktivismen, hvormed den tematiske analyse kan anvendes til at identificere potentielle temaer, eller nærmere bestemt diskurser, som måtte fremtræde ved empirien.

Ved en tematisk analyse omhandler tema et essentielt indhold vedrørende data med hensyn til forskningsspørgsmålet, hvor temaet tilsvarende medvirker til at repræsentere mønstre med hensyn til svar eller mening inden for datasættet (53). Det essentielle ved et tema er ikke altid forbundet med forekomsten af denne, men derimod oftere om det omhandler et essentielt indhold. Derudover omhandler tema et mere implicit og abstrakt niveau, som ofte kræver at der fortolkes (53). Hvilken form for indhold, som anskues som værende essentielt er dermed implicit forbundet med den teoretiske referenceramme, eller det perspektiv som anvendes, eftersom denne kan medvirke til at fremhæve eller tilsløre bestemte forhold ved indholdet. Eftersom specialet anvender et kritisk diskursteoretisk perspektiv, vil indholdet ved potentielle temaer skulle omhandle diskurser eller perspektiver på den sociale ulighed inden for svær overvægt. Braun og Clarke (53) fremhæver imidlertid at det er analytikerens ansvar at bedømme, hvad der kan anskues som værende et tema,

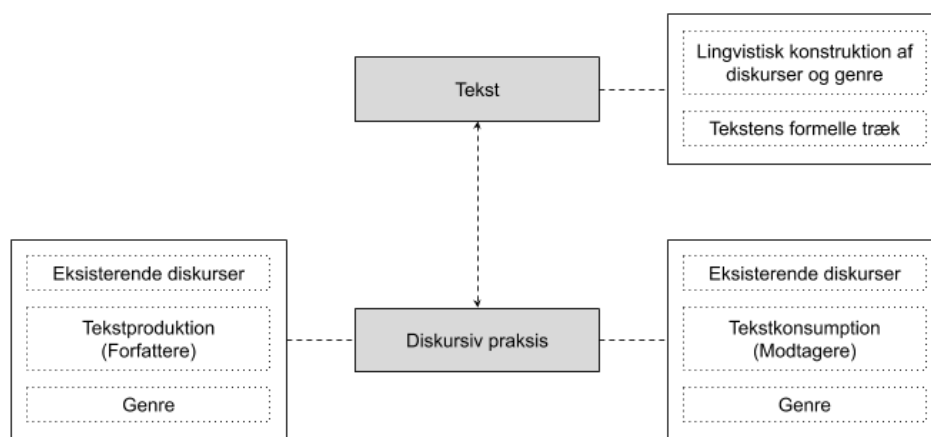
hvorfor det er essentielt, at analytikeren er konsistent med hensyn til, hvordan dette udføres indenfor enhver tematisk analyse.

En tematisk analyse kan udføres efter flere metoder, derunder hvorvidt der benyttes en induktiv eller deduktiv metode (53). En induktiv metode ved medføre, at de identificerede temaer er tæt forbundet med data, hvormed analysen vil tilstræbe at kode datasættet uden at presse eller tilpasse dette til en allerede eksisterende koderamme eller analytikerens forforståelse (53). Modsat vil en deduktiv tematisk analyse være drevet ved en teoretisk eller analytisk orienteret interesse for problemfeltet, hvormed denne form for analyse ofte vil have mere udtømmende beskrivelser omhandlende enkelte aspekter ved datasættet (53).

Specialet anvender en overordnet deduktiv metode, eftersom den teoretiske referenceramme medvirker til, at analysen vil omhandle potentielle diskurser, hvorfor andre forhold kan fremstå mindre relevante, men der anvendes tilsvarende en mere åben, eller induktiv metode, med hensyn til hvilke diskurser som fremkommer. Eller med andre ord, vil den tematiske diskursanalyse være deduktiv med hensyn til at identificere diskurser, men tilsvarende induktiv med hensyn til hvilke diskurser der findes. Fremadrettet vil den mere diskursteoretiske indhold forbundet med den tematiske diskursanalyse blive fremhævet.

Analysen af teksten og den diskursive praksis

Den konkrete tematiske diskursanalyse ved specialet vil omhandle henholdsvis teksten, samt den diskursive praksis. Analysen er funderet ved figur 3, som fremhæver det dialektiske forhold mellem teksten og den diskursive praksis. Denne dialektik fremkommer ved, at den diskursive praksis både konstitueres ved, samt er konstituerende for teksten, eftersom teksten vil trække tråde til eksisterende diskurser, men tilsvarende medvirke til at ændre førnævnte diskurser ved at anvende alternative diskurser tilhørende andre diskursordner. Derudover fremhæver figuren tilsvarende de analytiske elementer, som er tilknyttet henholdsvis teksten, samt den diskursive praksis. Førnævnte elementer omhandler, hvilke processer eller strukturer, som medvirker til enten at producere eller konsumere teksten eller den diskursive praksis.



Figur 3: Illustration over det dialektiske forhold mellem teksten og den diskursive praksis, samt deres respektive analytiske elementer.

Ved tekstanalysen analyseres tekstens formelle træk, herunder vokabular, grammatik, kohæsion, samt tekststruktur som alle medvirker til lingvistisk at konstruere eventuelle diskurser. Vokabular omhandler de individuelle ord som anvendes i teksten, mens grammatikken omhandler, hvordan førnævnte ord kombineres, hvilket vil blive anvendt analytisk ved at vurdere, hvorvidt bestemte ord eller kombinationer forekommer oftere end andre, eller hvorvidt alternative perspektiver systematisk udelukkes. Derudover analyseres tekstens kohæsion, samt struktur, hvilket omhandler hvilken sammenhæng, som fremkommer mellem tekstens enheder, samt hvordan teksten er organiseret. Ved tekstanalysen kan det ikke udelades tilsvarende at analysere, hvordan teksten er produceret og konsumeret, hvilket er den diskursive praksis, men det bør imidlertid fremhæves at teksten og den diskursive praksis omhandler to separate dimensioner, som derfor bør adskilles analytisk (51).

Analysen af den diskursive praksis omhandler, hvordan tekstforfatterne trækker på allerede eksisterende diskurser, samt dertilhørende genrer, for at kunne skabe teksten, og hvordan tekstlæseren tilsvarende anvender allerede eksisterende diskurser for at konsumere teksten (51). Den diskursive praksis kan analyseres ved at identificere, hvilke diskurser som fremkommer ved den konkrete tekst, samt hvorvidt disse diskurser kan spores til andre tekster fra tekstkorpuset, hvilket er tekstens interdiskursivitet. Ved specialet anskues diskurs, som værende en måde at tildele indhold til fænomenet tilhørende et bestemt perspektiv, hvorved det implicit forudsættes at analytikerens har kendskab til alternative eller modstridende perspektiver for dermed at kunne udføre analysen. Dette forhåndskendskab er opnået ved specialet, ved at udføre henholdsvis den indledende problemanalyse, hvorved en række perspektiver er blevet fremhævet, samt ved den systematiske litteratursøgning, som

tilsvarende har medvirket med en række perspektiver på problemfeltet. Dette kan medvirke til at fremhæve hvilken diskurs tekstforfatteren trækker tråde til, samt hvorfor teksten præsenteres på én bestemt måde fremfor en anden (52).

Den tematiske diskursanalyses seks faser

Den tematiske diskursanalyse for specialet vil anvende de teoretiske termer tilhørende den kritiske diskursteori, kombineret med den tematiske analysemetode. Dette medvirker til, struktureret og transparent, at kunne identificere, sammenholde, samt vurdere, hvordan potentielle sundhedspolitiske diskurser bliver henholdsvis produceret og konsumeret ved eventuelle diskursive praksisser, som kan findes ved dokumenterne fra specialets tekstkorpus. Den konkrete diskursanalyse ved specialet er blevet udført med det kvalitative dataprogram, Nvivo 12 Qualitative Data Analysis Software (54), som blev anvendt til at organisere dokumenterne fra tekstkorpuset, samt til at kode potentielle diskurser, efterhånden som disse blev identificeret. Alle medlemmer medvirkende til analysen, hvorved alle analysens trin var åben for løbende diskussion, indtil konsensus var nået. Den tematiske diskursanalyse ved specialet anvender desuden de seks faser tilhørende den tematiske analysemetode, som fremhævet hos Braun og Clarke (53):

1. Første fase omhandler at blive bekendt med datasættet. Dette udføres ofte ved at læse datasættet flere gange, samt at dette læse aktivt, mens der ledes efter meninger eller mønstre (53). Ved specialet er dette udført ved at alle medlemmer har læst hele tekstkorpuset inden analysen blev startet, for dermed at blive bekendte med dokumenternes respektive indhold.
2. Ved anden fase produceres initierende koder, som medvirker til at identificere essentielt indhold eller interessante forhold vedrørende data. Derudover repræsenterer koderne de mest basale elementer af rådata eller information, som kan blive meningsfuldt læst med hensyn til fænomenet (53). Ved specialet blev de initierende koder produceret ved løbende at diskutere potentielle koder i fællesskab, mens koderne blev organiseret ved at anvende Nvivo (54), hvormed dokumenterne blev kodet direkte.
3. Ved den tredje fase identificeres potentielle temaer, hvor det omhandler en bredere analyse af temaer, frem for koder, hvor koderne sorteres efter potentielle temaer og alle relevante kodede dataelementer samles under de identificerede temaer (53). Ved specialet blev Nvivo (54) anvendt til denne proces, hvor de initierende koder blev diskuteret for fællestræk, hvorefter disse blev samlet under potentielle temaer.

4. Ved den fjerde fase gennemlæses temaerne, hvor data elementerne inden for hvert tema bør høre sammen meningsfuldt, mens der bør være klare, samt identificerbare adskillelser mellem temaerne. Hvis ikke dette er tilfældet, returneres til tidligere trin inden for analyseprocessen (53). Ved specialet blev der løbende revurderet, hvorvidt potentielle koder eller temaer skulle ændres, slettes eller omformes, hvilket blev udført ved fælles diskussion.
5. Ved den femte fase defineres og navngives temaerne, hvilket omhandler at identificere "essensen" indenfor hvert tema, samt alle temaerne overordnet, og bestemme hvilket aspekt af data, som hvert tema repræsenterer. For hvert tema, skal der udføres og skrives en udtømmende analyse (53). Ved specialet blev denne fase udført ved at alle temaerne blev diskuteret for at bestemme deres konkrete essens, hvorefter en analytisk tekst blev udformet.
6. Ved den afsluttende fase produceres rapporten, hvor det bør tilstræbes at selekttere specielt levende eksempler, eller uddrag, som fremhæver det essentielle uden unødvendig kompleksitet (53). Ved specialet blev alle temaer, eller diskurser, fremhævet ved en mindre analytisk tekst, hvortil der blev anvendt konkrete citater til at fremhæve eventuelle pointer.

Den tematiske analyse er ikke lineær, men nærmere rekursiv, hvilket ofte vil involvere en konstant frem og tilbage mellem hele datasættet, de kodede elementer som analyseres, samt den samlende analyse som produceres (53). Ved specialet blev analysen ikke afsluttet, førend alle relevante data elementer var inkluderet, samt der fremkom konsistens indenfor, samt mellem alle temaerne, hvilket fremkommer ved kodetræet (Bilag 1).

4.4 Tekstkorpus

Om inklusionen af en tekst vurderes som værende relevant, afhænger af den fremsatte problemstilling, samt hvilket perspektiv der tages udgangspunkt i. Følgende afsnit vil bidrage til en teoretisk forståelse omhandlende, hvad en tekst består af og hvordan tekster eller dokumenter udvælges, samt efter hvilke kriterier, der udvælges. Derudover vil der forekomme en præsentation af de udvalgte dokumenter som vil være udgangspunktet for den kommende diskursanalyse.

Ifølge Brænder et. al. (10) kan en tekst forstås som nedskrevet sprog, som adskilles fra almindelig tale, eftersom den ikke kræver skribentens tilstedeværelse. Teksten vil være uafhængig af sin ophavssituation, forudsat den indholdsmæssige helhed er bevaret (10,52). Tekstbegrebet kan afgrænses til den konkrete betydning, som vil gøre en tekst mindre kompleks at definere, nemlig et afgrænset tekststykke som har en begyndelse og en slutning (10). Hertil kan der enten tages

udgangspunkt i en analyse af udsagnene i en enkel tekst, hvor der går i dybden med de sproglige virkemidler, hvor fokus hovedsageligt vil være på grammatik og stilistiske karaktertræk. Eller der kan tages afsæt i at genfinde én bestemt diskurs som fremstår i flere forskellige tekster. Specialet har til formål at fremhæve den eksisterende dominerende sundhedspolitiske diskurs, hvilket ikke kan afdækkes på baggrund af én enkelt tekst. Derfor er der med udgangspunkt i Foucaults begreb om *”regularitet i spredningen”* forsøgt fremfundet flere forskellige tekster, således bestemte udsagn kan genfindes i samme konstellationer, hvorved det kan anskues, hvordan én diskurs (regulariteten) er gennemgående i flere forskellige tekster (spredningen) (10).

For at kunne finde, hvilken betydning potentielle diskurser har inden for det politiske felt, fremhæver Brænder et. al. (10) at der bør selekteres tekster fra divergerende politiske aktører. Imidlertid kan der opstå metodiske udfordringer, hvis der ikke tages højde for hvordan selektionen af teksterne eller dokumentmaterialet kan gennemføres. Brænder et. al. (10) opstiller imidlertid ikke deciderede kriterier med hensyn til, hvordan dokumentmaterialet selekteres, hvorfor der findes inspiration til dette hos Lynggaard (55). Hos Lynggaard (55) skelnes der mellem *primære, sekundære og tertiære* dokumenter, som er funderet ved, hvilke personer et bestemt dokument henvender sig til, samt på hvilket tidspunkt.

Primære dokumenter er overvejende tiltænkt få eller et begrænset antal personer og er dermed ikke et offentligt anliggende. Det kan eksempelvis være forhandlingsoplæg, personlige breve eller referater af møder, som er produceret med intentionen om, at de forbliver i et afgrænset forum. Sekundære dokumenter henvender sig ikke fortrinsvist til offentligheden, men er imidlertid ofte offentligt tilgængelige, hvorved alle kan få adgang til disse. Det kan eksempelvis være rapporter fra regeringen eller lovtekster. Derudover er både primære og sekundære dokumenter, ifølge Lynggaard (55) udarbejdet *”på et tidspunkt i umiddelbar nærhed af den begivenhed eller situation, dokumentet refererer til”*. Tertiære dokumenter er karakteriseret ved at være tidsmæssigt udarbejdet efter begivenheden eller situationen som dokumenterne refererer til. Disse dokumenter er, tilsvarende sekundære dokumenter, tilgængelige for offentligheden og kan eksempelvis være akademiske bøger eller tidsskriftsartikler. Endvidere har tertiære dokumenter et fællestræk, ved at have forløbet en analytisk gennemgang, hvilket blandt andet er gældende for de ovenfor nævnte eksempler (55).

Ifølge Lynggaard (55) er formålet ikke, at der kan opnås mere direkte adgang til sandheden omhandlende et bestemt fænomen, ved at anvende en form for dokument frem for en anden, men nærmere at det kan være hensigtsmæssigt, samt konstruktivt, at reflektere over den tidsmæssige kontekst og hvilken målgruppe dokumentet er målrettet til. Forskellige dokumenttyper kan medføre adgang til forskellige slags information (55). Lynggaard (55) understreger, at hvis der tilstræbes en analyse med hensyn til skjulte dagsordner eller magtudøvelse som ofte udarbejdes bag lukkede døre, kan det være relevant at besidde primære dokumenter. En kombination af primære, sekundære og tertiære dokumenter kan imidlertid producere en mere velfunderet, samt nuanceret analyse.

Med hensyn til specialet anvendes der derimod en alternativ metode til at identificere relevante dokumenter, hvor det mest centrale, ifølge Lynggaard (55) omhandler at afsenderen tillægges en essentiel autoritet indenfor problemfeltet. Hvis der med undersøgelsesspørgsmålet er forsøgt afdækket en politisk beslutningsproces kan det, ifølge Lynggaard (55) være relevant at forholde sig til, at der ofte vil kunne findes en enkelt eller få personer, der er i besiddelse af nogle særlige beslutningskompetencer. Hermed kan det anskues at karakteren af undersøgelsesspørgsmålet er bestemmende for, hvilken slags autoritet der betragtes som relevant. Dette kan relateres til specialets problemformulering som omhandler at afdække hvilke diskurser der er konstituerende i den danske sundhedspolitik, hvormed den form for autoritet som anskues som værende essentiel, kan findes hos de aktører, som er medvirkende til at etablere eller fremhæve den nuværende sundhedspolitik. Med fundament ved ovenstående metode til at selekttere dokumenter, kan der opstilles en række kriterier som anvendes til at danne korpusset for specialet.

4.4.1 Kriterier til grund for tekstkorpus

Med henblik på at kunne selekttere relevante dokumenter til den kommende diskursanalyse er der opstillet en række kriterier, som de respektive dokumenter skal efterleve. Disse kriterier er delvist funderet ved en teoretisk forståelse, samt praktiske forhold forbundet med specialet.

Den teoretiske forståelse med hensyn til, hvordan korpus dannes, stammer fra Fairclough (52), hvorved det fremhæves at hvilken form for data, derunder dokumenter, som inkluderes i korpus, vil variere tilsvarende formålet med henholdsvis problemformuleringen, samt den dertilhørende diskursanalyse. Derudover fremhæver Fairclough (52), at forskeren kun kan udføre en fornuftsbetonet selektivitet omhandlende indholdet og strukturen vedrørende korpusset, forudsat at forskeren besidder tilfredsstillende viden om den diskursive praksis tilknyttet det sociale domæne, som analysen vil omhandle. Denne viden er delvist praktisk orienteret, hvormed forskeren bør vide,

hvilken form for dokumenter denne kan erhverve, eksempelvis primære, sekundære eller tertiære, samt derudover mentalt orienteret, hvorved forskeren bør danne et indledende overblik over, hvilke potentielle diskurser som kan forekomme indenfor det bestemte sociale domæne eller institution (52). Afsluttende fremhæver Fairclough (52), at korpuset bør tilstræbe at repræsentere den totale diversitet af diskursive praksisser, som potentielt kan findes inden for det sociale domæne, hvormed de anvendte dokumenter ikke bør være for ensartede, men derimod varierende med hensyn til tid, sted eller praksis.

Speciales gruppemedlemmer har alle en uddannelse tilknyttet sundhedsfeltet, hvormed alle er bekendte med sundhedssystemets virke og funktion, samt overordnede sundhedspolitikker inden for samfundet. Derudover har alle medlemmer været involveret ved både den indledende, samt den systematiske litteratursøgning, hvilket har medvirket til at udvide forståelsen for, hvordan forebyggelse med hensyn til svær overvægt er forbundet med sundhedspolitiske diskurser. Med henblik på at skabe transparens, samt sikre en systematik med hensyn til korpus, blev en række kriterier fremsat på forhånd, hvilke blev anvendt til at vurdere, hvilke dokumenter som blev henholdsvis inkluderet eller ekskluderet. De anvendte kriterier for specialet er opstillet nedenfor:

- Indeholde uddybende beskrivelser af svær overvægt
- Være inden for dansk kontekst
- Være offentligt tilgængelig
- Fra en forfatter eller institution med autoritet
- Indeholde krydsreferencer.

Det første kriterium omhandler, at eventuelle potentielle dokumenter skal indeholde uddybende beskrivelser af svær overvægt, eftersom dette er problematikken for specialet, samt den fremsatte problemformulering. Dokumenter som omhandler svær overvægt, men uden at indeholde førnævnte beskrivelser ekskluderes, eftersom disse ikke formodes at kunne medvirke til at fremhæve potentielle diskurser. Dette var eksempelvis tilfældet for dokumentet: *Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner* skrevet af Kierkegaard et. al. (56), hvor der kun fandtes korte, overordnede beskrivelser med hensyn til de anvendte livsstilsinterventioner. Dette blev vurderet til ikke at kunne medvirke til at fremhæve potentielle sundhedspolitiske diskurser forbundet med førnævnte interventioner.

Det andet kriterium omhandler, at dokumentet skal produceres og konsumeres inden for en dansk kontekst, hvormed det menes at forfatteren eller institutionen, som har produceret dokumentet skal være dansk, samt at dokumentet skal være tiltænkt danske forhold med hensyn til, hvordan denne konsumeres. Dette kriterium anvendes, eftersom problematikken ved specialet omhandler den danske sundhedspolitik, samt eventuelle diskurser forbundet hermed, hvorfor det forekommer essentielt, at eventuelle beskrivelser vedrørende forebyggende interventioner, som kan findes ved de potentielle dokumenter, skal finde sted under danske forhold.

Det tredje kriterium har to elementer. Det første element omhandler, hvilken form for dokumenter, som kan erhverves med hensyn til specialet, disse værende enten primære, sekundære eller tertiære, mens det andet element omhandler, hvorvidt de potentielle dokumenter kan formodes at være tilgængelige for den almene population. Der anvendes ikke primære dokumenter til diskursanalysen i specialet, eftersom disse ikke kunne erhverves, men derimod sekundære og tertiære dokumenter. Dette skyldes at potentielle sundhedspolitiske diskurser formodes ikke udelukkende at forekomme internt ved de nationale institutioner, men tilsvarende blandt almen sundhedspraksis, samt den almene population, hvorfor dokumenterne skal være offentlig tilgængelige.

Det fjerde kriterium omhandler, at potentielle dokumenter skal være produceret af en forfatter eller institution med autoritet indenfor det sundhedspolitiske felt. Dette kriterium er opstillet efter overensstemmelse med Lynggaard (55), hvor afsenderen tildeles en essentiel autoritet indenfor problemfeltet. Med autoritet forstås det, at den bestemte forfatter eller institution holder en bestemt position indenfor det sociale domæne, hvormed denne kan formodes at være en centralt placeret aktør med hensyn til henholdsvis produktion og reproduktion af diskurser. Med hensyn til specialet fremstår dette kriterium ved, at næsten alle de selekterede dokumenter er produceret hos eller med indflydelse fra Sundhedsstyrelsen, hvilket er en statsorganiseret institution med det formål at fremme folkesundheden i Danmark, samt skabe rammerne for det danske sundhedssystem (57).

Derudover er Sundhedsstyrelsen tæt forbundet med det sundhedspolitiske felt, hvilket blandt andet fremstår ved Sundhedslovens paragraf §212, hvor Sundhedsstyrelsen beskrives som værende en styrelse under sundhedsministeren, der bistår denne med den centrale forvaltning af sundhedsrelaterede forhold (58). Sundhedsstyrelsen formodes dermed ikke at indeholde en politisk neutralitet, men derimod reflektere eventuelle sundhedspolitiske diskurser, som måtte findes.

Det femte kriterium omhandler, hvordan de selekterede dokumenter tilstræbes at indeholde krydsreferencer, hvormed der refereres til andre dokumenter fra korpus. Dette kriterium er opstillet efter de fundamentale principper tilhørende ”sneboldsmetoden”, hvor referencerne fra et bestemt dokument med relevans for det sociale domæne udforskes, med henblik på at identificere andre relevante dokumenter (55). Ved specialet anvendes dette kriterium ved at referencelisterne fra hvert enkelt dokument efterses for referencer, til de andre selekterede dokumenter fra korpus, for dermed at sikre at dokumenterne har en vis relation til hinanden, samt at alle dokumenterne fremstår som værende essentielle for det bestemte sociale domæne. Ud fra førnævnte fem kriterier er der blevet identificeret fem dokumenter til korpus, som vil blive præsenteret ved det kommende afsnit.

4.4.2 Præsentation af tekstkorpus

Dette afsnit vil præsentere de fem dokumenter, som er blevet selekteret til at danne korpusset for specialet, samt den kommende diskursanalyse. Indholdet ved hvert dokument vil kort blive fremhævet for at skabe overblik over korpusset, hvorefter det beskrives, hvorfor det bestemte dokument er blevet inkluderet. For at skabe et indledende overblik er dokumenterne fremsat ved nedenstående tabel 2, hvor dokumentets titel, forfatter eller institution, årstal for publikation, dokumenttype, samt typologi er fremhævet.

Tabel 2: Oversigt over dokumenter inkluderet i specialets korpus

Publikation	Forfattere/institution	Årstal	Dokumenttype	Typologi
<i>Forebyggelsespakke – Overvægt</i> (3)	<i>Sundhedsstyrelsen</i>	<i>2018</i>	<i>Rapport</i>	<i>Sekundær</i>
<i>Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017</i> (9)	<i>Sundhedsstyrelsen</i>	<i>2018</i>	<i>Rapport</i>	<i>Tertiær</i>
<i>Små skridt til vægttab - Der holder</i> (59).	<i>Komiteen for Sundhedsoplysning Sundhedsstyrelsen</i>	<i>2015</i>	<i>Guide</i>	<i>Sekundær</i>
<i>Skal voksne overvægtige tabe sig?</i> (60)	<i>Vidensråd for Forebyggelse</i>	<i>2015</i>	<i>Rapport</i>	<i>Tertiær</i>
<i>Opsporing og behandling af overvægt hos voksne</i> (61)	<i>Sundhedsstyrelsen Dansk Selskab for Almen Medicin</i>	<i>2009</i>	<i>Klinisk vejledning</i>	<i>Tertiær</i>

Forebyggelsespakken – overvægt

Dokumentet udgør konkrete retningslinjer for forebyggelse af overvægt og er den nyeste af sin slags. Forebyggelsespakken er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen med henblik på at give kommunerne et fundament for forebyggelsen. Eftersom det er Sundhedsstyrelsen der udformer de landsdækkende retningslinjer for forebyggelse af svær overvægt, hvormed rammerne for hvordan kommunerne skal håndtere problematikken forbundet med overvægt, anses Sundhedsstyrelsen som værende en centralt placeret aktør med hensyn til, hvordan kommunen fremstiller den svære overvægt, samt hvilken diskurs dette kan medvirke til at producere. Dokumentet er inkluderet i specialets korpus, blandt andet fordi Sundhedsstyrelsen selv pointerer, at der eksisterer social ulighed i forekomsten af overvægt, hvortil den bliver højere ved svær overvægt (3). Derudover fremkommer flere dokumenter fra resten af korpus ved referencelisten, hvilket kan indikere at dokumentet har en central position, inden for dette bestemte sociale domæne.

Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017

Den nationale Sundhedsprofil (9) har til formål at understøtte regioner og kommuner i arbejdet med behandling, forebyggelse og sundhedsfremme. Den første nationale Sundhedsprofil blev udarbejdet i 2010 og den nyeste i 2017, hvortil de fem regioner hver især har gennemført regionale undersøgelser omhandlende, hvordan den sundhedsmæssige udvikling er forløbet inden for den enkelte region. Sundhedsprofilen kan anses som opslagsværk, der blandt andet beskriver danskernes sundhed inden for forskellige områder, heriblandt svær overvægt, som benævnes et folkesundhedsproblem. Dokumentet er udvalgt, fordi det kan antages at det har en stor indflydelse på italesættelsen af danskernes sundhed. Derudover fremkommer dokumentet blandt referencelisten hos "Forebyggelsespakken - overvægt" (3), hvilket kan indikere at dokumenterne er forbundet, inden for dette sociale domæne.

Små skridt til vægttab - der holder

Guiden omhandlende små skridt målrettet vedvarende vægttab er publiceret ved samvirke mellem Komiteen for Sundhedsoplysning og Sundhedsstyrelsen (59). Guiden er henvendt til voksne med svær overvægt, som derudover ønsker at skabe vægttab. Guiden fremhæver en omfattende række alternativer, metoder, samt redskaber til at vise, hvordan individets indsats kan medvirke til at overkomme negative vanemønstre forbundet med at spise, drikke eller motionere. Dokumentet er inkluderet ved korpus, eftersom det omhandler anbefalinger og vejledninger målrettet det enkelte

individ, hvorfor dokumentet kan være en medvirkende faktor, med hensyn til hvilken diskurs som fremkommer blandt individer med svær overvægt. Ydermere er forfatterne henholdsvis Komiteen for Sundhedsoplysning og Sundhedsstyrelsen, hvilket er institutioner med autoritet indenfor sundhedsfeltet. Derudover fremkommer dokumentet blandt referencelisten hos flere af de andre inkluderede dokumenter, hvilket kan indikere at dokumentet har en central position.

Skal overvægtige voksne tabe sig?

Dokumentet fra Vidensråd for Forebyggelse, som er en rapport, omhandler det etiske dilemma, hvorvidt voksne med overvægt bør tilstræbe vægttab (60). Formål med dokumentet er at udforske, hvorvidt det altid bør anbefales at voksne med svær overvægt tilstræber et vedvarende vægttab, eftersom det fremhæves, at flere studier finder større dødelighed blandt individer med forhenværende svær overvægt, som har formået et vedvarende vægttab. Der udføres en systematisk litteratursøgning af den eksisterende forskningslitteratur, samt dertilhørende evidens, for at undersøge ovenstående. Dokumentet er inkluderet ved specialet, eftersom det omhandler et kritisk perspektiv på henholdsvis svær overvægt, samt potentielle sundhedspolitiske diskurser, som kan være tilknyttet. Derudover er dokumentet publiceret hos Vidensrådet for Forebyggelse, som er en aktør med autoritet indenfor sundhedsfeltet, omend denne ikke har samme direkte autoritet som eksempelvis Sundhedsstyrelsen. Dette dokument findes imidlertid ikke ved referencelisten ved andre dokumenter fra korpuset, hvilket kan indikere at dokumentet kan indeholde alternative diskurser inden for forebyggelse af svær overvægt.

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne 2009

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne er en klinisk vejledning, som er publiceret ved et samvirke mellem henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin (61). Dokumentet fremstiller en række kliniske trin, samt dertilhørende anbefalinger, som tilsammen danner fundamentet for, hvordan patienter med risiko for at udvikle sygdom grundet overvægt opspores, samt hvordan der ved en fælles indsats mellem den almene praksis og patienten kan initieres relevante, individuelle behandlingstilbud. Dokumentet er inkluderet i specialet, grundet flere forhold, derunder at det omhandler kliniske anbefalinger og vejledninger, som fortsat anvendes indenfor almen praksis, hvorfor dokumentet kan være medvirkende til at bestemme, hvilken diskurs som fremstilles hos sundhedsprofessionelle vedrørende svær overvægt. Dokumentet er desuden publiceret ved et samvirke mellem to centrale institutioner inden for det danske sundhedssystem, værende

henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, hvilket tilsvarende kan medvirke til at fremstille potentielle diskurser med hensyn til svær overvægt, eftersom disse institutioner har en omfattende autoritet indenfor sundhedsfeltet, samt er tæt forbundet med det sundhedspolitiske felt. Derudover fremkommer dokumentet blandt referencelisten hos flere af de andre inkluderede dokumenter, hvilket kan indikere at dokumentet har en central position, inden for dette bestemte sociale domæne.

4.5 Litteraturstudie

Dette afsnit vil beskrive, hvilken metode som blev anvendt til at udføre henholdsvis den indledende, samt den systematiske litteratursøgning, og derudover hvilke kriterier som var fundamentet med hensyn til at selekttere litteraturen. Den systematiske litteratursøgning udføres med det formål at besvare specialets forskningsspørgsmål omhandlende, hvilken viden der forefindes indenfor den internationale forskningslitteratur vedrørende potentielle sundhedspolitiske diskurser forbundet med svær overvægt.

Den indledende søgning

Den eksisterende forskningslitteratur inden for problemområdet bør udforskes indledende, for dermed at kunne vurdere, hvorvidt det aktuelle forskningsspørgsmål eller problemstilling allerede er velbeskrevet og udforsket (62). Derudover kan en indledende søgning, ifølge Rienecker og Jørgensen (63) være medvirkende til at skabe overblik over den allerede eksisterende litteratur, samt identificere relevante termer, som senere kan anvendes til den strukturerede, systematiske litteratursøgning. Med hensyn til specialet, blev den indledende søgning benyttet til at udforske problemområdet ved blandt andet at anvende Google, PubMed, Embase, Google Scholar, samt institutionelle hjemmesider som Sundhedsstyrelsen og Institut for Folkesundhed. Dette medvirkede til at identificere en række relevante termer, samt forfattere, hvilket blev benyttet ved systematiske litteratursøgning. Derudover var den indledende søgning efter forskningslitteratur medvirkende til at bekræfte, at specialets forskningsspørgsmål kunne forsvares med hensyn til den allerede eksisterende litteratur inden for problemområdet.

Den systematiske søgning

For at kunne afdække den eksisterende forskningslitteratur med hensyn til problemområdet, kan der benyttes en søgeprotokol, eftersom denne kan medvirke til at producere en mere struktureret og

systematiseret metode, hvormed den konkrete søgeproces bliver transparent og reproducerbar for andre forskere (64). Frandsen et. al. (64) fremhæver, at søgeprotokollen bør forklare, hvordan den konkrete søgestrategi praktisk er forløbet, hvilke databaser som blev benyttet, samt hvilke kriterier der var gældende med hensyn til henholdsvis inklusion og eksklusion af litteratur. For specialet, kan søgeprotokollen findes ved (Bilag 2).

Den systematiske søgning blev udført i samlet otte databaser, disse værende PubMed, Embase, Sociological Abstracts, Psycinfo, Cinahl, Cochrane, Scopus og ProQuest henover tidsrummet mellem den 8. og 22. april 2019. Disse databaser blev benyttet, eftersom specialets problemformulering, samt dertilhørende forskningsspørgsmål, omhandler et komplekst biomedicinsk problem med hensyn til svær overvægt, men tilsvarende et mere kvalitativt element med hensyn til potentielle sundhedspolitiske diskurser eller perspektiver på svær overvægt. Dette medvirkede til at udvide antallet af databaser, for dermed at kunne sikre mere relevant forskningslitteratur med hensyn til at kunne besvare forskningsspørgsmålet. Databaserne PubMed, Embase og Cochrane er deciderede biomedicinske databaser, hvor blandt andet PubMed fremhæves som en national database med flere millioner referencer til biomedicinsk litteratur, hvilket dækker over videnskaber indenfor sundhed, adfærd og kemi. Derimod omhandler databaserne Sociological Abstracts, Psycinfo og Cinahl mere sociologisk og psykologisk orienteret forskningslitteratur, hvor blandt andet Sociological Abstracts fremhæves som værende en database med international litteratur vedrørende sociologi, samt relaterede discipliner indenfor social og adfærdsvidenskaberne. Scopus og ProQuest benytter en række databaser hver, hvorfor disse kan producere forskningslitteratur omhandlende et bredere felt, end de mere specialiserede databaser. Disse to blev anbefalet benyttet inden for specialet ved møde med en bibliotekar tilknyttet Aalborg Universitetsbibliotek.

Førend den systematiske litteratursøgning blev søgeordene, samt eventuelle termer, fra den indledende søgning udforsket inden for de respektive databaser med henblik på at finde potentielle kontrollerede emneord. Denne proces blev udført ved at benytte databasernes thesaurus, hvilket er en form for register, hvor bestemte termer eller søgeord tildeles forudbestemte klassifikationer. Hver database vil ofte klassificere deres kontrollerede emneord varierende inden for deres thesaurus, hvormed de kontrollerede emneord ikke altid kan overføres mellem databaserne (62). Med hensyn til specialet, blev de kontrollerede emneord anvendt for at sikre relevans, samt den rette forståelse forbundet med de benyttede søgeord. Derudover kan ord angivet som fritext, benyttes til at udvide

søgningen, eftersom denne metode medvirker til at inkludere litteratur, som endnu ikke har fået tildelt kontrollerede emneord (62). De fundne søgetermer fra den indledende søgning blev alle forsøgt benyttet som kontrollerede emneord inden for førnævnte databaser, men imidlertid ikke alle søgetermer kunne findes som kontrollerede emneord, hvorfor disse udelukkende blev benyttet som fritekstord. For at minimere antallet af irrelevante fund, blev fritekst ordene kun benyttet til at søge inden for henholdsvis titel, abstrakt, samt forfatterens emneord.

PIO-model

Til at strukturere, samt udføre, den systematiske søgning blev der anvendt et PIO-skema, som er en tilpasset version af PICO-skemaet. Princippet vedrørende PICO-modellen omhandler, at der opstilles en række søgeblokke, som hver indeholder en mindre række synonyme søgeord tilsvarende hver enkelt facet fra forskningsspørgsmålet (64). Formålet med denne metode er at sikre transparens, samt struktur gennem hele søgeprocessen, hvorved denne til enhver tid kan genskabes (62). PICO-modellen omhandler blokkene population, intervention, comparison, samt outcome, men med hensyn til specialet blev disse blokke tilpasset for at kunne afdække hele forskningsspørgsmålet. PIO-skemaet benyttede tre blokke værende henholdsvis populations-blokken, som omhandler svær overvægt, interventions-blokken, som omhandler sundhedspolitikken, samt outcome-blokken, som omhandler potentielle diskurser eller perspektiver. Blokkene er opstillet efter rationalet, at hvilken sundhedspolitik (intervention) som bliver ført, formodes at medføre en bestemt diskurs (outcome), hvorved denne vil påvirke personer med svær overvægt (population). Nedenfor er førnævnte PIO-skema fremstillet med de respektive blokke, samt synonymerne som blev identificeret gennem den indledende søgning.

PIO Skema	← AND →		
↑ OR ↓	Population	Intervention	Outcome
	Kontrollerede emneord Obesity Adipositas Bariatric Overweight Fritekst Obesity Adipositas Bariatric Overweight	Kontrollerede emneord Health policy Health policies Fritekst Health policy Health policies	Kontrollerede emneord Discourse Attitude Perspective Perception Fritekst Discourse Attitude Perspective Perception

Udover PIO-skemaet blev de boolske operatorer OR og AND anvendt til at strukturere den systematiske søgning. Den boolske operator OR anvendes med henblik på at udvide søgningen inden for den enkelte facet ved at benytte de opstillede synonymer, mens AND anvendes til at kontrollere søgningen mellem facetterne (62). De førnævnte søgetermer, værende både kontrollerede emneord og fritekstord, blev kombineret med OR inden for de respektive facetter, hvilket medvirkede til at udvide søgningen, hvorefter facetterne blev kombineret med AND for at snævre søgningen ind, samt sikre at eventuelle fund forblev relevante. Til at starte med indeholdt PIO-skemaet flere facetter, men efter en konsultation med førnævnte bibliotekar, samt initierende søgninger uden relevante fund, blev disse fjernet.

4.5.1 Selektionskriterier

For at kunne udføre en systematisk selektion med hensyn til hvilke artikler, som inkluderes eller ekskluderes fra speciales litteraturstudie, forudsættes en række inklusions- og eksklusionskriterier. Disse kriterier er fundamentet for, hvornår potentielle artikler videreføres gennem selektionsprocessen, eller hvornår disse frasorteres. For specialet er der opstillet både en række overordnede, samt en række specifikke selektionskriterier. Alle kriterierne kan findes ved (Bilag 2). De overordnede inklusionskriterier omhandler flere forhold, derunder at potentielle artikler skal være skrevet på enten engelsk, dansk, norsk eller svensk, omhandle en BMI på 30 eller derover, være fra industrialiserede lande som kan sammenlignes kulturelt med Danmark, samt være Peer-reviewed. Alle disse kriterier er overordnede, eftersom de ikke omhandler artiklens indhold, men derimod skal

sikre at potentielle artikler har en vis kvalitet med hensyn til at være Peer-reviewed, samt relevans for specialet. Tilsvarende blev der opstillet en række overordnede eksklusionskriterier, hvor potentielle artikler frasorteres, hvis de omhandler interventioner eller klinisk behandling af svær overvægt, samt hvis de omhandler svær overvægt blandt børn eller unge.

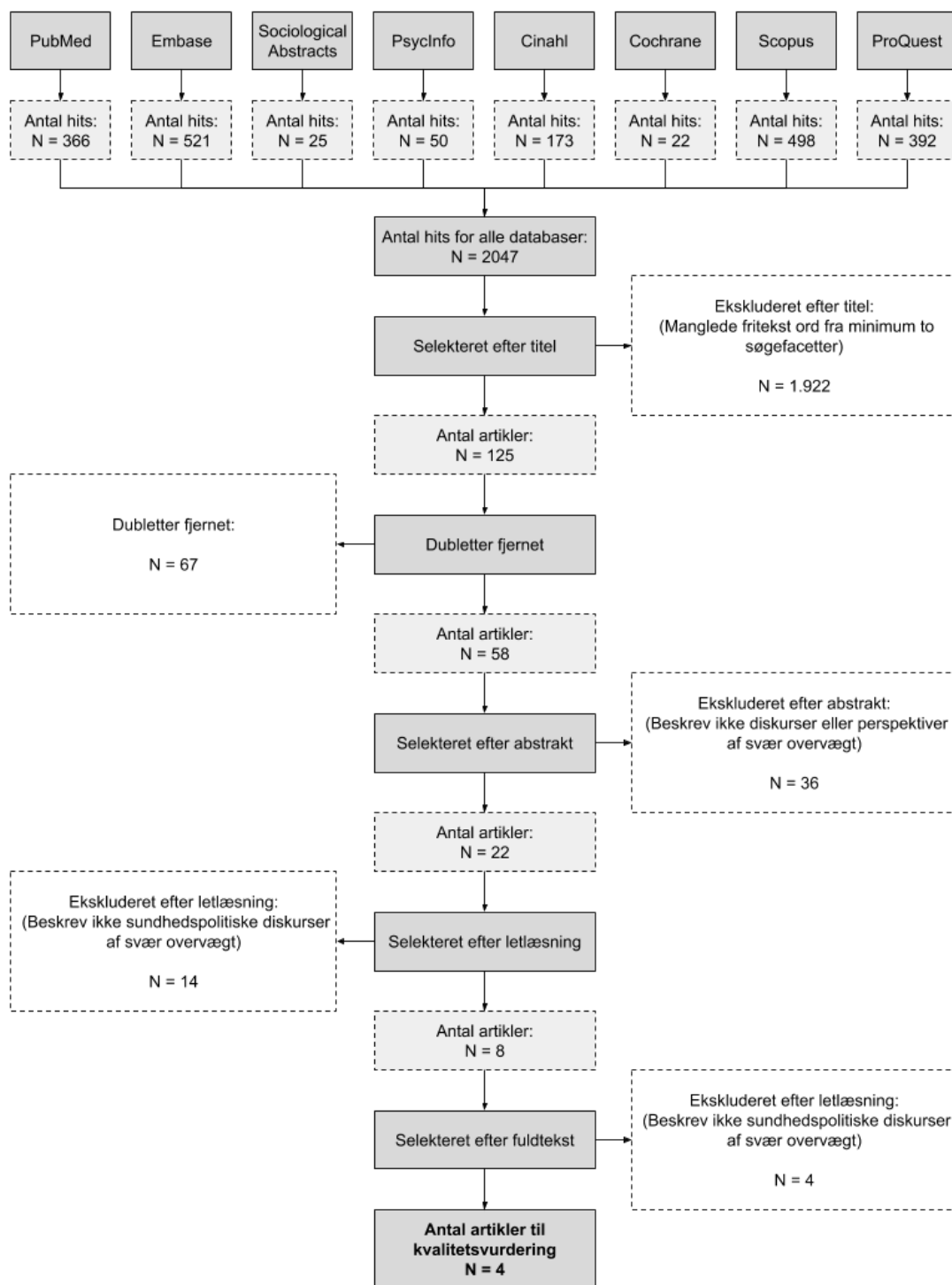
De specifikke inklusionskriterier er forholdsvis mere konkrete, eftersom hvert kriterium er opstillet tilsvarende den fase ved selektionsprocessen de omhandler. Ved den første fase, selekteres potentielle artikler efter titel, hvorved kriteriet for denne var, at artiklens titel skulle indeholde minimum ét fritext ord fra to eller flere søgefacter. Dette sikrede at artiklen ikke udelukkende omhandlende svær overvægt eller sundhedspolitik, uden hensyn til de andre søgefacter, eftersom dette ikke ville kunne besvare forskningsspørgsmålet. Tilsvarende var der opstillet et eksklusionskriterium med hensyn til titlen, som lød at potentielle artikler ville blive ekskluderet, hvis titlen indeholdt ord, som omhandlede børn eller unge. Inklusionskriteriet for anden fase af selektionsprocessen omhandler, at abstraktet ved de potentielle artikler skulle beskrive perspektiver eller diskurser vedrørende svær overvægt, hvilket tilsvarende var kriteriet for tredje fase, hvor artiklen derudover skulle omhandle førnævnte diskurser eller perspektiver, men inden for sundhedspolitik. Den afsluttende fase, hvor potentielle artikler blev læst som fuldttekst var inklusionskriteriet, at hele artiklen skulle indeholde uddybende beskrivelser med hensyn til diskurser eller perspektiver af svær overvægt inden for sundhedspolitik. Alle de opstillede kriterier havde til formål at sikre en transparent, samt systematisk selektionsproces med hensyn til, hvilke artikler som blev henholdsvis inkluderet eller ekskluderet.

4.5.2 Selektionsprocessen

Selektionsprocessen blev udført hos alle medlemmerne ved specialet gennem fire faser, hvortil der gennem hele selektionsprocessen blev anvendt farvekoderne, grøn, gul, samt rød for at illustrere processens fremskridt. Der blev totalt fundet 2047 artikler fra alle førnævnte databaser. Den første fase omhandlende inklusion eller eksklusion ud fra titlen ved potentielle artikler, hvor hvert medlem producerede en liste over potentielle artikler, hvorefter disse lister blev krydschecket for overensstemmelse. Artikler som fandtes henover alle tre lister blev markeret med grøn, artikler som fandtes henover to lister med gul og artikler, som kun fandtes ved én liste, blev markeret med rød. Derefter blev alle artiklerne fra henholdsvis den grønne og gule liste rensat for duplikater, hvorefter artiklerne blev videreført til anden fase, hvor disse blev selekteret efter abstraktet.

Tilsvarende metode blev benyttet til anden fase, hvor artiklerne blev fordelt mellem medlemmerne, med det formål at hvert eneste abstrakt blev læst hos minimum to medlemmer, hvorefter artiklerne

blev farvekodet. Derefter blev alle artikler med en grøn farvekode videreført til næste fase, hvor der blev udført en lettere gennemlæsning af hele artiklen, se figur 4. Ved den tredje fase, blev potentielle artikler letlæst hos tilsvarende minimum to medlemmer, samt farvekodet, men derudover blev artiklens indhold opsummeret, hvorefter artiklens potentiale blev diskuteret mellem alle medlemmer, indtil konsensus var nået omhandlende, hvilke artikler som skulle videreføres til den afsluttende fase. Alle artikler som nåede til den afsluttende fase skulle læses som fuldtekst hos alle medlemmer, hvorefter artiklens formål, studiedesign, metode, samt resultater skulle opsummeres ved en tabel. Dette medvirkende til at skabe en fælles forståelse for alle artiklerne, hvorved disse kunne diskuteres indtil konsensus var nået, vedrørende hvilke artikler, som skulle inkluderes og kvalitetsvurderes ved litteraturstudiet. Alle førnævnte faser ved selektionsprocessen har haft til formål at sikre en klar struktur, systematik, samt transparens med hensyn til, hvordan processen er forløbet, hvilket kan medvirke til en bedre reliabilitet inden for litteraturstudiet. Alle faserne kan findes ved (Bilag 3), samt findes illustreret ved figur 4.



Figur 4: Flowchart over selektionsprocessen ved litteraturstudiet.

4.5.3 Kvalitetsvurdering

Der blev afsluttende selekteret fire artikler fra litteraturstudiet, hvilke vil blive anvendt til den kommende diskussion, men førend dette blev førnævnte artikler kvalitetsvurderet. Artiklernes kvalitet vurderes for at finde eventuelle områder, som kan være problematiske eller til at fremhæve forhold som kan medføre potentielt bias, hvilket har til formål at sikre, at artiklerne kan understøtte eventuelle fund eller pointer, som måtte blive anvendt under diskussionen. Det fremkom imidlertid problematisk at finde en checkliste, som kunne anvendes direkte til at kvalitetsvurdere studier omhandlede diskurser eller dokumentanalyser, hvorfor alle selekterede artikler blev kvalitetsvurderet med Critical Appraisal Skills Programme-checklisten for kvalitative studier (CASP), hvilket kan findes ved (Bilag 4). Denne checkliste har flere fordele med hensyn til at kvalitetsvurdere artikler, som falder udenfor normale områder, derunder den forholdsvis åbne struktur, hvormed checklisten kunne anvendes som en form for refleksionsredskab. Artiklerne kunne hermed vurderes mere overordnet efter andre forhold, som eksempelvis hvilken form for dokumenter, der blev anvendt til analysen. Derudover kunne checklisten anvendes henover alle artiklerne, hvilket medvirkede til at skabe en ensartede struktur.

5.0 Resultater fra litteraturstudiet

Ved dette afsnit fremhæves flere forhold forbundet med studierne fra litteraturstudiet, derunder eventuelle resultater, diskussioner, eller pointer, som måtte være relevante for specialets diskussion, samt eventuelle former for bias ved studierne, hvilket kan påvirke, hvordan studierne anvendes ved specialet. Eftersom studierne kan være varierende med hensyn til enten struktur eller indhold, vil eventuelle fremhævede forhold ikke altid være ens henover alle studierne, men derimod reflektere relevansen for det bestemte studie.

The moralizing of obesity: A new name for an old sin? af Louise Townend fra 2009 - (65)

Formålet med studiet er ikke direkte beskrevet, men det fremkommer implicit, at det tilstræbes at fremhæve tilstedeværelsen af en moraliserende forståelse for fedme i Australien ved at udforske en række mediekkanaler, samt politiske udtalelser fra 2005 og frem. Studiet fremhæver en neoliberalistisk diskurs inden for fedme, som er funderet ved en kapitalistisk individorienteret infrastruktur, hvilket medvirker til at moralisere førnævnte fedme. Denne diskurs medvirker blandt andet til at reducere individets værdi til en markedsværdi, hvorved individer med fedme kan marginaliseres ved at være økonomisk ressourcekrævende for samfundet. Forholdet mellem fødevare konsumtion, profit,

regulering, samt populationens sundhed er kompleks og medieret af politiske ideologier, hvilket ofte kan forstærke en økonomisk diskurs. Derudover fremhæves en række modstridende eller varierende diskurser, eller nærmere perspektiver, hvortil potentielle etiske, moralske, samt helbredsorienterede konsekvenser forbundet med disse løbende diskuteres. Disse diskurser omhandler blandt andet en behavioristisk tilgang, en biomedicinsk tilgang, en socioøkologisk tilgang, samt en moralsk-panik tilgang. Førnævnte diskurser vil ikke placere ansvaret for fedme det samme sted, hvilket kan have etiske konsekvenser, eksempelvis hvilken form for sundhedsydelser, et individ med fedme kan forvente at få, hvis det implicit forstås at denne selv har ansvaret for problemets tilstedeværelse.

Studiets konklusion omhandler, at kombinationen af neo-liberalistiske værdier, som er dominerende inden for staten og den private industri, samt den moraliserende diskurs af fedme medvirker til at traditionelle interventioner mod fedme fremstår med minimale chancer for succes, hvorfor der fremsættes et alternativ til denne diskurs. Dette alternativ beskriver et socialt-strukturelt perspektiv, som omhandler de sociale, politiske, kulturelle, samt økonomiske forhold i samfundet, som medvirker til at skabe folkesundhedsproblemer. Omend studiet ikke efterlever flere forhold ved CASP checklisten, hvilket medvirker til at svække den metodiske kvalitet, har studiet imidlertid en omfattende referenceliste, der konsekvent anvendes til at understøtte de fremsatte pointer. Derudover er studiets indhold relevant for specialet.

Obesity discourse and fat politics: Research, critique and interventions af Lee F. Monaghan, Rachel Colls og Bethan Evans fra 2013 - (66)

Artiklen fremhæves som værende en leder (editorial), med det formål at præsentere en række andre forskningsartikler, som medvirker til at kritisere den eksisterende evidens med hensyn til kausalitet, som fremstår ved den dominerende fedme diskurs. Lederen er den første artikel tilhørende en serie af artikler, som stammer fra en række seminarer, der blev afholdt i United Kingdom (UK) 2010-11. Formålet med disse seminarer er at kritisere de politiske, sociale, kulturelle, samt økonomiske strukturer forbundet med de fremherskende tilgange til fedme. Det fremhæves at den eksisterende evidens er modstridende, samt at etiske problematikker omhandlende utilsigtede konsekvenser, derunder stigmatisering og en individualisering af social-strukturelle determinanter af sundhed, kan medvirke til at kritisere, hvorvidt en størrelses-baseret tilgang til folkesundhed er passende. Derudover fremhæves det, at kritisk interdisciplinært arbejde, med opmærksomhed på potentielle etiske problematikker og usikkerheder inden for videnskabelig evidens er essentiel, eftersom den dominerende diskurs og retorik omhandlende “fedmeepidemien” ofte præsenteres med autoritet og

sikkerhed. Den universelle “sandhed” som ofte er fundamentet for “fedmeepidemien”, omhandler at fedme er naturligt usundt og kan blive behandlet ved individuel indsats, er baseret på moralske og kulturelle ideologier, som medvirker til at tilsløre de dertilhørende usikkerheder forbundet med den biomedicinske viden. Med hensyn til at kvalitetsvurdere denne, bør en række forhold fremhæves, eftersom det omhandler en leder. En leder kan adskilles fra andre former for artikler ved at være udformet hos redaktionen eller en ledende redaktør tilhørende en avis eller tidsskrift, ofte med én eller flere anonyme forfattere. Derudover er lederen udformet med det formål at underrette læseren om avisens position eller perspektiv med hensyn til bestemte forhold, som denne finder relevante for læseren at kende til. Førnævnte forhold medvirker til, at lederen vurderes til at have en metodisk lav kvalitet efter CASP checklisten, samt at denne kan indeholde bias, eftersom lederen er funderet ved en bestemt position, hvorfor eventuelle fund, diskussioner, eller pointer fra denne bør anvendes med omtanke ved specialet.

More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers af Joe Greener, Flora Douglas og Edwin van Teijlingen fra 2010 - (67)

Formålet med dette kvalitative studie omhandler, hvordan svært overvægtige borgere, sundhedsprofessionelle, samt politiske beslutningstagere forstår henholdsvis årsagerne til fedme, deres overbevisninger om faktorer, som enten fremmer eller hæmmer vægttab og deres meninger med hensyn til effektive interventioner mod fedme. Studiet finder to herskende perspektiver med hensyn til forståelse og reducere af svær overvægt, disse værende et biomedicinsk perspektiv, samt socio-økologisk perspektiv. Svært overvægtige borgere anså fedme som værende relateret til deres individuelle liv, hvorved deres fortællinger om fedme ofte omhandlede skyldfølelser. Tilsvarende kom barriererne for en effektiv løsning på fedmen til udtryk i deres fortællinger, hvilket blandt andet omhandlede deres daglige arbejde, familieliv, motivation, samt dårligt helbred. De overvægtige borgere fremhævede en biomedicinsk tilgang, hvilket deles med de sundhedsprofessionelle, som overordnet er fokuseret på de biomedicinske faktorer, samt dertilhørende interventioner. I modsætning til dette havde de politiske beslutningstagere en socio-økologisk tilgang til svær overvægt, hvor blandt andet miljømæssige faktorer blev fremhævet. De politiske beslutningstagere fokuserede udelukkende på miljøpolitik, herunder byplanlægning og fødevareindustri regulering. Studiets konklusion omhandler, at hvis der skal implementeres interventioner på systemniveau, fremfor på individniveau, kræver dette en stor indsats med hensyn til at omformulere den offentlige

debat, samt fremme bevidstheden om indflydelsen af sociale, fysiske, politiske og økonomiske miljøfaktorer, som har medvirket til at udvikle den svære overvægt. At skabe forbindelse mellem det socio-økologiske perspektiv og det biomedicinske perspektiv kan føre til større offentlig forståelse og støtte med hensyn til at ændre den fedmerelaterede politik, samt medvirke til at forhindre negative stereotyper, der er forbundet med svær overvægt. Studiet har en forholdsvis stor metodisk kvalitet vurderet efter CASP checklisten, hvor kun enkelte forhold ikke var beskrevet ved studiet, derunder hvilken form for forhold, som fremkom mellem forskeren og deltagerne. Dette kan have konsekvenser for studiets interne validitet, med det vurderes imidlertid at studiets validitet, samt overførbarehed er tilfredsstillende, eftersom studiet ellers efterlever CASP checklisten.

Framing obesity in UK policy from the Blair years, 1997-2015: The persistence of individualistic approaches despite overwhelming evidence of societal and economic factors, and the need for collective responsibility. Stanley J. Ulijaszek og Amy K. McLennan fra 2016 - (68)

Studiet omhandler en tekstanalyse af en række centrale nationale politiske dokumenter, samt rapporter publiceret i United Kingdom (UK) henover perioden 1997-2015, med det formål at udforske, hvordan den politiske sundhedsdiskurs omhandlende svær overvægt har skiftet henover førnævnte periode. Studiet er udført ved én enkelt forsker, som har været involveret som ekspert ved flere politiske institutioner. Alle dokumenter blev selekteret efter, hvordan den svære overvægt blev fremstillet som værende enten individets eller samfundet ansvar.

Det fremhæves at sundhedspolitikkerne inden for UK har været funderet ved en konstruktion omhandlende den individuelle konsument, hvor denne fremstilles som målet for politik-baserede interventioner. Denne konstruktion fremstilles som en form for avanceret liberalisme, som fremkom med Thatcher administrationen, hvorefter denne er forblevet i varierende former siden. Førnævnte individualisme kan imidlertid være problematisk, eftersom denne fremstiller individet som værende henholdsvis en individuel borger, hvorved denne har et moralsk ansvar for samfundet, samt som en individuel konsument, hvor denne tilsvarende har et moralsk ansvar for økonomien. Disse former for individualisme, ansvarsorienteret eller hedonistisk, vil ofte modstride hinanden, hvilket blandt andet fremkommer med hensyn til svær overvægt. Det ansvarsorienterede individ forventes at efterleve en række fremsatte diætiske restriktioner, samt krav om fysisk aktivitet fra samfundets side, eftersom denne ellers kan risikere at være en social, samt økonomisk byrde for samfundet. Det hedonistiske individ forventes derimod at efterleve det frie marked ved at konsumere mad-, samt drikkevarer efter

lyst, hvilket vil medvirke til at økonomien styrkes, hvorfor studiet fremhæver problematikken, vedrørende at individet tildeles ansvaret med den førte sundhedspolitik.

At den individuelle konsument vil kunne løse folkesundhedsproblemer, derunder svær overvægt, er funderet ved tanken om den ansvarsorienterede konsument, som rationelt vil styre det frie marked væk fra svær overvægt. På samme tid forventes det, at den individuelle konsument kan fortolke enhver information denne tildeles omhandlende fødevarer, samt diætetiske restriktioner. Derudover fremhæver artiklen, at politiske værdier omhandlende individualisme og markedsliberalisme, uanset hvilken form disse måtte have, fortsat forbliver vedvarende, hvilket fremkommer ved førnævnte politiske dokumenter, som fremhæver flere interventioner funderet ved individualistisk adfærd. Den svære overvægt problematiseres konsekvent som et individuelt ansvar, omend der findes en omfattende diversitet forbundet med råd og viden som anvendes til at informere sundhedspolitiske rapporter. Dette kan indikere, at potentielle politiske processer, hvorved førnævnte viden filtreres med hensyn til at skabe konsensus, både indenfor og mellem politiske partier, har en medierende funktion med hensyn til at forme forskning, samt interventioner. Den kvalitative checkliste CASP blev benyttet til at kvalitetsvurdere artiklen, men eftersom denne omhandler en dokumentanalyse, hvilket er en bestemt form for studie, hvis metoder ikke direkte kan vurderes med førnævnte checkliste, kan studiet kun vurderes til at være tilfredsstillende.

6.0 Analyse

Den tematiske analyse har til formål at fremanalysere fremherskende diskurser som er identificeret i de inkluderede dokumenter, hvilket vil danne fundament for specialets forandringsforslag som stilles op mod de eksisterende diskurser med udgangspunkt i at reducere den sociale ulighed i svær overvægt. Analysen vil endvidere bidrage med en besvarelse af specialets første del af problemformuleringen, omhandlende hvilke diskursive forståelser af social ulighed i svær overvægt er konstituerende i den danske sundhedspolitik. Analysen er baseret på fem dokumenter; ”Forebyggelsespakke – overvægt” (3), ”Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2017” (9), ”Små skridt til vægttab – der holder” (59), ”Skal voksne overvægtige tabe sig?” (60), og ”Opsporing og behandling af overvægt hos voksne” (61). Disse er desuden opstillet under punkt 4.4.2. Analysen vil desuden til en vis grad trække på teoretiske begreber fra metodeafsnittet til at understøtte fundene.

6.1 Individorienteret diskurs

En fremtrædende diskurs ved flere dokumenter omhandler individet, eller nærmere bestemt dennes ansvar, hvorved der fremkommer en eksplicit individorienteret sundhedsdiskurs, hvor individet implicit holdes til ansvar for at forebygge, behandle, samt overordnet at kontrollere den svære overvægt. Denne individorienteret sundhedsdiskurs fremkommer ofte ved individuelle tilbud, eller ved interventioner, som eksplicit, samt konsekvent, fremhæver den svære overvægt som værende en konsekvens tilknyttet individets handlen, fremfor de strukturelle forhold inden for samfundet. Dertil fremhæves den sociale ulighed mellem førnævnte individer med kløft-perspektivet, eftersom at bestemte subpopulationer i samfundet, derunder socialt udsatte individer og etniske minoriteter, fremhæves som værende mere disponeret for at udvikle svær overvægt.

Den individorienterede sundhedsdiskurs som fremkommer ved dokumenterne omhandler, hvordan individet implicit fremstilles som værende den ansvarshavende for henholdsvis at forhindre svær overvægt, eller tilsvarende at skulle reducere eller overkomme denne ved en individuel indsats, hvis tilstanden fremkommer. Fundamentet for denne individorienterede sundhedsdiskurs er det individuelle ansvar tilhørende en implicit liberalistisk tanke, hvilket blandt andet fremkommer ved den kliniske vejledning til almen praksis fra Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin, samt den supplerende guide til vedvarende vægtreduktion, som hver indledes med:

”Formålet med denne kliniske vejledning er at give almen praksis retningslinjer for opsporingen af patienter med risiko for at udvikle sygdom pga. overvægt og at give forslag til, hvordan man kan samarbejde med patienten om at finde frem til og igangsætte relevante, individuelle behandlingstilbud.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.5

”Denne vægttabsguide viser, hvordan du kan tabe dig og holde vægten nede ved at lave små ændringer i de spise-, drikke- og aktivitetsvaner, du har nu.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.1

Det første citat indledes med at beskrive, hvilken rolle den almen praksis har med hensyn til at opspore patienter med overvægt, men skifter derefter over til at omhandle, hvordan den almen praksis sammen med patienten skal finde frem til relevante, individuelle tilbud til at behandle den svære overvægt. Formålet med dokumentet skifter dermed fra at omhandle almen praksis alene, til at omhandle almen praksis sammen med individet, hvilket implicit vil medføre, at individet har en eller anden form for ansvar med hensyn til at overkomme eller behandle problemet. Dette implicitte individuelle ansvar kan medføre en individorienteret sundhedsdiskurs, hvilket blandt andet understøttes ved, at citatet tilsvarende fremhæver individuelle tilbud, fremfor mere strukturelle metoder, hvormed det bliver til individets ansvar, hvorvidt denne vil acceptere førnævnte tilbud eller ikke. Dette individuelle ansvar, samt den dertilhørende individorienterede diskurs, er endnu mere fremtrædende ved det andet citat, eftersom der anvendes en mere direkte tone, hvor individets implicitte ansvar for at skulle ændre eventuelle spise-, drikke- og aktivitetsvaner, fremhæves ved at henvise til individet med ordet ”du”. Denne umiddelbar individorienterede diskurs kan imidlertid tilsvarende fortolkes som havende en mere liberalistisk undertone, hvorved en implicit, alternativ diskurs kan fremkomme, hvor individet fremstår som aktiv, fremfor passiv patient, hvilket blandt andet kan findes ved nedenstående citater, som omhandler potentielle interventioner vedrørende, hvordan patienten lever:

”En mulighed er forebyggelseskonsultationer, hvor målet er at ændre patientens livsstil, og hvor patienten selv er en meget aktiv medspiller, der forbereder sig til konsultationerne og tager initiativ til forebyggelsesaktiviteter for at følge en vægthåndteringsplan.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.38

”Din succes med at opnå varigt vægttab afhænger først og fremmest af, hvorvidt det lykkes for dig at gennemføre de rigtige ændringer i dine vaner mht. mad, drikke og fysisk aktivitet – og holde fast i ændringerne.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.5.

Der kan findes flere interessante forhold ved citaterne med hensyn til potentielle diskurser, men det essentielle omhandler, hvordan patienten ved det første citat fremstilles som en aktiv medspiller, som udover at møde frem til konsultationerne, tilsvarende skal være forberedt, samt udvise initiativ med hensyn til at kontrollere dennes livsstil. Det andet citat fremhæver, at førnævnte livsstil omhandler at ændre individets vaner med hensyn til mad, drikke, samt fysisk aktivitet. Derudover fremhæves det ved det andet citat, hvordan individets potentielle succes med hensyn til at fremskaffe en vedvarende reduktion forudsætter, at livsstilen ændres efter overensstemmelse med den implicitte individorienterede diskurs, eller med andre ord, ved at individets mad-, drikke-, samt aktivitetsvaner ændres. Den mere liberalistiske undertone fremkommer derved, at individet har en frihed, hvorved denne kan anvende den almene praksis som en konsulerende funktion til at ændre sin nuværende livsstil, eller ikke. Denne frihed kommer ikke uden konsekvenser, eftersom den er tæt forbundet med et individuelt ansvar, hvormed det implicit vil blive til individets skyld, hvis det ikke lykkedes at ændre førnævnte livsstil, samt de dertilhørende vaner. Udover at tildele individet ansvaret for dennes tilstand, bliver potentielle interventioner eller metoder til at overkomme tilstanden tilsvarende funderet ved en individorienteret diskurs, hvilket fremkommer ved den førnævnte guide, som beskriver:

”Det er dig, der er eksperten her. Du er den eneste, der ved, om dine skridt er små eller store. Det afhænger bl.a. af, hvad du bedst kan lide og de praktiske muligheder i din dagligdag.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.2

Det fremhæves direkte ved citatet, at individet er eksperten med hensyn til dennes livsstil, samt dertilhørende vaner, hvilket ikke umiddelbart er problematisk, eftersom individet reelt har mest viden om førnævnte. Der kan imidlertid findes den implicitte konsekvens forbundet med den individorienterede diskurs, at individet forventes at kunne ændre den aktuelle livsstil, forudsat at denne har den fornødne viden eller information omhandlende en alternativ, sundere livsstil, men det

er ikke en hvilken som helst form for information der kræves, hvilket blandt andet fremkommer ved den kliniske vejledning til almen praksis:

”Målet er ikke at give patienten så meget information som muligt, men at give patienten den information, som er nødvendig, for at patienten kan gennemføre og fastholde sundhedsfremmende adfærdsændringer.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.33

Den individorienterede diskurs er fremherskende ved citatet, hvor det eksplicit handler om, kun at videreformidle den information, som kræves for at individet kan ændre dennes aktuelle, usunde adfærd til en mere sundhedsfremmende adfærd, samt derefter vedholde denne. Citatet kan tilsvarende fortolkes, som værende en didaktisk refleksion, hvor ikke al viden behøves videreformidlet til individet, men det fremkommer fortsat implicit, at individet fortsat har ansvaret for at anvende denne information. Med andre ord, skal individet kunne erhverve, omsættes, samt anvende førnævnte information til at ændre dennes adfærd, livsstil eller vaner, med det formål at overkomme eller forhindre den svære overvægt.

”Det, du kan styre, er, hvad du vælger at spise og drikke samt din fysiske aktivitet.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.6

Det essentielle ved den individorienterede diskurs, samt den dertilhørende etiske undertone, kan opsummeres ved citatet ovenfor, hvor det eksplicit fremhæves, at ”du” eller nærmere bestemt det enkelte individ har friheden, samt kontrollen til, at styre spise-, drikke-, samt aktivitetsvaner, eller med andre ord, den aktuelle livsstil. Udover den overordnede individorienterede diskurs, kan der findes en række mindre tilknyttede diskurser, eller anvendte perspektiver, som imidlertid ikke var fremtrædende nok til at kunne forsvares som værende reelle temaer. Disse omhandlende henholdsvis kløftperspektivet, samt et mere økonomisk orienteret perspektiv.

Ved flere dokumenter blev bestemte subpopulationer løbende fremhævet, hvilket kan indikere en diskurs funderet ved kløftperspektivet med hensyn til den sociale ulighed. Denne diskurs er tilknyttet den individorienterede diskurs, eftersom kløftperspektivet er tæt forbundet med en individualistisk tanke, hvor bestemte individer fremhæves som værende mere relevante end andre. Herudover

fremhæves at eventuelle interventioner ved kløftperspektivet vil omhandle udsatte subpopulationer, fremfor den totale population, hvilket fremkommer ved den kliniske vejledning, samt forebyggelsespakken fra Sundhedsstyrelsen:

”Kommunale eller regionale projekter med tilbud til særlige målgrupper blandt voksne, fx gravide, etniske minoriteter eller socialt udsatte borgere, som kan have brug for særlige tilbud og skræddersyet samarbejde.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.43

Mange etniske minoriteter har desuden betydeligt større risiko for at udvikle type 2-diabetes og hjertekarsygdomme som følge af overvægt, hvilket skyldes et kompleks af genetiske, kulturelle og socioøkonomiske faktorer.

Kommunen sikrer, at tilbuddene også tilgodeser specifikke målgrupper, som kvinder, der har udviklet overvægt i forbindelse med graviditet, voksne med anden etnisk baggrund end dansk fra visse lande, borgere med psykisk sygdom og borgere med psykiske eller fysiske funktionsnedsættelser.

Forebyggelsespakke – overvægt (3), S. 11 og S. 27

Ovenstående citaterne fremhæver flere potentielle subpopulationer, derunder gravide kvinder, samt socialt udsatte individer med psykiske eller fysiske funktionsnedsættelser, men den mest fremtrædende subpopulation er etniske minoriteter. Den etniske subpopulation fremhæves oftere end andre potentielle subpopulationer, hvilket kan skyldes en række socioøkonomiske, samt kulturelle forhold, derunder alternative mad-, drikke-, og aktivitetsvaner, samt andre former for familierelationer, hvorved levemåden eller livsstilen hos førnævnte etniske minoriteter fremstår anderledes end normen. Der fremkommer derved en socialt orienteret adskillelse mellem én eller flere subpopulationer, hvor blandt andet etniske minoriteter kan anskues som værende mere udsatte, eller med større risiko for at udvikle svær overvægt end den resterende population, hvilket er karakteristisk for kløftperspektivet. Derudover bør det fremhæves, at den individorienterede diskurs fortsat er fremtrædende, omend det omhandler eventuelle subpopulationer. Dette fremkommer ved citaterne, hvor det individuelle ansvar fortsat fremhæves ved at individet, uanset om denne har en anden etnisk herkomst, kultur, eller er socialt udsat, skal kunne finde, fortolke, samt anvende eventuelle kommunale tilbud til at reducere den svære overvægt.

6.2 Normalitet og livsstil

Følgende tema omhandler den 'normale' tilstand og hvordan det enkelte individ kan opnå dette ved vægttab og ændring i livsstil. Dette tema er gennemgående i alle fundne dokumenter, hvilket bidrager til at fremhæve en bestemt måde at anskue sundhed på. Den 'normale' tilstand kommer blandt andet til udtryk ved anvendelsen af begrebet 'BMI', som fortolkes gennem standardiserede vægtkategorier, hvilket anvendes i alle de fundne dokumenter. Én af de opstillede kategorier kaldes "normalvægt" som angiver et BMI 18,5 – 25:

"Undervægt: $BMI < 18,5$ – Normalvægt: $18,5 \leq BMI < 25$ – Overvægt: $BMI \geq 25$ – Moderat overvægt: $25 \leq BMI < 30$ – Svær overvægt: $BMI \geq 30$ "

Forebyggelsespakke – overvægt (3), S. 5

Hertil vælger Sundhedsstyrelsen at tydeliggøre et bestemt perspektiv, som indebærer at individet skal befinde sig inden for en bestemt BMI-grænse for at kunne tilhøre den "normale" gruppe. For grupper med en forhøjet BMI, herunder svær overvægt, som falder uden for normalvægtskategorien, anbefales en livsstilsændring, hvor der hovedsageligt fokuseres på øget fysisk aktivitet og madvarer:

"Dit vægttab afhænger af summen af alle dine små og store valg om mad, drikke, bevægelse og andre aspekter i din livsstil."

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.10

Dette er med til at eksplicitere den fremherskende diskurs omhandlende normalitet, hvor sundhed kan opnås ved ændring af livsstil, herunder ændring af kostvaner og niveauet af fysisk aktivitet som to essentielle elementer. Ved anvendelse af ord som 'svær overvægt' kan der argumenteres for at en større gruppe af mennesker kategoriseres under én fællesbetegnelse endskønt gruppen formentligt ikke fremtræder som en homogen gruppe af enkeltpersoner. Dette kan afføde utilsigtede konsekvenser som eksempelvis stigmatisering, da personer der kategoriseres som 'svært overvægtige', ikke nødvendigvis identificerer sig på denne måde. Dette kan resultere i at sundhedsstyrelsen ikke opnår den tilsigtede effekt, tværtimod kan det resultere i tydeliggørelse af forskellen mellem samfundsgrupper;

”Forebyggelsespakken om overvægt omhandler fremme af normalvægt, forebyggelse af moderat overvægt blandt borgere med normalvægt og forebyggelse af svær overvægt blandt borgere med moderat overvægt.”

Forebyggelsespakken – overvægt (3), S. 4

Yderligere forekommer ordvalget *”normalvægt”* uklart, da det kan anfægtes hvad ordet indebærer og hvornår en bestemt vægt kan siges at være ‘normal’. Konstruktionen af en ‘normal’ vægt og den dertilhørende BMI-grænse kan medvirke til en normalisering af, hvad der kan antages at være normalt og sundt, hvilket underbygges af følgende citat;

”Den gængse opfattelse er, at det er sundt for overvægtige personer at tabe sig og opnå en normalvægtig tilstand”

Skal overvægtige voksne tabe sig? (60), S.5

Imidlertid tilgodeser dette ikke individuelle faktorer som fedtfrimasse eller kropsbygning. Det kan hermed anskues at der ikke tages forbehold for at forskellige individer kan have forskellige meninger af hvad en ‘normal’ vægt er, samt at en BMI mellem 18,5 – 25 ikke nødvendigvis er lig med *”normalen”*. Herved forekommer BMI-kategorierne som centrale med hensyn til forebyggelse af social ulighed inden for svær overvægt, hvilket indikerer at Sundhedsstyrelsen trækker på en diskursiv fremstilling af bestemte befolkningsgrupper som eksempelvis personer med svær overvægt. Denne diskursive fremstilling af en bestemt gruppe i samfundet med specifikke karakteristika fremhæver en dikotomi, hvilket kan resultere i at visse grupper i samfundet bliver italesat ud fra et bestemt perspektiv, eksempelvis at de er i højere risiko for udvikling af forskellige sygdomme sammenlignet med resten af befolkningen:

”Overvægt, og særligt svær overvægt, er en betydelig risikofaktor for en række følgesygdomme...”

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil (9), S.92

Denne kategorisering af specifikke grupper i samfundet kan, i stedet for at medvirke til en reduktion af den sociale ulighed i svær overvægt, bidrage til yderligere at fremhæve denne.

Med udgangspunkt i de inkluderede dokumenter, ses det at livsstil relateres til individets valg, hvortil sundhedsadfærden samt sociale udfordringer yderligere møntes på individuelle valg. Denne reduktion af sundhedsadfærden kan skabe et mere konkret grundlag for politiske aktører, hvilket bliver udgangspunktet for forebyggende interventioner og dermed en politisering af disse, til trods for viden der understøtter at det komplekse samspil i sundhedsadfærden, hvor gensidig påvirkning af individuelle, sociale og miljømæssige vilkår, er essentiel.

“Årsagen til udvikling af overvægt og svær overvægt er kompleks og omfatter både individuelle og samfundsmæssige faktorer. Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen...”

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil (9), S.92

Ovenstående citat tager indledningsvist udgangspunkt i en økologisk tankegang, hvor det beskrives at årsagerne som ligger til grund for overvægt og svær overvægt er en kompleks gensidig påvirkning. Her fremføres et bredt perspektiv på hvorfor svær overvægt kan forekomme. I den sidste linje af citatet ændres fokus radikalt til at omhandle individets livsstil, hvortil individets - manglende evne - til at regulere energibalancen er årsagen til den svære overvægt. Italesættelsen af at det er den manglende regulering af energibalancen der er årsagen til svær overvægt, kan bidrage til en normalisering af dette perspektiv, hvilket betoner livsstilen som det altafgørende element med hensyn til udvikling af overvægt og svær overvægt, hvortil det samfundsmæssige aspekt trivialiseres.

6.3 Biomedicinsk diskurs

Der kan henover dokumenterne findes en række varierende diskurser, som tilsvarende fremhæver en række perspektiver. Den mest fremtrædende for alle dokumenterne er den biomedicinske diskurs, som omhandler, hvordan henholdsvis individet, samt den svære overvægt konsekvent omtales som et medicinsk problem, eller en uønsket tilstand, som bør tilstræbes at ændre, enten ved individuelle adfærdsmodifikationer eller ved at behandle denne medicinsk. Den biomedicinske diskurs, eller perspektiv, har flere fællestræk med andre diskurser inden for dokumenterne, derunder den individorienterede diskurs, samt normalitetsdiskursen, hvormed bestemte former for ord eller indhold kan forekomme ved flere diskurser.

Den biomedicinske diskurs som den fremhæves ved dokumenterne, omhandler fundamentalt to forhold forbundet med den svære overvægt, det ene forhold værende, hvordan denne fremstilles som en medicinsk problematik, hvortil der skal anvendes tilsvarende medicinske redskaber for at kunne

løse denne, mens det andet forhold omhandler den svære overvægt som en risikofaktor eller tilstand. Det første forhold er blandt andet fremtrædende ved forebyggelsespakken tilhørende den danske sundhedsstyrelse, hvor det skrives at:

”Overvægt er sundhedsskadelig, og de helbredsmæssige konsekvenser stiger med graden af overvægt.”

”Svær overvægt er skadeligt for helbredet og øger risikoen for tidlig død og en lang række sygdomme”

Forebyggelsespakke – overvægt (3), S.7 og S.12

Det fremhæves ved citaterne, at svær overvægt kan have konsekvenser for eller potentielt skade individets helbred eller sundhed, samt derudover medføre en større risiko for sygdomme eller tidlig død. Den biomedicinske diskurs, hvor den svære overvægt fremstilles som en medicinsk problematik, fremkommer ved at denne forbindes med bestemte former for ord eller indhold, som er dominerende inden for det medicinske felt, derunder ved at fremhæve svær overvægt som en tilstand eller sygdom, som kan medføre skade for helbredet eller tidlig død. Det samme kan findes ved den nationale sundhedsprofil, om end kortere formuleret, hvor det fremhæves:

”Overvægt, og særligt svær overvægt, er en betydelig risikofaktor for en række følgesygdomme...”

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil (9), S.92

Mens ovenstående citater fremhæver, at den biomedicinske diskurs er tilstede ved både forebyggelsespakken, samt den nationale sundhedsprofil, er denne imidlertid endnu mere fremtrædende ved henholdsvis den kliniske vejledning til almen praksis, samt rapporten fra Vidensrådet for Forebyggelse. Her tilknyttes flere diskursive medicinske termer, derunder associationer, mortalitet, morbiditet, livsstil, absolut indikator, risiko, og BMI, hvilket fremkommer ved:

”Overvægt er associeret med både øget mortalitet og morbiditet, hvorfor enhver form for positiv livsstilsintervention må forventes at bidrage til et bedre helbred og velbefindende for overvægtige.”

”Den mest anvendelige absolutte indikator for sygdomsrisiko og relative forandringer er derfor en kombination af BMI og taljemål.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.5 og S.10

”Overvægt kan være forbundet med en række fysiske og psykiske konsekvenser. Overvægtige personer har en højere risiko for forskellige sygdomme inden for mange medicinske områder, og overvægtige personer har en højere dødelighed sammenlignet med normalvægtige personer”

Skal overvægtige voksne tabe sig? (60), S5

Førnævnte termer omhandler det andet forhold, og er tæt forbundet med det biomedicinske felt, hvor associationsmål ofte anvendes som indikator for potentielle kausaliteter mellem flere forhold. Her fremhæves det implicit ved første citat, at den svære overvægt kan medføre større mortalitet, samt morbiditet, som tilsvarende er biomedicinske termer, hvor alternativerne dødelighed og sygelighed kunne være blevet anvendt, om end disse fortsat har en biomedicinsk undertone. Citatet fra rapporten tilhørende Vidensrådet for Forebyggelse nævner eksplicit, at individer med svær overvægt har en risiko, som er tilknyttet flere medicinske områder. Der kan foruden den biomedicinske diskurs findes en mere statistisk orienteret undertone ved citaterne ovenfor, hvor der anvendes ord som førnævnte association, men derudover tilsvarende ord som absolut, relativ, eller indikator, som er tæt forbundet med det statistiske felt. Denne statistiske undertone anvendes til tider inden for den biomedicinske forståelse til at fremhæve andre modstridende diskursive elementer, hvilket blandt andet fremkommer ved rapporten fra Vidensrådet for Forebyggelse, hvor det skrives:

”Oftest er livskvalitetsmål anvendt som sekundær effekt i studier af effekt af vægttab hos svært overvægtige eller overvægtige med følgesygdomme, hvor vægttabet i sig selv var den primære effekt.”

Skal overvægtige voksne tabe sig? (60), S.36

Om end den biomedicinske diskurs fortsat er fremtrædende ved citatet ovenfor, bliver livskvalitet imidlertid fremhævet, hvilket er et ord eller diskursivt element, som er tilhørende en mere holistisk orienteret diskurs, der kan være et alternativ til den dominerende biomedicinske diskurs. Ved at fremsætte livskvalitet som værende en sekundær effekt, bliver denne imidlertid knyttet til den statistiske undertone forbundet med den biomedicinske diskurs, eftersom effekter ofte anvendes inden for statistiske metoder. Denne måde at forbinde diskursive elementer mellem modstridende diskurser

fremkommer ved flere dokumenter, derunder ved den kliniske vejledning, hvor individets livsforståelse tilsvarende knyttes til en biomedicinsk diskurs:

”Det kan være hensigtsmæssigt at pege på positive sundhedseffekter af vægttab, men det afgørende er, hvad patienten selv lægger vægt på. Objektiv måling af højde, vægt og taljeomfang samt vurdering af BMI og taljemål kan øge motivationen for vægttab hos de patienter, der er overvægtige, men som ikke oplever sig selv som overvægtige.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.17

Det eksplicite indhold med citatet ovenfor omhandler, at individets levevis bør være fundamentet for eventuelle interventioner med henblik på at reducere vægten, mens det implicite indhold derimod omhandler en mere biomedicinsk forståelse, hvor individets levevis indirekte tilsidesættes for dermed at fremme potentielle positive sundhedseffekter forbundet med vægttab. Derudover fremhæves det ved citatet, hvordan individets motivation, som ikke er tilhørende den biomedicinske diskurs, kan styrkes ved at anvende medicinske redskaber, hvor dennes højde, vægt, samt taljeomfang måles objektivt, for dermed at ændre individets selvopfattelse. Der fremkommer derved modstridende diskursive elementer ved citatet ovenfor, men som tilstræbes fremhævet ved en biomedicinsk diskurs, hvilket er forbundet med det første forhold, hvor den svære overvægt fremstilles som værende en medicinsk problematik, som tilsvarende skal løses med medicinske redskaber. Dette forhold er imidlertid endnu mere fremtrædende ved citatet nedenfor:

”En anden metode til overblik over patientstatus og dermed opsporing af overvægt i praksis er via praksispersonalet at uddele registrerings- eller spørgeskemaer om patientdata (højde, vægt, rygestatus, alkoholindtag, vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet) og på den baggrund at oprette elektroniske risikoprofiler.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.41

Der fremkommer en eksplicit biomedicinsk diskurs ved citatet, hvor der fremhæves en metode, hvormed der kan dannes overblik over individets sundhedsstatus. Denne omhandler at der uddeles spørgeskemaer, hvor individet kan melde en række forhold, som inden for den biomedicinske forståelse, kan anses som værende risikoadfærd eller tilstande, derunder antropometriske mål, rygestatus, mad-, drikke-, samt aktivitetsvaner, hvorefter der kan oprettes elektroniske risikoprofiler.

Tanken om elektroniske risikoprofiler er funderet ved den biomedicinske forståelse, hvormed individet reduceres til udelukkende at være de summerede tilstande, som denne inden for en biomedicinsk diskurs kan anskues at have risiko for.

6.4 Paternalisme

Dokumenterne ”Skal overvægtige tabe sig” og ”Opsporing og behandling af overvægt hos voksne” trækker på en paternalistisk diskurs. I dokumenterne anvendes termer som ”kontrollere” og ”opfølgning” samt vigtigheden af ”... *at patienten tilbydes en form for livslang kontakt med praksis...*”, hvilket betragtes som en afgørende faktor for patientens fremtidige overvægtstilstand. I ”Opsporing og behandling af overvægt hos voksne” anbefales det, at ”overvægtige patienter bør have langtidskontakt til og støtte fra sundhedsprofessionelle” for hermed at understøtte de enkelte borgere i vægttabsprocessen. Lægen bliver tildelt et særligt ansvar overfor borgere med overvægtsproblematikker ”... *lægen bør derfor indlede en dialog med alle voksne, der er i risiko for at udvikle overvægtsrelateret sygdom.*”, hvilket implicit betyder at der ikke ses en nødvendighed i at lægen italesætter det samme overfor resten af befolkningen.

”Efter et opnået vægttab er der livslang risiko for tilbagefald. Læge og patient bør i samarbejde udarbejde en langsigtet plan for, hvordan patienten skal støttes i vægttabsfasen, og, når målet er nået, hvordan vægttabet fastholdes, samt hvordan opfølgningen fra praksisside skal være.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.38

Med afsæt i ovenstående citat bemærkes det, at borgere med overvægt og som anbefales vægttab, bliver eksponeret for kontradiktoriske styringsteknikker, som udtrykkes ved både at give borgeren en følelse af medbestemmelse, ”*læge og patient bør i samarbejde udarbejde en langsigtet plan...*” og herigennem ansvarliggørelse af borgeren, men samtidig forme borgeren gennem fastholdelse og opfølgning. Grundtanken er at styrke den enkeltes autonomi, men samtidig resulterer dette i at individet bliver genstand for paternalistisk omsorg. Samfundsborgere der ikke hensigtsmæssigt formår at administrere deres autonomi, ved ikke at lade sig styre eller ved ikke at være modtagelige overfor sundhedsinformation, udsættes for mere umiddelbar styring ”... *og, når målet er nået, hvordan vægttabet fastholdes, samt hvordan opfølgningen fra praksisside skal være*”.

Ifølge rapporten "Opsporing og behandling af overvægt hos voksne" er der "... livslang risiko for tilbagefald" efter det er lykkedes en person at opnå vægttab. Det anses derfor for nødvendigt at have en vedvarende kontakt til praksis, herunder egen læge, for netop at mindske denne risiko, hvilket understøttes af følgende citat;

"Det kan anbefales, at patienten tilbydes en form for livslang kontakt med praksis, måske blot telefonisk kontakt hvert halve år. Ved tegn på tilbagefald kan en telefonisk kontakt resultere i ny konsultation, så der er mulighed for hurtig intervention."

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.43

Denne tilgang til fastholdelse og opfølgning af borgeren kan siges at have paternalistiske træk, hvor den sundhedsprofessionelle delvist søger at begrænse borgeren i at udføre handlinger der kan have indflydelse på at øge borgerens vægt, ved insisterende opfølgning og regelmæssig konsultation. Den paternalistiske diskurs kommer yderligere til udtryk i den lingvistiske fremstilling af borgeren, som fremstilles ved ordvalg som "patient", hvilket fastholder borgeren i en patientrolle der eksempelvis har brug for en form for behandling. Borgeren fastholdes i den rolle ved at blive tilbudt livslang kontakt med praksis, hvilket kan resultere i at borgeren ser sig selv som en patient der skal overvåges hele livet igennem. Ved italesættelsen af borgere som patienter, opstår en lingvistisk magtrelation, hvor italesættelsen af borgere som værende patienter kan bidrage til en sygeliggørelse af den enkelte borger med overvægt, herunder svær overvægt og samtidig have indflydelse på hvordan den enkelte opfatter sig selv. Da borgeren med overvægt kaldes for patient, undertrykkes muligheden for at borgeren kan føle sig fri for sygdom, hvilket yderligere kan bidrage til stigmatisering af personer med svær overvægt. Hermed kan ordvalg have en indflydelse på hvilken opfattelse der tillægges samfundsborgere, men også hvordan borgerne opfatter sig selv, da italesættelsen af personer med overvægt, herunder svær overvægt, medfører konsekvenser for måden hvorpå der handles. Dette er med til at stedfæste den pågældende diskurs.

6.5 Biopsykosocial diskurs

Dette tema omhandler at flere dokumenter fremhæver en mere biopsykosocialt orienteret diskurs, hvor den svære overvægt ikke udelukkende fremstår som en konsekvens forbundet med det enkelte individs adfærd eller livsstil, men derimod tilsvarende ved de psykosociale, sociokulturelle, samt strukturelle forhold inden for samfundet. Derudover anvendes den biopsykosociale diskurs til at

fremhæve kompleksiteten forbundet med den svære overvægt, samt førnævnte strukturelle samfundsforhold. Om end denne biopsykosociale diskurs fremkommer ved flere dokumenter, er det ofte enten med en overfladisk tone eller uden substantielt indhold overfor andre, modstridende diskurser inden for samme dokument, blandt andet den dominerende biomedicinske diskurs, som er fremtrædende ved alle dokumenterne fra tekstkorpus. Den biopsykosociale diskurs anvendes ved flere tilfælde til at fremhæve en kompleksitet forbundet med den svære overvægt, som ofte undlades ved den biomedicinske diskurs. Dette kan blandt andet findes ved den nationale sundhedsprofil, samt ved den kliniske vejledning til almen praksis, hvor det fremhæves at:

”Årsagen til udvikling af overvægt og svær overvægt er kompleks og omfatter både individuelle og samfundsmæssige faktorer. Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, hvilket kan forklares med både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer.”

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil (9), S.92

”Udvikling af overvægt er imidlertid en konsekvens af et kompliceret samspil mellem livsstil, genetiske forhold og de sociale og kulturelle forhold, vi lever under.”

Opsporing og behandling af overvægt hos voksne (61), S.14

Ovenstående citater beskriver, hvordan den svære overvægt er en kompleks problematik, som omfatter individuelle, sociokulturelle, samt psykiske forhold. Om end den biopsykosociale diskurs er fremtrædende ved citaterne, eftersom henholdsvis sociokulturelle, samt genetiske forhold fremhæves foruden individets adfærd, kan der imidlertid fortsat findes en tilsvarende biomedicinsk, samt individorienteret diskurs. Dette tydeliggøres ved det første citat, *”en manglende evne til at regulere energibalancen”*, hvilket implicit kan henvise til individets ansvar med hensyn til at udvise en bestemt adfærd. Tilsvarende kan implicit findes ved det andet citat, men imidlertid mindre fremtrædende, eftersom den individorienterede diskurs kun fremkommer ved ordet, livsstil. Foruden førnævnte diskurser, kan der findes en mere populationsorienteret undertone, eller perspektiv, ved den biopsykosociale diskurs, eftersom det ikke udelukkende omhandler adfærden eller livsstilen hos det enkelte individ, men derimod mere det komplicerede samspil, som kan findes hos samfundets sociokulturelle, samt strukturelle forhold. Denne populationsorienterede undertone ved den biopsykosociale diskurs er mere fremtrædende ved citatet:

”Du har formentlig arvet en vis tilbøjelighed til at tage på fra dine forældre. Samtidig lever du i et samfund, der giver mange muligheder for at spise og drikke for meget, og stiller få krav om at bruge energien til fysisk arbejde, transport og fritid.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.1

Ved citatet fremhæves flere forhold, derunder den genetiske samt den sociale arv eller levevis fra individets forældre, samfundets strukturelle forhold, hvor det ofte er nemt at købe eller konsumere mad- eller drikkevarer, samt mindre krav med hensyn til at være fysisk aktiv. Den førnævnte populationsorienterede undertone fremkommer ved, indirekte at fremhæve samfundets strukturelle forhold, som fundamentalt er ens for hele populationen, hvormed den individorienterede diskurs tilsidesættes. Der bør imidlertid tilsvarende fremhæves, at mens den biopsykosociale diskurs kan findes mere eksplicit ved dokumenterne, er den populationsorienterede undertone mere implicit, hvilket kan medvirke til at reflektere, hvordan eventuelle strukturelle forhold inden for samfundet ofte ikke fremhæves, eller som minimum kun overfladisk, uden konkrete konsekvenser for eventuelle modstridende diskurser ved dokumenterne.

6.6 Evidens

Dette tema tager afsæt i evidens, eftersom flere af de inkluderede dokumenter fremhæver et evidensgrundlag for hvordan svær overvægt, kan forebygges og angiver retningslinjer herefter. Imidlertid forekommer der ikke enighed om effekten af forebyggelsen af overvægt og herunder svær overvægt, hvilket fremhæver et paradoks i hvad der anbefales og hvad der findes videnskabeligt grundlag for. Eksempelvis kan der tages udgangspunkt i sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om overvægt sammenlignet med rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse ”Skal overvægtige voksne tabe sig?”

”Anbefalingerne i denne forebyggelsespakke fokuserer på indsatser, som har til hensigt at forebygge udviklingen af overvægt, herunder svær overvægt. Da mad, drikke og fysisk aktivitet er afgørende i forebyggelsen af overvægt, kan anbefalingerne i forebyggelsespakken om overvægt ikke stå alene...”

Forebyggelsespakken – overvægt (3), S. 19

Ovenstående citat fra sundhedsstyrelsen fremhæver entydigt en anbefaling af at forebygge overvægt og svær overvægt, hvilket skal tage udgangspunkt i individets mad- og drikkevaner samt fysisk

aktivitet. Hertil fremhæver Sundhedsstyrelsen at anbefalingerne bygger på systematiske litteratursøgning, MTV-rapporter og yderligere ekspertvurderinger, samt NICE Public Health Guidances. Dette indikerer at Sundhedsstyrelsen trækker på bestemte videnskabelige studier og rapporter for at underbygge argumentet om at svær overvægt skal forebygges ved ændringer i livsstilsfaktorer, hvilket fremhæver en bestemt diskursiv fremstilling af evidensen bag forebyggelse af svær overvægt. Imidlertid anskues en diskrepans mellem ovenstående og indholdet i rapporten fra Vidensråd for Forebyggelse, hvor der i rapporten argumenteres for at det kan være skadeligt for individet at tabe sig. Dette underbygges af følgende citat:

”Nyere forskning giver ikke et entydigt svar, og noget tyder endda på, at det kan være direkte skadeligt for helbredet for nogle overvægtige at tabe sig.”

Skal overvægtige voksne tabe sig? (60), S.4

Dette viser modsigende forhold, hvor der på den ene side anbefales vægttab og forebyggelse mod svær overvægt på baggrund af videnskabelig litteratur, mens det i andet forskningslitteratur findes direkte helbredsskadeligt, hvilket imidlertid ikke ændrer på at der fortsat kan være risikoelementer ved svær overvægt. Det kan udledes at italesættelsen af forebyggelsen af svær overvægt afhænger af hvilken forskningslitteratur der fremhæves, hvilket har indflydelse på hvilken diskurs der sættes. Om end der findes videnskabeligt grundlag for at vægttab kan være skadeligt, anbefales det entydigt at forebygge svær overvægt gennem kost og fysisk aktivitet, hvilket kan siges at dette perspektiv har opnået hegemoni, eftersom Sundhedsstyrelsens retningslinjer for forebyggelse af overvægt og svær overvægt sætter rammerne for kommunernes forebyggelsesindsats.

Modsigende forhold eller paradoks mellem det der anbefales og hvad der findes videnskabelig litteratur på, forekommer ikke kun mellem de inkluderede dokumenter, men også i selve de enkelte dokumenter, hvilket kan underbygges med følgende eksempel på to citater fra samme rapport:

”Jo større kroppens fedtmasse er, jo højere er dødeligheden, mens den fedtfrie masse har modsatrettet sammenhæng med dødeligheden”

”Der er ikke for nærværende grundlag for at opfordre den overvægtige del af befolkningen uden overvægtsrelaterede erkendte helbredsproblemer til et vægttab i håb om at nedsætte dødeligheden”

Skal overvægtige voksne tabe sig? (60), S.6 og S.9

7.0 Diskussion

Ved dette afsnit diskuteres fundene tilhørende den tematiske diskursanalyse, resultaterne fra litteraturstudiet, samt den kritiske diskursteori mod hinanden. Først fremhæves den kritiske diskursteori ved at diskutere, hvordan henholdsvis intertekstualiteten, samt den dertilhørende interdiskursivitet fremkommer, samt hvilken indflydelse disse kan have for den danske sundhedspolitik. Derefter diskuteres Sundhedsstyrelsens rolle med hensyn til at definere henholdsvis sundhedsfremme og forebyggelse. Afsluttende diskuteres den biomedicinske diskurs med hensyn til samfundsforhold mod livsstilstanden, hvorefter den individorienterede diskurs diskuteres med hensyn til en liberalistisk tanke med en mere socialistisk tanke.

7.1 Intertekstualitet

Der er ved den tematiske diskursanalyse blev fundet en række diskurser på tværs af dokumenterne fra tekstkorpus. Både førnævnte diskurser, men derudover dokumenterne selv, er imidlertid ikke adskilte hændelser, men er derimod forbundet ved processerne omhandlende henholdsvis intertekstualitet, samt interdiskursivitet. Intertekstualiteten omhandler, hvordan de respektive dokumenter trækker tråde til allerede eksisterende tekster, hvor den mest markante form for dette, kan findes ved referencer, hvorved dokumentet direkte henviser til andre tekster (51). Førnævnte intertekstualitet kan findes ved specialet, hvor fire ud af fem dokumenter tilhørende tekstkorpus løbende har referencer til hinanden, hvor kun rapporten fra Vidensrådet for Forebyggelse (60) ikke fremkommer som en reference.

At dokumenterne tilhørende tekstkorpus har en intertekstualitet kan reflektere flere forhold. Det første forhold omhandler, at dokumenterne kan være essentielle for det udforskede sociale område, hvorfor de fremkommer oftere end andre dokumenter, mens det andet forhold omhandler, at dokumenterne kan have en reproducerende funktion inden for førnævnte sociale område, hvorved der implicit ikke trækkes tråde til andre dokumenter, hvilket kan medvirke til at alternative diskurser udelukkes.

Det første forhold fremstår umiddelbart ikke problematisk, eftersom dette kan medvirke til at fremhæve, at dokumenterne har en relevans inden for det aktuelle sociale domæne, mens det modsatte kan være tilfældet med hensyn til det andet forhold, eftersom førnævnte dokumenter, foruden rapporten fra Vidensrådet for Forebyggelse, er publiceret enten hos eller ved samvirke med Sundhedsstyrelsen. Det kan herved diskuteres ved det andet forhold, hvorvidt førnævnte

intertekstualitet er medvirkende til at producere alternative diskurser, eller om denne udelukkende er reproducerende for eksisterende diskurser, eftersom dokumenterne er produceret ved den samme forfatter, eller nærmere bestemt institution. Denne potentielle reproducerende intertekstualitet kan være henholdsvis fremmende eller inhiberende med hensyn til, at reducere den sociale ulighed inden for svær overvægt. Svær overvægt er en vedvarende tilstand, som ikke umiddelbart fremkommer spontant eller har dertilhørende akutte konsekvenser for individets sundhed, hvorfor eventuelle interventioner for at overkomme denne vil kræve en tilsvarende vedvarende indsats.

Hertil kan en mere reproducerende intertekstualitet være fremmende, eftersom førnævnte interventioner, eller nærmere deres diskursive indhold, kan forblive mere vedholdende, hvilket kan medvirke til at reducere problemet med tiden. Tilsvarende kan den reproducerende intertekstualitet være inhiberende, eftersom denne forudsætter, at førnævnte aktuelle interventioner, samt dertilhørende diskurser er passende med hensyn til at overkomme problemet, eftersom dette ellers kan medvirke til at fastholde problemet.

En anden form for intertekstualitet, som er fremtrædende ved dokumenterne er forbundet med diskursen omhandlende evidens. Omend denne fremhæves som værende en diskurs ved specialet, har den flere fællestræk med intertekstualiteten eftersom evidensen, som denne fremhæves ved dokumenterne, omhandler hvordan bestemte former for dokumenter anvendes som referencer, fremfor andre. Den overordnede diskurs vedrørende evidens, som kan findes henholdsvis hos samfundet, samt sundhedspolitikken, stammer fra det medicinske område (42,69), en forbindelse som tilsvarende kan findes ved specialets dokumenter, hvor evidensdiskursen er tæt forbundet med den biomedicinske diskurs.

Den evidensbaserede diskurs som fremkommer ved dokumenterne, omhandler en evidensbaseret praksis, hvorved eventuelle interventioner eller indsatser skal have evidens for deres virke, førend disse implementeres (42). Førnævnte evidens er imidlertid overordnet funderet ved en mere kvantitativ forståelse for evidens, nærmere bestemt ved evidenshierarkiet, hvorved bestemte former for studier, derunder randomiserede kontrollerede studier eller systematiske reviews, foretrækkes fremfor andre (69). Evidens, som denne anvendes med hensyn til evidensbaseret praksis, dækker over den sikkerhed, der er forbundet med at den viden, som anvendes til praksis kan anskues som værende sandheden (70). Der kan dermed være konsekvenser forbundet med evidensdiskursen som en form for intertekstualitet, eftersom denne kan medføre at mere kvalitativ orienterede studier, som ikke

efterlever kravet om kvantitativ evidens, udelukkes omend disse potentielt kan indeholde relevant viden med hensyn til, hvordan den sociale ulighed inden for svær overvægt reduceres.

7.2 Interdiskursivitet

Der blev ved den tematiske diskursanalyse fundet en række diskurser, som vurderes til at være medvirkende til at konstituere, hvordan den sociale ulighed med hensyn til svær overvægt fremhæves inden for den danske sundhedspolitik. Førnævnte diskurser er imidlertid ikke separate, men derimod forbundet ved en proces, som Fairclough (52) fremhæver som interdiskursivitet, som omhandler hvordan diskurserne trækker tråde til hinanden, hvorved der kan findes flere fællestræk henover diskurserne.

Ved den tematiske diskursanalyse var henholdsvis den biomedicinske, samt den individorienterede diskurs mest fremtrædende blandt dokumenterne fra tekstkorpus. Disse diskurser er tæt forbundet med hinanden, eftersom de har flere fællestræk, derunder at den individorienterede diskurs omhandler, hvordan ansvaret for at ændre adfærden tildeles individet, mens den biomedicinske diskurs omhandler førnævnte adfærd bør ændres. Der fremkommer herved en form for interdiskursivitet, eftersom den individorienterede diskurs forudsætter en normativ samfundsforståelse med hensyn til, hvilken form for adfærd som forventes hos individet. Denne samfundsforståelse kan findes ved den biomedicinske diskurs, hvor førnævnte adfærd fremhæves som værende individets livsstil, hvorved bestemte adfærdsmønstre, derunder mad-, drikke-, samt aktivitetsvaner, fremstilles som værende mere ønskede end andre.

Tilsvarende blev der fundet en diskurs omhandlende normalitet, hvilket kan være fremkommet ved en interdiskursiv proces mellem henholdsvis den biomedicinske, samt den individorienterede diskurs, hvor elementer fra diskurserne er blevet anvendt efter nye metoder, som fremhævet hos Fairclough (52). Omend det omhandler de tæt sammenflettet diskurser vedrørende den biomedicinske diskurs og individorienteret diskurs, eller normalitetsdiskursen som en kombination ved førnævnte diskurser, medvirker dette til at fremhæve, hvordan der ofte ikke kan fremstilles klare adskillelser mellem diskurser. Tilsvarende er tilfældet ved specialet, eftersom disse er forbundet med en omfattende interdiskursivitet, hvorved førnævnte diskurser benytter, samt understøtter hinanden.

Det er imidlertid ikke alle diskurser, som er interdiskursivt forbundet, hvilket blandt andet er tilfældet for den biopsykosociale diskurs. Denne diskurs anvendes ved alle fem dokumenter, men er hverken fremtrædende, eftersom den ofte kun fremhæves kort, eller medvirkende til at konstruere indholdet ved dokumenterne, eftersom denne konsekvent tilsidesættes for den mere dominerende

biomedicinske diskurs. Dette findes tilsvarende hos Baker et. al. (40), som fremhæver hvordan potentielle alternativer til den biomedicinske diskurs, derunder en socio-strukturel eller biopsykosocial diskurs, ofte kun implementeres delvist. Dette medvirker til at vise, at skønt alternative diskurser til den fremherskende biomedicinske diskurs anvendes ved dokumenterne, er disse ikke medvirkende til at konstituere den mere fundamentale forståelse omhandlende den sociale ulighed inden for svær overvægt ved førnævnte dokumenter.

7.3 Sundhedsstyrelsens rolle

Som beskrevet ved afsnit 4.2 tilhørende metodeafsnittet, kan det fra en kritisk diskursteoretisk forståelse formodes, at diskursive praksisser, herunder dokumenterne fra specialets tekstkorpus, er medvirkende til at producere, samt reproducere dominansrelationer i samfundet. Ved dette afsnit diskuteres, hvilke dominansrelationer der skabes med udgangspunkt i den øverste danske sundhedsmyndigheds fremlæggelse af begreberne forebyggelse og sundhedsfremme og hermed hvilke dominerende diskurser der sættes med afsæt i dette.

I et samfund er der en bestemt dominerende magtstruktur, hvortil det kan diskuteres, hvor de inkluderede dokumenter er placeret i forhold til denne. Fire ud af de fem inkluderede dokumenter er udformet af Sundhedsstyrelsen og en enkelt er udformet af Vidensråd For Forebyggelse, hvortil der forløber en intertekstualitet til dokumenter udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Dette fremhæver, at dokumenterne alle har en relation til Sundhedsstyrelsen, som indflydelsesmæssigt ligger højt placeret i magtstrukturen, lige under det danske Sundhedsministerium (71). Det fremkommer herved, at Sundhedsstyrelsen ikke udelukkende arbejder på at indfri egne mål, men tilsvarende er undergivet, samt indordnet under politiske bestræbelser og ønskemål, som kan variere efter den aktuelle herskende politiske ideologi i samfundet. Dette kan således have indflydelse på og være styrende for, hvilke diskurser der fremstilles ved de inkluderede dokumenter. Et eksempel kunne tage afsæt i den kommunale medfinansiering som blev indført i 2007 med dét formål at pålægge kommunerne arbejdsopgaver med udgangspunkt i patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse (72), hvortil Sundhedsstyrelsen udarbejdede nye retningslinjer bestående af blandt andet forebyggelsespakkerne, herunder forebyggelsespakken om overvægt (73).

Hvordan Sundhedsstyrelsen vælger at bruge begreberne 'sundhedsfremme' og 'forebyggelse' og hvilken forståelse disse tillægges fremstår uklart. Med udgangspunkt i Vallgård's (74) analyse anses disse to begreber som forskellige selvom de i rapporter fra Sundhedsstyrelsen ofte er blevet brugt i flæng, hvilket kommer til udtryk i "*Forebyggelsespakke – overvægt*" (3), "*opsporing og behandling af overvægt hos voksne*" (61) og især i "*Den nationale sundhedsprofil 2017*" (9), hvor sundhedsfremme og forebyggelse tilnærmelsesvist bruges tilfældigt, samt at begrebet sundhedsfremme i dokumentet "*Små skridt til vægttab – der holder*" (59) er undladt.

Herved kan begrebet sundhedsfremme siges at være mindre fremtrædende i Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor begrebet forebyggelse omvendt bruges i stort omfang, hvilket er medvirkende til at fremstille en forebyggelsestilgang, hvor hovedfokus, ifølge Vallgård (74), er på *ekspertstyring* og negative elementer, såsom *sygdom og risiko*. Der kan argumenteres for at dette har banet vejen for en mere biomedicinsk diskurs, da der her netop tages udgangspunkt i individets risiko for sygdom, hvilket understøttes af specialets fremanalyserede tema "*biomedicinsk diskurs*". Yderligere kan der argumenteres for at forebyggelse til en vis grad har opnået hegemoni, da begrebet er en del af titlen på alle sundhedsstyrelsens 11 rapporter brugt af kommunerne som retningslinje for kommunale indsatser. Dette er medvirkende til at synliggøre den herskende biomedicinske diskurs som tager udgangspunkt i forebyggelse. Imidlertid er sundhedsfremme et forholdsvis nyt begreb som for alvor tog fat i relation til Ottawa Charteret i år 1986 (75) og senere brugt i dansk sammenhæng. Det forekommer at Sundhedsstyrelsen sommetider anerkender relevansen af begrebet sundhedsfremme, ved reducere af social ulighed i overvægt, herunder svær overvægt, hvilket indikerer en potentiel forandring i Sundhedsstyrelsens tilgang.

7.4 Samfundsforhold mod livsstil

Den biomedicinske diskurs, som var den mest fremtrædende ved dokumenterne, omhandler hvordan den individuelle livsstil, samt den dertilhørende adfærd, fremstilles som værende et medicinsk problem. Hertil fremkommer den svære overvægt som en uønsket tilstand, som bør tilstræbes at ændre, enten ved individuelle adfærdsmodifikationer eller ved at behandle denne medicinsk. Derudover er den biomedicinske diskurs tæt interdiskursivitet forbundet til henholdsvis den individorienterede diskurs, samt den dertilhørende normalitetsdiskurs, hvorfor disse tilsvarende vil blive diskuteret løbende.

Denne biomedicinske diskurs er funderet ved en tanke om livsstil, hvorved individets adfærd implicit fremstilles som en medicinsk problematik, hvortil der bør anvendes tilsvarende medicinske

redskaber, til at overkomme førnævnte problematik. Ved at Sundhedsstyrelsen fremstiller individets adfærd som en form for livsstil, fremkommer en implicit forståelse omhandlende, at individet har friheden til at udleve en bestemt livsstil fremfor andre, som derudover enten kan være sundhedsfremmende eller sundhedsskadende for individet, hvorved denne tilsvarende enten vil være belastende eller støttende for samfundet (76). At fremstille individets adfærd som en biomedicinsk forudbestemt livsstil kan diskuteres, eftersom dette kan medføre konsekvenser.

Den første potentielle konsekvens omhandler, hvordan Sundhedsstyrelsen medvirker til at fastsætte en normalitetsdiskurs, hvor individet bør tilstræbe at efterleve bestemte normer for normalitet ved tilsvarende at udleve en bestemt form for livsstil, som kan adskilles ved enten at være sundhedsfremmende eller sundhedsskadende for individet. Denne normalitetsdiskurs fremstiller med andre ord en normativ forståelse for individets adfærd, eller nærmere bestemt dennes førte livsstil, men førnævnte forståelse er reflekterende for den biomedicinske diskurs, hvor sundhed ofte fremstilles som fysisk funktionsevne, forventede levealder, samt forhindret død (76).

Førnævnte normalitetsdiskurs med dens biomedicinske forståelse for livsstil kan være krænkende, samt diskriminerende for individet, eftersom dens tilværelse kan risikere at blive reduceret til biomedicinske forhold, derunder en bestemt BMI-værdi, hvorved individet fremstilles som enten havende en uønsket tilstand eller adfærd forbundet med risiko, hvis denne ikke kan efterleve kravene ved den forudbestemte BMI-skala. Dette understøttes af studiet fra Greener et. al. (67) tilhørende litteraturstudiet, som fremhæver at samfundsborgeres skyldfølelse over den svære overvægt blandt andet er et resultat af den stigmatisering som denne udsættes for. Den normalitetsdiskurs som fremsættes hos Sundhedsstyrelsen er med andre ord tæt forbundet med en biomedicinsk forståelse for svær overvægt, hvilket kan være problematisk, eftersom individet kan have en alternativ forståelse, som måske ikke stemmer overens med førnævnte. Dette kan medføre, at individet ikke ønsker at efterleve eventuelle fremsatte råd med hensyn til at reducere vægten eller ændre adfærd, eller at individet udvikler depression, hvis denne ikke kan efterleve samfundets implicite krav vedrørende livsstil (31).

En anden potentiel konsekvens omhandler den biomedicinske forståelse for, at svær overvægt kan overkommes ved individuelle adfærdsmodifikationer, hvor det enkelte individ skal ændre sin livsstil fra en sundhedsskadende til en mere sundhedsfremmende adfærd, men dette kan problematiseres, eftersom denne forståelse forudsætter at individet faktisk har førnævnte frihed. Dette er en

problematik som blandt andet kan findes ved debatten tilhørende Mandag Morgen (77), hvor det fremhæves at førnævnte frihed ofte er illusorisk, eftersom individet ikke bevidst ønsker at føre en sundhedsskadelig livsstil, men at denne er udformet ved vanedannelse. Disse vaner er mere forbundet med at skabe en sammenholdende hverdag inden for et samfund, hvor der ofte ikke kræves fysisk aktivitet med hensyn til individets erhverv eller transport dertil, samt hvor diverse kalorietætte fødevarer kan skaffes overalt (11,77). Førnævnte frihed er tæt forbundet med tanken om det individuelle ansvar, som kan findes ved den individorienterede diskurs, hvorved individet implicit forventes at have friheden til, samt ansvaret for at leve den sunde livsstil. Dette understøttes hos Ulijaszek og McLennan (68) tilhørende litteraturstudiet, eftersom det fremhæves at individet har et moralsk ansvar for ikke at belaste samfundet.

Denne individuelle ansvarsforståelse kan imidlertid tilsvarende problematiseres, hvilket fremhæves hos Mandag Morgen (77), eftersom denne implicit fremstiller individer, som ikke kan efterleve førnævnte livsstil, til at være mindre værd for samfundet, hvilket kan medvirke til at fremme diskrimination over for individer med svær overvægt. Denne pointe understøttes ved studiet fra Townend (65) fra litteraturstudiet, hvor det fremvises at den individorienterede diskurs reducerer individets værdi til en markedsværdi, hvorved individet kan marginaliseres, eftersom denne kan anses for at være en økonomisk byrde for samfundet. Derudover kan dette medføre at individet bliver forskelsbehandlet grundet en forudindtagethed omhandlende blandt andet individets udseende eller vaner.

Om end den biomedicinske diskurs var fremtrædende ved dokumenterne, blev der tilsvarende fundet en alternativ diskurs, hvor en forståelse omhandlende individets levevilkår blev fremhævet fremfor forståelsen for den individuelle livsstil. Denne alternative diskurs blev fremstillet som en biopsykosocial diskurs, hvilket er funderet ved en bredere forståelse for individets sundhed, hvorved individets sundhed ikke anskues som udelukkende en fysisk tilstand eller funktionsevne, men derimod ved at sociale, psykiske, samt emotionelle forhold tilsvarende anerkendes som værende essentielle for dennes sundhed (25). Det bør imidlertid fremhæves at den biopsykosociale diskurs, samt den dertilhørende forståelse for sundhed, ikke er et direkte modstykke til den biomedicinske diskurs, men nærmere en videreførelse, hvorfor denne kan have tilsvarende potentielle konsekvenser, som fremhævet ved den biomedicinske diskurs.

En konsekvens, som fortsat kan fremkomme ved den biopsykosociale diskurs omhandler, hvordan at den individuelle ansvarsforståelse kan forblive, eftersom denne kun overfladisk fremhæver samfundets strukturelle forhold som værende relevante med hensyn til at forebygge svær overvægt. Det kan dermed problematiseres, hvorvidt den biopsykosociale diskurs kan medvirke til at reducere diskriminationen forbundet med svær overvægt, eftersom ansvaret fortsat findes hos det enkelte individ. Den biopsykosociale diskurs kan potentielt medføre, at der udføres mere patientorienterede interventioner, som ikke udelukkende er funderet ved den biomedicinske forståelse for individuelle adfærdsmodifikationer, men derimod ved en mere holistisk patientforståelse. Hertil bliver individets fysiske, psykiske, sociale og emotionelle reaktioner tilsvarende behandlet hos den sundhedsprofessionelle inden for den bredere samfundskulturelle kontekst (25).

Om end den biopsykosociale diskurs er en videreførelse med hensyn til den biomedicinske forståelse, kan disse have de potentielt samme konsekvenser. Dette kan skyldes at den biomedicinske diskurs er tæt interdiskursivt forbundet med henholdsvis den individorienterede diskurs, samt normalitetsdiskursen. Dette kan medføre at livsstilstanden forbliver fremherskende med hensyn til at fastholde den individuelle ansvarsforståelse, samt dertilhørende frihedstanke, hvormed det underforstået er individets førte livsstil, som er skylden til den svære overvægt. Det kan dermed diskuteres, hvorvidt den biopsykosociale diskurs reelt kan medvirke til at minimere henholdsvis den individuelle, samt samfundsmæssige byrde forbundet med svær overvægt, eller om dette vil kræve en mere strukturelt orienteret diskurs.

En alternativ diskurs til både den biomedicinske og biopsykosociale diskurs kan findes ved debatten hos Mandag Morgen (77), som fremsætter et strukturelt orienteret perspektiv, kaldet for civilisationsperspektivet. Dette perspektiv omhandler, hvordan forståelsen for det individuelle ansvar erstattes med en forståelse, hvor samfundet tildeles ansvaret, eftersom det er det moderne samfund, som med den omfattende produktion, samt dertilhørende distribution af mad- og drikkevarer, sammenholdt med den systematiske formindskelse af fysisk krævende erhverv, der skaber problemerne for folkesundheden, derunder svær overvægt (77). Det fremhæves ved debatten, at civilisationsperspektivet ikke tilstræber at fremstille en forbudsstat, hvor individets adfærd styres fra statens side, men derimod en civilisation, hvor individets sundhedsadfærd ikke skyldes samfundets implicitte normer eller sociale pres, men derimod ved individets reelle frihed til at leve en sund livsstil (77). Denne kritik ved den individuelle ansvarsforståelse forbundet med livsstilstanden omhandler

ikke, at denne bør afskrives eller at individet ikke fortsat har et ansvar, men tilstræber derimod at eliminere eventuelle ideologiske forståelser vedrørende, hvilken sundhedsadfærd individet faktisk kan forventes at udøve. Hermed bør officielle sundhedspolitiske diskurser tilstræbe at være funderet på realiteter, fremfor ideologiske konstruktioner om livsstile (77).

7.5 Liberalisme mod socialisme

Som tidligere fremanalyseret er der fundet en dominerende individorienteret sundhedsdiskurs ved dokumenterne fra tekstkorpus, hvor ansvaret for forebyggelsen af svær overvægt helt eller delvist placeres hos individet. Fundamentet for Sundhedsstyrelsens tilgang til en sund livsstil, herunder forebyggelse af svær overvægt, fremkommer blandt andet ved dokumentet "*Små skridt til vægttab - der holder*" (59), hvor det skrives at: "*Det er dig der er eksperten her*". Med dette citat formodes det, at individet eksempelvis er ekspert inden for, hvordan kost og fysisk aktivitet påvirker kroppens funktion og hvordan vedkommende kan modvirke en eventuelt sundhedsskadende livsstil, samtidig med at individet skal træffe det sunde valg ved indkøb af dagligvarer og ikke lade sig friste af eksempelvis slik som ofte placeres ved kassen, hvilket kan være fristende, mens der ventes på ekspedition. Derudover forventes det at individet er modtageligt overfor sundhedsinformation, samt kan anvende denne til at føre en sundere livsstil, hvilket er en pointe som tilsvarende kan findes hos Uliaszek og McLennan (68) fra litteraturstudiet, som fremhæver at individet forventes at kunne fortolke enhver information denne tildeles omhandlende sundhed.

Med afsæt i Michael H. Jacobsen (78), kan ovenstående betragtes som et resultat af et individualiseret samfund, hvor individets selvoptagethed bliver mere fremtrædende og hvor enhver er sin egen lykkes smed, hvilket kan bevirke, at de svageste i samfundet efterlades til sig selv. Ansvar som tillægges individet kan imidlertid resultere i en opfattelse af frigørelse, eftersom enkelte individer herved kan føle sig mere uafhængige og selvstyrende, mens det for andre kan være hæmmende og vække en følelse af utilstrækkelighed eller usikkerhed når det rigtige valg skal træffes (78). Det kan med andre ord siges, at sejrherren i samfundet er den der formår at tilpasse sig omgivelserne og de stillede krav, hvorimod de individer der ikke formår at erhverve en bestemt livsstil, og ikke magter at efterleve den forventede livsførelse, vil lide nederlag (78).

Ovenstående udgangspunkt indikerer, at der er en fremherskende liberalistisk sundhedssyn, hvilket kan relateres til specialets inkluderede dokumenter, som i høj grad har været under indflydelse af Sundhedsstyrelsen. Individets autonomi, samt mulighed for selvforvaltning fremkommer som kernen

ved den liberale forebyggelsesetik, hvor tanken om at den enkelte kan træffe logiske og velforbalanceret valg prioriteres (32). Dette understøttes hos Uliaszek og McLennan (68) fra litteraturstudiet, som fremhæver at førnævnte forebyggelsesetik er funderet ved tanken om at den individuelle, ansvarsorienterede konsument vil kunne løse folkesundhedsproblemer, ved rationelt at styre det frie marked væk fra svær overvægt.

Der fremtræder etiske synspunkter i de inkluderede dokumenter, hvor individets mulighed for at træffe egne valg er i fokus og hvor individets ansvar for egen sundhed centraliseres, hvilket bygger på liberalistiske tankemønstre og er medvirkende til at sætte en bestemt sundhedsskues. Dette understøttes af international litteratur som er identificeret gennem den systematiske litteratursøgning, hvortil studiet af Townend (65) fremhæver at den liberalistiske diskurs inden for svær overvægt er medvirkende til at moralisere personer med svær overvægt og yderligere stigmatisere individer, der ikke formår at tilpasse sig de liberalistiske sundhedsværdier. Studiet konkluderer at den dominerende liberalistiske diskurs, som baner vejen for en moraliserende diskurs, bidrager til at konventionelle interventioner mod svær overvægt, med stor sandsynlighed ikke vil være succesfulde (65). Dette kan til dels være forklaringen på den stigende prævalens af svært overvægtige borgere i Danmark, som fremanalyseret i problemanalysen, jævnfør afsnit 2.1.

Med udgangspunkt i ovenstående kan det anskues at den liberalistiske tilgang til sundhed, samt forebyggelse af svær overvægt konstituerer et samfund, hvor mulighederne ikke er lige for alle borgere, hvilket i sig selv strider imod den liberalistiske grundtanke om, at alle mennesker er født lige og har lige mulighed for livsudfoldelse. I stedet kan de liberalistiske principper være medvirkende til at styrke ulige magtforhold og dermed fremhæve skæve muligheder for samfundsborgerne.

Det kan anskues, at de inkluderede dokumenter som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og Vidensråd for Forebyggelse, trækker på en liberalistisk diskurs, som i nogle tilfælde kan være hæmmende for borgeren, men hvilke mulige alternativer findes og vil en anden tilgang i så fald være mere optimal? Et muligt alternativ til den liberalistiskorienteret tilgang kunne have mere socialistiske træk. Socialismen bygger på fællesskab mellem mennesker, hvor individet anses som værende afhængig af dette (32). Inden for socialismen er hovedidealerne styrkelse af lighed og solidaritet over for ens medmennesker. I modsætning til de liberalistiske principper, hvor statens opgave med hensyn til opnåelse af lighed inden for sundhed, er at informere og udforme konkrete retningslinjer som borgerne kan følge, vil der med et socialistisk perspektiv tilstræbes resultatlighed, således at borgerne ikke blot har muligheden for at opnå lighed i sundhed, men rent faktisk opnår dette (32). Socialismen

tager endvidere udgangspunkt i medansvar og at staten er moralsk bundet og forpligtet til at fremme borgernes sundhed, hvortil forebyggelse af eksempelvis svær overvægt ligeledes kan være ændring af borgernes sociale omgivelser, herunder arbejdsvilkår og sociale relationer (32).

Reguleringen af borgernes sociale omgivelser kan siges at have paternalistiske træk, hvor staten eksempelvis ønsker at begrænse eller ændre borgeres sociale relationer og hermed også deres frihed med det formål, at være til gavn for borgerne uden at inddrage dem i beslutningerne (44). Med andre ord gribes der ind over for borgere der ikke selv kan handle fornuftigt, hvilket nødvendigvis går på kompromis med individets handlefrihed. Der kan her argumenteres for at denne tilgang kan være etisk uforsvarlig, idet individets autonomi og valgfrihed sættes ud af kraft og beslutningerne træffes i modstrid til borgerens ønske. Om end dette kan være tilfældet, bør det overvejes om berøvelse af borgerens frihed kan forsvares, når resultatet kan have indflydelse på folkesundheden, hvor en stigende grad af forbud kan resultere i større folkesundhedsudbytte. Ovenstående giver anledning til overvejelse af det etiske dilemma der opstår i forbindelse med forebyggende og eller sundhedsfremmende indsatser og individets autonomi. Opvejer de sundheds- samt samfundsmæssige gevinster op for kompromittering af individets handlefrihed eller vægtes individets autonomi og selvbestemmelse højere end de potentielle gevinster? Valget træffes på baggrund af den ideologiske overbevisning som er herskende i samfundet.

8.0 Forandring

Ved følgende afsnit fremhæves en række forslag, som kan medvirke til at ændre de nuværende sundhedspolitiske diskurser, som kan findes med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt, for dermed at reducere denne fremadrettet. Disse forslag vil være mere teoretisk orienterede fremfor til praktisk anvendelse, eftersom disse ikke ansues som værende komplet udviklede interventioner eller strategier, men derimod forslag til områder, hvorved der kan findes potentiale til at forandre eller forbedre den nuværende praksis. De fremhævede forslag vil være funderet ved henholdsvis John W. Kingdon's teori omhandlende multiple-strømme inden for politik, resultaterne fra litteraturstudiet, resultaterne fra den tematiske diskursanalyse, samt suppleret med relevant litteratur fra problemanalysen.

8.1 Multiple-strømme

Førend eventuelle sundhedspolitiske diskurser kan ændres inden for det politiske felt, kræves en forståelse for den kompleksitet, samt dynamik, som er forbundet med at fastsætte den nationale politiske agenda. Til dette formål anvendes Kingdon's (79) multiple-strømme teori, som overordnet omhandler hvordan henholdsvis problem-, policy-, samt politics-strømmen finder sammen, for dermed at skabe opportunistiske policy-vinduer, som kan medvirke til at ændre den eksisterende agenda. Mens henholdsvis policy- samt politics-strømmen vil blive fremhævet kort, vil problem-strømmen blive udfoldet mere, eftersom denne er tættere tilknyttet specialets formål, samt den diskursteoretiske metode.

Problem-strømmen

Den første strøm omhandler, hvorfor ikke alle problematikker inden for samfundet tildeles den samme opmærksomhed fra politikerne, hvor enkelte problemer tildeles mere opmærksomhed, mens andre tildeles mindre (79). Hertil fremhæves det, at der differentieres mellem tilstande og problemer. Tilstande findes overalt inden for samfundet, fra sommer til vinter, forkølelse til kræft, økonomisk velstand til nød. Tilstande er forhold eller situationer som blot findes, men disse bliver omdannet til problemer, hvis det vurderes at disse bør ændres (79). Problemer er dermed ikke bare eksistensen af førnævnte tilstande eller situationer, eftersom disse tilsvarende indeholder perceptuelle, fortolkende elementer (79).

Tilstande bliver ofte definerede som problemer ved at benytte værdier, komparativer eller perspektiver. Hvordan eventuelle problemer defineres kan have store politiske konsekvenser. Hvis

det forløber som en bestemt politiker ønsker, vil denne tilstræbe at overbevise andre om, at der ikke kan findes andre problemer derude, hvorimod det modsatte er tilfældet for den politiker, hvor det ikke forløber som denne ønsker (79).

En persons eventuelle værdier kan have en stor rolle med hensyn til, hvordan et problem observeres, samt dertil defineres, eftersom der kan forekomme en diskrepans mellem den observerede tilstand og personens værdi-orienterede forståelse for den ideelle tilstand (79). Dette kan blandt andet eksemplificeres med en socialistisk, modsat en liberalistisk tanke, med hensyn til den sociale ulighed inden for sundhed. En socialistisk tanke vil ofte definere sundhed som en menneskeret, hvorved førnævnte ulighed ville være et problem, mens den liberalistiske tanke ofte vil omhandle sundhed som en vare eller service, hvorved den sociale ulighed ville blive anskuet som en tilstand, frem for et problem.

Tilstande defineres tilsvarende som problemer ved at anvende komparativer, hvorved en bestemt tilstand sammenholdes med andre tilstande (79). Tilstande inden for sundhedsområdet kan overordnet defineres som problematiske, hvis en person har en bedre sundhed end en anden person, men at den samme sundhedsservice tilbydes (79), eller hvis flere personer er finansierende for førnævnte sundhedsservice, men kun én person har behov for denne service, eftersom denne lever en usund livsstil. Denne form for komparativer er ikke forbeholdt enkeltpersoner eller subpopulationer, men kan tilsvarende finde sted mellem institutioner, stater eller nationer, eftersom værdier som blandt andet national stolthed er tæt forbundet med det politiske felt (79).

Foruden værdier eller komparativer anvendes perspektiver tilsvarende til at strukturere, hvordan problemet fremhæves. Det fremhæves hos Kingdon (79), at eksisterende perspektiver, samt dertilhørende metoder til, at klassificere tilstande inden for førnævnte perspektiver, har en tendens til at forblive vedvarende. Hvis tilstandene inden for samfundet ændres eller nye problemer fremkommer, vil politikerne indledende tilstræbe at vedholde de eksisterende perspektiver, eftersom eventuelle alternative perspektiver, kan opfattes som værende truende imod en bestemt politikers interesse (79). Nye perspektiver fremkommer, efterhånden som de eksisterende perspektiver ikke kan forblive passende for realiteten, hvormed eksisterende problemer kan omdefineres, nye problemer kan fremstå, samt alternative interventioner anvendes (79). Perspektivet bliver dermed bestemmende for, hvordan problemet fremstilles.

Policy-strømmen og politics-strømmen

Strømmende omhandlende henholdsvis policy og politics fremhæves udelukkende for at vise den kompleksitet, som er forbundet med at fastsætte den sundhedspolitiske diskurs, samt hvilke potentielle barrierer, som kan findes med hensyn til at udforme eller implementere de fremstillede forandringsforslag.

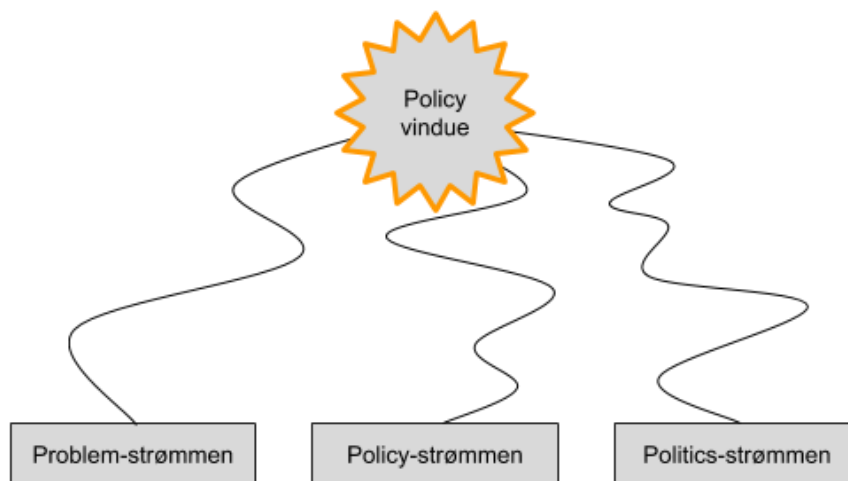
Policy-strømmen omhandler, hvordan bestemte politiske alternativer selekteres frem for andre, inden for den politiske ursuppe. Førnævnte suppe er en evolutionistisk metafor for, hvordan de politiske alternativer er uden faste former, hvorved koncepter, planer, samt tanker flyder frit rundt, hvor de til tider rammer hinanden, hvormed nye kombinationer kan fremkomme (79). Disse politiske alternativer omhandler med andre ord metoder eller interventioner, som udformes for at overkomme bestemte problemer, eksempelvis svær overvægt, som fremhæves ved problem-strømmen. Dette kan blandt andet fremstilles som to politiske alternativer omhandlende, hvorvidt en individorienteret eller populationsorienteret intervention bør anvendes med hensyn til at reducere den svære overvægt. Derudover fremhæver Kingdon (79), at eksisterende politiske alternativer som sammenføres ved nye kombinationer er essentielle, samt lettere for den politiske proces, end helt nye interventioner.

Politics-strømmen omhandler, hvordan politiske hændelser, som blandt andet en ny politisk administration, minister, eller lov kan medføre, at den aktuelle sundhedspolitik ændres, eftersom problemer med dertilhørende politiske alternativer har chancen for at blive fremhævet ved den sundhedspolitiske diskurs (79). Derudover fremhæver Kingdon (79), at der kan være enten hæmmende eller fremmende samfundsvilkår med hensyn til, at implementere bestemte former for initiativer. Dette kan blandt andet fremkomme ved, at mere konservative vilkår kan medvirke til, at det bliver svært at implementere initiativer, som er forholdsvis ressourcekrævende, hvorimod mere socialistiske vilkår kan medføre, at det bliver lettere at implementere populationsbaserede initiativer.

Policy-vinduer

Førnævnte strømme mødes til tider, hvilket kan medføre at policy-vinduet åbnes, hvorved en chance for at ændre den sundhedspolitiske diskurs fremkommer (79). Dette er fremvist ved figur 5, hvor strømmene mødes. Teorien om multiple-strømme er funderet ved en probabilistisk tanke, hvorved det ikke kan forudses, hvordan strømmene forløber eller hvornår bestemte problemer, politiske alternativer, eller politiske hændelser vil finde sted. Denne tanke kommer tilsvarende frem ved policy-

vinduet, som udelukkende omhandler, at den største chance for at ændre den sundhedspolitiske diskurs, underforstået ved at indføre nye problemer eller politiske alternativer, fremkommer ved at strømmene mødes, men at dette fortsat kun er en chance (79). Denne probabilistiske tanke medvirker til, at der ikke kan fremstilles en rettesnor for, hvordan den sundhedspolitiske diskurs konkret ændres ved at benytte strømmene, men derimod kun fremhæve, hvilke forhold som enten kan være fremmende eller hæmmende.



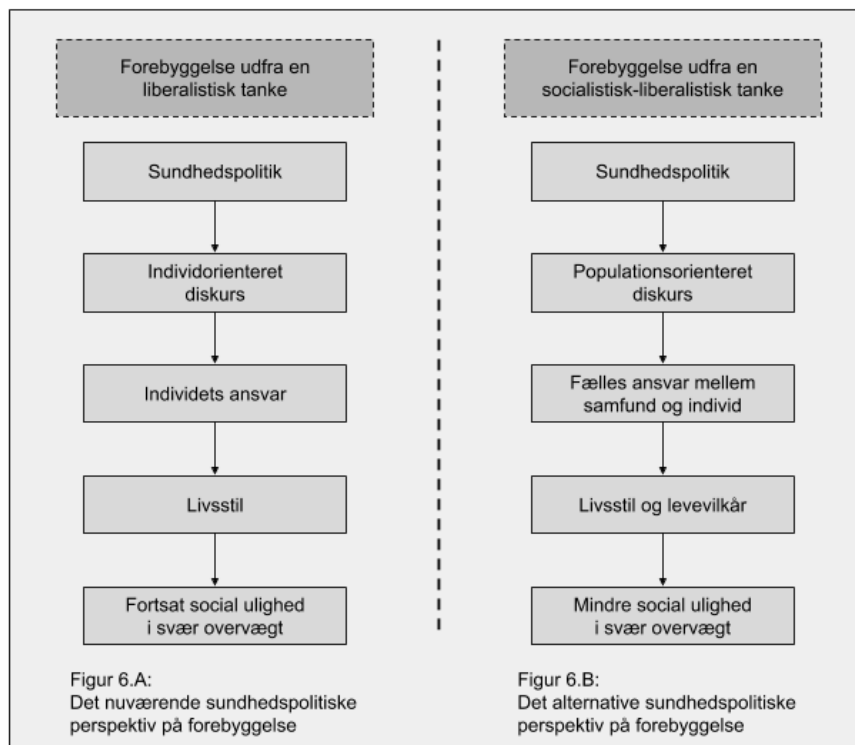
Figur 5: Grafisk repræsentation over forholdet mellem problem-strømmen, policy-strømmen, politics-strømmen, samt policy-vinduet.

Med hensyn til specialet vil problem-strømmen være fundamentet for forandringspotentialet, samt de dertilhørende forslag, eftersom denne strøm omhandler, hvordan tilstande bliver defineret som problemer ved at benytte bestemte perspektiver, hvilket har flere fællestræk med den diskursteoretiske forståelse.

8.2 Forandringspotentialiet

Gennem den tematiske diskursanalyse er der blevet fundet, hvilke diskursive forståelser med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt, som er konstituerende for den danske sundhedspolitik, hvorefter det blev diskuteret, hvilke potentielle konsekvenser disse kan medføre. Dette afsnit har til formål at fremhæve det aktuelle forandringspotentialt, som kan findes ved den nuværende sundhedspolitiske diskurs, samt dertil hvilke potentielle alternativer, som kan fremstilles for dermed at forandre førnævnte diskursive forståelser inden for den danske sundhedspolitik. Dette kan medvirke til at reducere den sociale ulighed inden for svær overvægt.

Ved henholdsvis den tematiske diskursanalyse, samt den dertilhørende diskussion, blev der fremhævet en overordnet liberalistisk diskurs, som tilsvarende er medvirkende til at danne det interdiskursive fundament for både den individorienterede og den biomedicinske diskurs, hvilke var de mest fremtrædende diskurser ved dokumenterne fra Sundhedsstyrelsen. Det essentielle ved forandringspotentialiet omhandler, hvordan førnævnte liberalistiske diskurs kan omstruktureres eller suppleres med en mere socialistisk orienteret diskurs, eftersom dette kan medvirke til at ændre den fundamentale forståelse for sundhed, samt dertilhørende forebyggelse, som henholdsvis den individorienteret, samt den biomedicinske diskurs er funderet ved. Hvis dette forandringspotentialie ændres, kan det medføre at den sociale ulighed inden for svær overvægt fremstilles anderledes, hvilket kan medvirke til at reducere denne. Den nuværende form for forebyggelse er funderet ved en liberalistisk, sundhedspolitisk tanke, hvilket er medvirkende til at fremstille en individorienteret diskurs, hvorved individet tildeles ansvaret for at føre den sunde livsstil, som dermed forventes at kunne forebygge svær overvægt i samfundet, se figur 6A. Denne liberalistiske forebyggelse har imidlertid en række utilsigtede konsekvenser, derunder at individet kan risikere at blive diskrimineret eller stigmatiseret for den svære overvægt.



Forandringspotentialet kan dermed findes ved at ændre førnævnte sundhedspolitik fra en liberalistisk tanke til en mere socialistisk-liberalistisk tanke, hvilket kan være medvirkende til at fremstille en populationsorienteret diskurs, hvortil ansvaret tilstræbes fordeles ens mellem samfundet og individet, se figur 6B. Derudover kan denne socialistisk-liberalistisk tanke medføre at både livsstil, samt levevilkår fremhæves som værende essentielle forhold med hensyn til at forebygge den svære overvægt.

8.3 Forandringsforslaget

Dette afsnit vil præsentere specialets fremstillede forslag, som kan medvirke til at ændre de nuværende sundhedspolitiske diskurser med hensyn til den sociale ulighed inden for svær overvægt, for dermed at reducere denne fremadrettet.

Liberalismen fremhæves hos Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (44), som den mest fremtrædende, samt dominerende politiske forståelse i vesten, hvortil den ved politiske og etiske debatter ofte bliver fundamentet, som andre anskuelser uundgåeligt må tage med i betragtningen. Ud fra dette, kan der trækkes tråde til specialets diskursanalyse, samt dertilhørende diskussion, hvor der findes en implicit liberalistisk sundhedsdiskurs, som tilsyneladende er vedvarende hos den danske sundhedspolitik, uanset skiftende regeringer eller samfundspolitikker. Dette stemmer overens med henholdsvis Kingdon (79) og Baker et. al. (40), som fremhæver at politiske perspektiver er svære at ændre, samt at den sundhedspolitiske diskurs blandt flere skandinaviske lande er robust overfor samfundspolitiske skift.

Forandringsforslaget har dermed til formål at forandre den eksisterende liberalistiske sundhedsdiskurs ved at omformulere denne til en mere socialistisk-liberalistisk diskurs, hvortil der tilstræbes at fremhæve en populationsorienteret diskurs med hensyn til forebyggelse af den svære overvægt.

Denne forandring omhandler med andre ord, at den sociale ulighed inden for svær overvægt skal omformuleres eller redefineres ved problem-strømmen fra en tilstand til et problem, hvorved denne ikke fortsat fremstilles som værende udelukkende individets problem og ansvar, men derimod et fælles problem, samt ansvar for både individet og samfundet. Forandringsforslaget omhandler derfor, hvordan den sociale ulighed inden for svær overvægt diskursivt fremstilles inden for problem-strømmen, hvorimod eventuelle metoder eller interventioner til at overkomme den svære overvægt vil finde sted under policy-strømmen, hvilket er udenfor specialets område. At den liberalistiske

sundhedspolitiske diskurs vedrørende svær overvægt bør omformuleres, findes tilsvarende hos Greener et. al. (67), som fremhæver at det er nødvendigt med en omformulering af den offentlige debat vedrørende svær overvægt, eftersom der er behov for mere bevidsthed blandt offentligheden om indflydelsen af sociale, politiske, samt miljømæssige faktorer, som har medvirket til udviklingen af svær overvægt.

En socialistisk-liberalistisk diskurs med fælles ansvar

Denne omformulering af den liberalistiske diskurs kan realiseres ved at anvende en mere socialistisk diskurs, hvor den individuelle ansvarsforståelse ændres, således den tilsvarende omhandler mere samfundsorienterede eller strukturelle forhold, hvorved ansvaret for at forebygge den svære overvægt tilstræbes fordelt ens mellem henholdsvis individet og samfundet. Dette kan blandt andet udføres ved at omformulere den individuelle ansvarsforståelse til at fremhæve henholdsvis samfundets levevilkår, samt individets livsstil, hvorved en mere socialistisk-liberalistisk diskurs fremkommer, hvilket fremvises ved forslaget nedenfor:

”Din succes med at opnå varigt vægttab afhænger først og fremmest af, hvorvidt det lykkes for dig at gennemføre de rigtige ændringer i dine vaner mht. mad, drikke og fysisk aktivitet – og holde fast i ændringerne.”

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.5

Forandringsforslag:

”Et varigt vægttab afhænger blandt andet af dine levevilkår i samfundet, samt hvorvidt du har muligheden for at gennemføre de rigtige ændringer i din livsstil mht. mad, drikke og fysisk aktivitet – og holde fast i ændringerne.”

Denne socialistisk-liberalistiske diskurs anvender elementer fra henholdsvis liberalismen, samt socialismen, hvor førstnævnte tilgang omhandler enkelte udsatte suppopulationer i samfundet, hvor målrettede interventioner anses for den bedste løsning, hvorimod den sidstnævnte tilgang omhandler en mere universel velfærdspolitik, hvor målet er hele befolkningen og deres levevilkår (40,80). Den socialistiske-liberalistiske diskurs er fundament for forslaget, eftersom Kingdon (79) fremhæver at alternative perspektiver, som ikke stemmer overens med eksisterende perspektiver, kan opfattes som værende truende hos politikere, hvorfor forslaget fortsat anvender en liberalistisk tanke. Dette

understøttes hos Baker et. al. (40), som finder at politiske alternativer omhandlende blandt andet socio-strukturelle forståelser for sundhed ofte filtreres, for dermed bedre at stemme overens med eksisterende politiske præferencer.

En populationsorienteret diskurs med livsstil og levevilkår

Tilsvarende kan den individorienterede diskurs omformuleres ved at fremstille en mere populationsorienteret diskurs, hvorved termen 'livsstil' omhandlende individets frihed til at vælge en bestemt livsstil, fortsat tilstræbes anvendt, men derudover fremhæves tilsvarende strukturelle forhold i samfundet ved at anvende termen 'levevilkår'. Dette kan medvirke til at Sundhedsstyrelsen ikke udelukkende fremstiller den sociale ulighed inden for svær overvægt som et individualistisk problem ved at benytte 'livsstil'. Dette kan blandt andet udføres ved at omformulere eventuelle tekster fra sundhedsmyndighederne, for dermed at fremhæve både samfundets levevilkår, samt individets livsstil, hvorved en mere populationsorienteret diskurs kan fremstilles, hvilket fremkommer ved forslaget nedenfor:

"Dit vægttab afhænger af summen af alle dine små og store valg om mad, drikke, bevægelse og andre aspekter i din livsstil."

Små skridt til vægttab – der holder (59), S.10

Forandringsforslag:

"Dit vægttab afhænger af dine levevilkår, herunder økonomiske ressourcer og sociale forhold, som kan være bestemmende for hvilken livsstil du kan føre, samt hvilke mad-, drikke-, og aktivitetsvane du har"

Ved at fremhæve både livsstil og levevilkår, anerkendes individets samfundsmæssige betingelser, hvor det antages at individet i høj grad påvirkes af omgivelserne (76). Ifølge Scocozza (76) kan termen 'livsstil' indikere et valg af en bestemt livsstil som individet er bevidst om, mens termen 'levevilkår' modsat kan indikere, at individet ubevidst er underkastet bestemte samfundsmæssige livsforhold, hvilket kan influere individets valg, som til en vis grad determineres af individets socioøkonomiske status. Det fremkommer at levevilkår kan knyttes til en mere fællesskabsorienteret diskurs, forbundet med strukturelle forståelser for sundhed. Den individuelle forståelse for livsstil anvendes fortsat ved forslaget, eftersom det ikke omhandler, hvorvidt individet har en sund eller

usund livsstil, men derimod om individet har levevilkårene til at føre den ene fremfor den anden, hvorved livsstilsforståelsen har sit eksistensrationale med hensyn til forebyggelse af svær overvægt.

At formidle forslaget med en etisk-politisk metode

Der findes flere metoder til at formidle viden eller forandringsforslag til politikere, men for at forbedre chancen for, at forandringsforslaget kommer på den sundhedspolitiske agenda, kan denne med fordel formidles med en etisk retorik. Forandringsforslaget kan overordnet tænkes udført med en politisk tilgangsvinkel, eftersom de inkluderede dokumenter, samt dertilhørende retningslinjer for forebyggelse udformes på det sundhedspolitiske niveau, herunder Sundhedsstyrelsen. Hertil kan der imidlertid forekomme en udfordring med hensyn til at formidle den sociale ulighed inden for svær overvægt som en problematik, som kan komme på den politiske agenda, hvor evidensbaseret viden ikke altid kan stå alene (81). Ifølge Carey og Crammond (81) kan der anvendes retorik, som oprindeligt refererer til brugen af en moralsk politisk diskurs med henblik på overtalelse, for herved at erhverve den normative position. Eftersom politisk beslutningstagning i stort omfang omhandler etik, moral, samt forskellige forståelser af virkeligheden, anses det som værende relevant at anvende etiske og moralske argumenter (81), hvorved den sociale ulighed i svær overvægt kan fremstilles ud fra et etisk perspektiv, fremfor et evidensbaseret.

Ved at anvende en etisk retorik fremfor evidens, fremstilles den sociale ulighed inden for svær overvægt som en etisk problematik, hvilket kan stemmes overens med eksisterende samfundsværdier i Danmark. Dette kan understøttes af Fairclough (52) som fremhæver, at diskurser ændres ved at trække på eksisterende diskurser på nye måder. Herved forsøges det at anskue den sociale ulighed i svær overvægt som et samfundsmæssigt problem og ikke som en individualistisk selvforskyldt tilstand, hvilket ifølge Kingdon (79) kan øge sandsynligheden for at den omtalte udfordring kan komme på den politiske dagsorden.

8.4 Diskussion af forandringsforslaget

Det fremsatte forandringsforslag er funderet ved en modificering af den fremanalyserede liberalistiske sundhedsdiskurs, hvortil denne suppleres med en mere socialistisk tilgang som kan resultere i en forandring af den eksisterende liberalistiske sundhedsdiskurs. Der tilstræbes hermed en populationsorienteret sundhedsdiskurs, som ikke udelukkende tildeler det enkelte individ ansvaret, men som kan medvirke til at dele ansvaret mellem individ og samfund. Der kan argumenteres for, at denne ansvarsfordeling kan resultere i paternalistiske tilstande, hvor individets handlefrihed

begrænses samtidig med at staten indvinder yderligere magt. Endnu et kritikpunkt kan, ifølge Vallgård, Diderichsen og Jørgensen (44), tage udgangspunkt i velfærdsopfattelsen, som der ikke nødvendigvis er enighed om blandt alle samfundsborgere. Sundhed og et langt liv værdsættes ikke nødvendigvis mere end andre goder, hvilket paternalismen ikke tager højde for (44).

Hermed kan det udledes at specialets forandringsforslag, ved tilføjelsen af eksempelvis termen 'levevilkår' som omhandler mere strukturelle forhold, vil overdrage en del af individets handlefrihed til staten, hvilket kan resultere i utilsigtede konsekvenser. De utilsigtede konsekvenser kan blandt andet forekomme som boomerang-effekten, hvilket kan medvirke til at individet ikke efterlever de tilsigtede indsatser som ved lov måtte indføres, men i stedet intentionelt modarbejder dette, hvorved den modsatte effekt vil forekomme (39). En anden utilsigtede konsekvens ved strukturel eller populationsorienteret forebyggelse kan ifølge Rose (35), at personer som har overvejende større behov for assistance til at forvalte deres sundhed overses, eftersom den populationsorienterede tilgang har til hensigt at ramme hele befolkningen, hvorved fordelene tilstræbes fordelt blandt en større population, hvilket kan medføre små eller ubetydelige fordele for det enkelte individ.

Ved forandringsforslaget advokeres endvidere et fælles ansvar mellem individ og samfund, hvilket har til formål delvist at eliminere den individuelle ansvarsforståelse, hvor det enkelte individ har ansvaret for problematikken vedrørende den sociale ulighed inden for svær overvægt, for herved ikke at overse eventuelle samfundsmæssige forhold, som kan medvirke til førnævnte problematik. Dette skaber imidlertid en mulighed for, at individet bevidst kan fralægge sig ansvaret.

Specialets forslag tilstræber at ligestille individets levevilkår med individets livsstil, hvor individets sociale og økonomiske forhold i tråd med dette fremhæves. Dette kan medvirke til at sætte en bestemt diskurs, hvor den individuelle ansvarsforståelse bortfalder, men samtidig giver det individet muligheden for at fralægge sig ansvaret, ved at individet 'stempler' sig selv til at tilhøre en bestemt social og økonomisk gruppe, hvilket kan legitimere individets adfærd eller livsstil.

Ved ligestilling af begreberne 'livsstil' og 'levevilkår' kan der tilsvarende fremkomme en utilsigtet konsekvens ved at staten, ligesom individet, fralægger sig ansvaret og opfordrer individet til selv at forvalte deres egen sundhed. Det kan hermed udledes at specialets forandringsforslag kan medføre, at ansvaret hverken kan tillægges individet eller staten. Imidlertid kan relevansen for den mere paternalistiske tilgang, som forandringsforslaget kan medføre, komme frem som en form for beskyttelse og omsorg af individer, der ikke formår at fremme deres egen sundhed (44).

9.0 Metodediskussion

I følgende afsnit diskuteres undersøgelsesmetoderne anvendt i specialet, som skal være med til at fremhæve specialets begrænsninger, samt usikkerheder i forbindelse med de fremanalyserede resultater. Hertil fremhæves og diskuteres hvilke teoretiske og metodiske valg der er foretaget og hvilke styrker, begrænsninger og konsekvenser dette har haft. De teoretiske og metodiske valg vil endvidere diskuteres med udgangspunkt i deres anvendelighed til at kunne besvare den opstillede problemformulering samt det inkluderede forskningsspørgsmål.

9.1 Videnskabsteori

Videnskabsteori beskæftiger sig med og omhandler, på hvilken måde der skabes viden gennem videnskab og hvilken form for viden, videnskaben kan bidrage med. Der findes flere forskellige videnskabsteoretiske retninger og adskillelsen af disse kommer til udtryk i den måde, den samfundsmæssige virkelighed opfattes på (49). I dette speciale er socialkonstruktivismen anvendt, som bygger på en relativistisk tilgang til verden, hvilket tilsvarende er én af kritikpunkterne ved denne. Som tidligere beskrevet afspejler de fremstillede konstruktioner ikke nødvendigvis verden som den er, men mere på baggrund af en historisk og kulturel forankring, samt ud fra et bestemt værdigrundlag, hvorfor forståelsen af det værende kan siges at være perspektivistisk. Hermed kunne der opnås en anden forståelse af verden, hvis der var blevet anvendt en anden videnskabsteoretisk position, eller med andre ord et andet perspektiv.

Denne grundlæggende tanke er den mest fremtrædende årsag til kritikken af socialkonstruktivismen, da kritikken går på at den socialkonstruktivistiske tilgang vurderes unyttig som videnskabelig tilgang, fordi det ikke kan afgøres hvad sandhed er, eftersom tilgangen er relativistisk (49). Et andet kritikpunkt af socialkonstruktivismen er *eksistensspørgsmålet*, eller sammenstødet mellem individet og dennes direkte iagttagelser. Kritikken omhandler, at hvis der ikke findes en verden forud for konstruktionen, eksisterer eksempelvis svær overvægtige personer så ikke, eller er disse udelukkende en social konstruktion fremstillet mellem individer? Og hvis denne tankegang er videnskabelig valid, kan døden tilsvarende anskues som en social konstruktion? (49). Dette kan relateres til specialets forslag til forandring af visse samfundsforhold, eftersom det ud fra en socialkonstruktivistisk tilgang er gruppens egen fortolkning og afspejling af virkeligheden, som blot er én blandt flere potentielle opfattelser. Det er, ifølge Jørgensen & Phillips (51), uladsiggjort at iagttage virkeligheden ud fra et objektivi syn. Denne forudsætning er relevant at tilgodese i vurderingen af specialets analyseresultater, da disse til en vis grad kan afspejle specialets forudgående forståelse.

9.2 Kvalitetsudvikling

Forskningsprojekter vurderes med udgangspunkt i deres kvalitet, som ofte betragtes ud fra begreberne validitet og reliabilitet. Disse kriterier anvendes ofte inden for det kvantitative forskningsfelt, og beskæftiger sig overordnet med dokumentation af det der observeres ud i verden og om det der undersøges, er i overensstemmelse med det der ønskes undersøgt og om det undersøgte kan efterprøves og reproduceres af andre (49).

Denne tilgang til kvalitetssikring udelukker imidlertid forskning der eksempelvis har til hensigt at undersøge oplevelser og meninger af et vist fænomen, den kvalitative tilgang. Hertil kan der tages udgangspunkt i en relativistisk kvalitativ tilgang som, ifølge Jørgensen og Phillips (51) ikke kompromitterer den videnskabelige standard, eftersom der kan foretages en vurdering af undersøgelsens gyldighed. Hertil er der bestemte kriterier, som medvirker til at tilvejebringe gyldige undersøgelser. På baggrund af dette lægges der afstand til begreberne validitet og reliabilitet og i stedet anvendes mere relevante kriterier med andre fortolkningsmuligheder (46). Hertil tages der udgangspunkt i Peter Dahler-Larsen's (82) transparenskriteriet, som omfatter en tydelig metodologisk fremgangsmåde og der i frembringelse af analysen er tilstrækkelig dokumentation og belæg til at andre læsere kan udføre deres egne vurderinger med baggrund i det læste.

En forudsætning for vurdering af en undersøgelses kvalitet er, ifølge Dahler-Larsen (82) transparenskriteriet. Endvidere er klar og stringent brug af analysestrategi samt teori medvirkende til at berettiggende fremanalyserede resultater, som viden der er produceret gennem videnskab. Imidlertid konstrueres en diskurs gennem analyse med afsæt i én eller flere teoretiske forståelser af det undersøgte felt, hvilket tilsvarende anden kvalitativ forskning afføder en udfordring, idet resultaterne ikke kan replikeres (51). Der kan imidlertid argumenteres for, at specialets inkluderede dokumenter følger en vis systematik gennem analysestrategien, idet den tematiske diskursanalyses seks faser følges nøje, men tilsvarende er de seks faser også udført med udgangspunkt i specialegruppens fortolkning af disse og andre forsker kan tolke disse anderledes.

9.3 Selektion af dokumenter til tekstkorpus

Specialets korpus, og hermed de inkluderede dokumenter, kan siges at være mangelfuld. Kriterierne for udvælgelse af specialets korpus kan siges at være meget overordnede, idet kriterierne lægger op til en subjektiv vurdering af, hvad der findes relevant. Eksempelvis har det ved udvælgelsen af dokumenter været en subjektiv vurdering af, hvad der anses som *uddybende beskrivelser af svær overvægt*... Endnu et nævneværdigt kritikpunkt i specialets udvælgelseskriterier kommer til udtryk i

det fjerde kriterium, hvor Lynggaards (55) alternative udvælgelsesstrategi bliver anvendt. Strategien tager udgangspunkt i at afsenderen af et dokument tildeles en essentiel autoritet indenfor problemfeltet, hvilket anses som værende problematisk, da der i mindre grad opstilles kriterier for hvorledes de inkluderede dokumenter selekteres samt kvalificeres som relevante. På baggrund af dette kan det udledes at de fem inkluderede dokumenter har vist sig at være mindre tilstrækkelige, da feltet ikke kan betragtes som afdækket med udgangspunkt i disse og 'mætningspunktet' er hermed ikke opnået. Der kan argumenteres for at dette har haft konsekvenser for analyseresultaterne, idet antagelsen om den individorienterede diskurs uden nærmere diskussion kunne bekræftes. Genereringen af specialets tekstkorpus kunne i stedet for have taget udgangspunkt i 'sneboldsmetoden', som tager afsæt i at identificere et 'moderdokument', som tydeliggør problemfeltet, hvorefter referencer brugt i 'moderdokumentet' forfølges indtil der ikke forekommer nyt relevant materiale (55). Dette kunne medvirke til at afdække feltet, netop ved at forfølge kilder og referencer indtil nye referencer ikke længere bidrager til mere relevant oplysning på området, hvilket også refereres til som 'mætningspunktet'.

Yderligere er fire ud af de fem inkluderede dokumenter rapporter fra Sundhedsstyrelsen, hvilket medvirker til at analyseresultaterne i større grad afspejler den diskurs som sættes af en enkelt institution og dermed ikke dækker andre potentielle diskurser, som sættes af andre instanser. En større diversitet blandt de institutioner, der har udarbejdet de inkluderede dokumenter kunne resultere i en bredere forståelsesramme, idet én institutions diskurs ikke repræsenterer et helhedsbillede af hvilke diskurser der hersker i forbindelse med svær overvægt. De fem inddragede dokumenter fremstiller alle den samme diskurs hvad angår individets sundhed og forebyggelsen af overvægt, herunder svær overvægt. Derfor har det været en udfordring at belyse interne magtkampe, idet den biomedicinske og den individorienterede diskurs har opnået hegemoni i samtlige inkluderede dokumenter. Den verbale artikulation i dokumenterne vedholder forestillingen om at det er individets ansvar at forebygge overvægt og svær overvægt gennem livsstil. Hertil kunne dokumenter med et andet perspektiv på hvordan forebyggelsen kunne implementeres have bidraget med andre resultater under analysen.

9.4 Forskerens ståsted

Det kan siges at forskeren altid har en vis position eller et perspektiv ved undersøgelse af et fænomen, hvilket er medvirkende til at fastlægge hvilke resultater der fremskaffes. Hertil kan det være relevant

at tilsidesætte egen forforståelse og delvist distancere sig fra de inkluderede dokumenter, så subjektive holdninger og meninger så vidt muligt elimineres (51). Dette med argument i at undgå blot at skildre forskerens egen fremstilling af verden, da der hertil opstår en udfordring i at tale for én mening fremfor en anden. Distanceringen kan ske ved at anskue verden igennem en given teori, hvilket kan resultere i en fremmedgørelse fra egne selvfølgeligheder (51). Imidlertid erkendes det at der ligger en udfordring i at analyseresultaterne kan være influeret af eksisterende holdninger og teori skønt forståelsen af den underliggende forudindtagethed. Det kan eksempelvis komme til udtryk i den valgte teori, som fremhæver et vist perspektiv fremfor et andet eller forskeren som præger analysen i en bestemt retning.

Den opstillede analysestrategi kan delvist medvirke til en distancering til dokumenterne, da der her opstilles en række krav til inkluderingen af de medtagede dokumenter. Yderligere kan problemformuleringen, herunder formuleringen af denne samt ordvalg, til en vis grad betragtes som en forforståelse eller en forudindtagethed, men ikke desto mindre kan den også betragtes som en interessesag inden for et specifikt område, som kan medvirke til afgrænsning af problemfeltet.

9.5 Systematisk litteratursøgning

Formålet med at udføre en systematisk litteratursøgning omhandler, at skabe validitet med hensyn til resultaterne, samt reproducerbarhed med hensyn til, at andre forskere kan genfinde samme resultater (64). Validitet omhandler, hvorvidt den systematiske søgning har afdækket hele feltet, hvilket medvirker til at overbevise læseren om, at alle relevante studier er afdækket, samt at den fremsatte konklusion er robust (64). Der blev udformet en tilpasset version af PICO-modellen, en PIO, som blev vurderet til at være mere relevant med hensyn til, at besvare det fremsatte forskningsspørgsmål. Denne tilpassede PIO medvirkede til at strukturere den konkrete søgning ved hver enkelt database, samt sikre at alle relevante søgeord blev anvendt, enten som fritext eller kontrollerede emneord.

Reproducerbarheden omhandler, hvorvidt søgningen har været udført systematisk, således at andre forskere kan findes samme resultater (64). For at sikre den systematisk, blev en søgeprotokol udformet, hvilket indeholdt forskningsspørgsmålet, inklusions- og eksklusionskriterierne, en liste over de anvendte databaser, samt en uddybet beskrivelse af selektionsprocessen. Gennem hele processen har alle medlemmerne fra specialet været involveret, hvorved alle trin blev udført hos minimum to medlemmer, for dermed at sikre systematisk, samt transparens med hensyn til, hvordan processen er forløbet.

Formålet med at kvalitetsvurdere artiklerne omhandler, at bedømme den metodiske kvalitet, hvorvidt artiklernes resultater kan formodes at være valide, samt om der er risiko for bias (83). Processen med at kvalitetsvurdere artiklerne fra litteraturstudiet har imidlertid været problematisk, eftersom specialets problem omhandlende sundhedspolitiske diskurser ikke er forbundet med en bestemt form for studiedesign, hvilket medførte at det var svært at finde en relevant checkliste, samt kvalitetsvurdere artiklerne. Til trods for denne problematik blev den kvalitative CASP-checkliste anvendt til at kvalitetsvurdere artiklerne, eftersom det blev vurderet at denne kunne anvendes som et redskab til at reflektere over artiklernes indhold, fremfor som en konkret checkliste. Derudover blev det prioriteret at tilstræbe konsistens ved at kvalitetsvurdere med den samme checkliste, fremfor at anvende alternative checklister, som potentielt kunne være mere relevante for, men ikke tiltænkt til, de respektive artikler.

Det kan imidlertid diskuteres, hvorvidt førnævnte konsistens fremkom med hensyn til at kvalitetsvurdere artiklerne, eftersom checklisten ikke kunne anvendes direkte på artiklerne, men derimod kun til at skabe refleksion, hvorved artiklerne fundamentalt blev subjektivt vurderet. Omend artiklernes metodiske kvalitet ikke blev vurderet til at være god, blev artiklerne fortsat anvendt til at understøttes diskussionen, eftersom deres indhold med hensyn til sundhedspolitiske diskurser blev vurderet relevant for specialet.

10.0 Konklusion

Den sociale ulighed inden for svær overvægt har været voksende i Danmark, mens fortsat flere danskere udvikler svær overvægt, selvom det har været et sundhedspolitisk mål at reducere denne siden 1970'erne. Formålet med specialet var derfor at finde, hvilke diskursive forståelser med hensyn til social ulighed inden for svær overvægt, som er konstituerende for den danske sundhedspolitik, samt derefter at fremstille et forandringsforslag med henblik på at kunne reducere denne. For at kunne efterleve formålet, blev der udført en tematisk diskursanalyse, hvorved eventuelle diskurser ved fem sundhedspolitiske dokumenter blev fremanalyseret, samt et litteraturstudie, som blev anvendt til at understøtte eller diskutere eventuelle fund fra førnævnte diskursanalyse.

Den tematiske diskursanalyse blev udført på fem dokumenter, hvor det første dokument var publiceret hos Vidensrådet for Forebyggelse, mens resten var publiceret enten hos eller ved samvirke med Sundhedsstyrelsen. Gennem analysen, samt den dertilhørende diskussion, fremstod der en dominerende liberalistisk diskurs inden for den danske sundhedspolitik, som var medvirkende til at

fremstille henholdsvis en individorienteret, samt biomedicinsk diskurs. Den individorienterede diskurs omhandler en individualiseret ansvarsforståelse, hvor det fremhæves at individet har ansvaret for at udleve den sunde livsstil, hvorved denne ikke ville udvikle svær overvægt. Førnævnte livsstil var forbundet med den biomedicinske diskurs, som blandt andet omhandler en fremherskende normalitetsforståelse for den sunde livsstil, samt hvordan individets adfærd fremstilles som en medicinsk problematik, der tilsvarende kan overkommes ved individuelle adfærdsmodifikationer. Derudover var førnævnte diskurser forbundet ved interdiskursiviteten, hvorved disse ikke kan fremhæves, analyseres, eller forandres adskilte, eftersom flere fundamentale forståelser fremkommer henover diskurserne.

Det fremsatte forandringsforslag omhandler, hvordan førnævnte liberalistisk diskurs kan omformuleres, hvorved en socialistisk orienteret diskurs tilsvarende anvendes, hvilket kan medvirke til at ændre den fundamentale sundhedspolitiske forståelse inden for social ulighed i svær overvægt. Dette kan blandt andet udføres ved at omformulere den eksisterende liberalistiske diskurs ved tilsvarende at benytte en socialistisk orienteret diskurs, derunder termen 'levevilkår', som kan anvendes for at Sundhedsstyrelsen ikke udelukkende fremstiller den sociale ulighed inden for svær overvægt som et individualistisk problem ved termen 'livsstil'. Ved at fremhæve både livsstil og levevilkår anerkendes samfundets strukturelle forhold, samt individets levevis, hvilket kan medvirke til at den individuelle ansvarsforståelse ændres, hvorved en mere populationsorienteret diskurs fremstilles, hvor den sociale ulighed inden for svær overvægt fremkommer som et fælles problem mellem individet og samfundet.

Førnævnte forandringsforslag har imidlertid en restriktion, eftersom denne udelukkende omhandler, hvordan den sociale ulighed inden for svær overvægt, som en tilstand bliver defineret til at være et politisk problem, hvilket er forbundet med problem-strømmen tilhørende Kingdon. Førrend at forandringsforslaget kan anskues som værende en udviklet intervention, kræver dette en videre analyse med fundament i henholdsvis policy-strømmen, samt politics-strømmen, for dermed at kunne fremhæve, hvordan forandringsforslaget implementeres mere konkret i den danske sundhedspolitik. Det kan hermed konkluderes, at specialets fremsatte forandringsforslag kan ændre den eksisterende liberalistiske diskurs forbundet med den danske sundhedspolitik, hvorved den sociale ulighed inden for svær overvægt, samt eventuelle utilsigtede konsekvenser forbundet med denne, kan reduceres, men at forslaget kun er en teoretisk-orienteret intervention, som fortsat kræver videre analyse.

Referenceliste

1. GBD. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. 2017;13–27.
2. Fleming T, Ng M, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global , regional , and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980 – 2013 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. 2014;384.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt [Internet]. København; 2018. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/92E34F6D5D94489F803C677FE757C3C2.ashx>
4. Finer N. Medical consequences of obesity. Med (United Kingdom). 2015;43(2):88–93.
5. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen A-M, Bach E, Baadsgaard M, et al. Health Inequality - determinants and policies. Scand J Public Health. 2012;40(Suppl 8):12–105.
6. Vallgård S. Social inequality in health: Dichotomy or gradient?. A comparative study of problematizations in national public health programmes. Health Policy (New York). 2008;85(1):71–82.
7. Magnusson M, Sørensen TIA, Olafsdottir S, Lehtinen-Jacks S, Holmen TL, Heitmann BL, et al. Social Inequalities in Obesity Persist in the Nordic Region Despite Its Relative Affluence and Equity. Curr Obes Rep [Internet]. 2014;3(1):1–15. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13679-013-0087-2>
8. Boylan SM, Gill TP, Hare-Bruun H, Andersen LB, Heitmann BL. Associations between adolescent and adult socioeconomic status and risk of obesity and overweight in Danish adults. Obes Res Clin Pract [Internet]. 2014;8(2):e163–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2013.03.006>
9. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Chirstensen AI. Danskernes Sundhed 2017 [Internet]. København S; 2017. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/~media/73EADC242CDB46BD8ABF9DE895A6132C.ashx>
10. Brænder M, Kølvrå C, Lausten C. Indledning. In: Samfundsvidenskabelig tekstanalyse. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2014. p. H.
11. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of Obesity : A Big Picture. Pharmacoeconomics [Internet]. 2015;673–89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s40273-014-0243-x>
12. Sidik S, Ahmad R. Childhood Obesity : Contributing Factors , Consequences and Intervention. Mal J Nutr. 2004;10(1):13–22.
13. Hansen B, Holst C, Jørgensen O. Pres på sundhedsvæsenet [Internet]. Regioner.dk. København; 2015. Available from: <https://www.regioner.dk/media/2209/2015-pres-paa-sundhedsvaesenet.pdf>
14. Kjellberg J, Tange Larsen A, Ibsen R, Højgaard B. The socioeconomic burden of obesity. Obes Facts. 2017;10(5):493–502.
15. Williams EP, Mesidor M, Wyatt SB, Winters KP, Dubbert PM. Overweight and obesity: Prevalence, consequences, and causes of a growing public health problem. Am J Med Sci. 2015;331(4):166–74.
16. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. Int J Obes. 2008;32(9):1431–7.
17. WHO-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity/Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva [Internet]. 2000; Available from:

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

18. Nuttall FQ. Body Mass Index. *Nutr Today* [Internet]. 2015;50(3):117–28. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00017285-201505000-00005>
19. Ortega FB, Sui X, Lavie CJ, Steven N. *HHS Public Access*. 2017;91(4):443–55.
20. Ingerslev J, Printzlau A. *Bariatri i et tværfagligt perspektiv*. 1. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag; 2016.
21. Sandøe P. <https://ifro.ku.dk/debatindlaeg/debatindlaeg2016/er-fedme-en-sygdom/>. 2016.
22. Birkler J, Kirkegaard L. *Etik og sprogbrug - fra Vugge til grav*. København; 2012.
23. Grested R. Sundhedsstyrelsen: Vi vil ikke sygeliggøre overvægtige [Internet]. *DR Indland*. 2015 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/sundhedsstyrelsen-vi-vil-ikke-sygeliggoere-overvaegtige>
24. Ritzau. Myndigheder: Fedme er ikke en sygdom [Internet]. *Fyens Stifttidende*. 2015 [cited 2019 Mar 30]. Available from: <https://www.fyens.dk/indland/Myndigheder-Fedme-er-ikke-en-sygdom/artikel/2843806>
25. Engel GL. The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Gen Hosp Psychiatry*. 1978;1(2):156–65.
26. Russell CG, Russell A. A biopsychosocial approach to processes and pathways in the development of overweight and obesity in childhood: Insights from developmental theory and research. *Obes Rev* [Internet]. 2019;(December 2018):1–25. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/obr.12838>
27. Bann D, Johnson W, Li L, Kuh D, Hardy R. Articles Socioeconomic inequalities in childhood and adolescent body-mass index , weight , and height from 1953 to 2015 : an analysis of four longitudinal , observational , British birth cohort studies. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2018;3(4):e194–203. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30045-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30045-8)
28. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2006 Jan [cited 2017 Oct 6];60(1):7–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361448>
29. Link BG, Phelan J. Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. *J Health Soc Behav*. 1995;35(1995):80–94.
30. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen. København; 2011.
31. Puhl RM, Heuer CA. Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *Am J Public Health* [Internet]. 2010;100(6):1019–28. Available from: http://ezproxy.fiu.edu/login?url=https://search.proquest.com/docview/347504668?accountid=10901%0Ahttp://resolver.ebscohost.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Asojsocscijournals&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:jo
32. Vallgård S. Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In: *Folkesundhed - i et kritisk perspektiv*. 1. udgave. København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 166–85.
33. Benoit C, Shumka L, Barlee D. *Stigma and the Health of Vulnerable Women*. British Columbia; 2010.
34. Kristiansen J&. Reaktionen på og konsekvenser af afvigelse. In: *Social Avigelse*. 2018. p. 113–29.
35. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Bull World Health Organ* [Internet]. 1985;79(10):990–6. Available from:

- <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2566665&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
36. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper [Internet]. Vol. 14, Stockholm: Institute for future studies. 2007. 67 p. Available from: http://ideas.repec.org/p/hhs/ifswps/2007_014.html
 37. Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.
 38. Merton RK. The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action Author (s): Robert K . Merton Source : American Sociological Review , Vol . 1 , No . 6 (Dec . , 1936), pp . 894-904 Published by : American Sociological Association Stable URL : [http://www.jstor. Am Sociol Rev. 2016;1\(6\):894–904](http://www.jstor. Am Sociol Rev. 2016;1(6):894–904).
 39. Debra Jones Ringold. Boomerang Effects in Response to Public Health Interventions : Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. J Consum Policy. 2002;25(1):27–63.
 40. Baker P, Friel S, Kay A, Baum F, Strazdins L, Mackean T. What Enables and Constrains the Inclusion of the Social Determinants of Health Inequities in Government Policy Agendas? A Narrative Review. Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2017;7(2):101–11. Available from: http://ijhpm.com/article_3438.html
 41. Pedersen KM. Dansk sundhedspolitik. 1. udgave. København: Munksgaard; 2018. 11–322 p.
 42. Skovgaard T, Dahl Nielsen M, Aro AR. Evidens i forebyggelsen. Københ; 2007.
 43. Pedersen M. Politik [Internet]. Gyldendals Den Store Danske. 2017 [cited 2019 Mar 21]. Available from: http://denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Statslære_og_politisk_videnskabsteori/politik
 44. Vallgård S, Diderichsen F, Jørgensen T. Sygdomsforebyggelse. 1. udgave,. København: Forfatterne,og Munksgaard, København 2014; 2014.
 45. Vallgård S. Why the concept “lifestyle diseases” should be avoided. Scand J Public Health. 2011;39(7):773–5.
 46. Burr V. An Introduction to Social Constructionism. J French Francoph Philos. 3. udgave. 2011;7(3):267–267.
 47. Komaroff M. For Researchers on Obesity: Historical Review of Extra Body Weight Definitions. J Obes. 2016;2016:1–9.
 48. Vallgård S. Ethics dilemmas of early detection of obesity. Scand J Public Health. 2016;44(6):543–5.
 49. Juul S, Pedersen K. Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
 50. Andersen NÅ. Fra metode til analysestrategi. In: Diskursive analysestrategier. 1 udgave. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne; 1999. p. 9–27.
 51. Jørgensen, Winther M, Phillips L. Diskursanalyse som teori og metode. 1. udgave. Roskilde Universitetsforlag, 1999; 1999.
 52. Fairclough N. Discourse and Social Change. Cambridge: Polity Press; 1993.
 53. Braun, Virginia; Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol. 2008;53(9):1689–99.
 54. NVivo 12 - Qualitative Data Analysis Software. QSR International Pty Ltd; 2018.
 55. Lynggaard K. Dokumentanalyse. In: Kvalitative metoder. 2nd ed. København: Hans Reitzels Forlag; 2015.
 56. Kierkegaard L, Ammitzbøll J, Lauemøller S, Nielsen K, Due P. Kortlægning af livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt i regioner og kommuner. Folkesundhedsrapporten Danmark. København; 2017.
 57. Sundhedsstyrelsen. Sundhed for alle [Internet]. 2018 [cited 2019 Apr 22]. Available from: <https://www.sst.dk/da/om-os>

58. Nørby ET. Bekendtgørelse af sundhedsloven [Internet]. Retsinformation København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2018. Available from: <https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=152710>
59. Brændgaard P, Hejgaard T, Dansgaard B. Små skridt til vægttab - der holder. 5. udgave. Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen og Komiteen for Sundhedsoplysning; 2015.
60. Sørensen T, Pedersen BK, Sandbæk A, Overvad K. Skal overvægtige voksne tabe sig? København; 2015.
61. Müller P, Rømer H, Thomsen J, Hejgaard T, Aagaard P. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. 1. udgave. København: Sundhedsstyrelsen og Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.
62. Buus N, Munch Kristiansen H, Tingleff EB, Blach Rossen C. Litteratursøgning i praksis : begreber, strategier og modeller. Sygeplejersken. 2008;108(10, Tillæg):2–8.
63. Rienecker L, Jørgensen P. Den gode opgave: Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser. 5. udgave. København: Samfundslitteratur; 2017.
64. Frandsen TF, Dyrvig AK, Christensen JB, Fæsterholdt I, Oelholm AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr læger. 2014;176(7):647–51.
65. Townend L. The moralizing of obesity: A new name for an old sin? Crit Soc Policy. 2009;29(2):171–90.
66. Monaghan LF, Colls R, Evans B. Obesity discourse and fat politics: research, critique and interventions. Crit Public Health. 2013;23(3):249–62.
67. Greener J, Douglas F, van Teijlingen E. More of the same? Conflicting perspectives of obesity causation and intervention amongst overweight people, health professionals and policy makers. Soc Sci Med [Internet]. 2010;70(7):1042–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.017>
68. Uliaszek SJ, McLennan AK. Framing obesity in UK policy from the Blair years, 1997-2015: The persistence of individualistic approaches despite overwhelming evidence of societal and economic factors, and the need for collective responsibility. Obes Rev. 2016;17(5):397–411.
69. Eriksson BG, Hummelvoll JK. Relevans og evidens. Tidsskr Psyk helsearbeid. 2012;9(1):33–43.
70. Jensen OS. Videnskabelighed i psykoterapi: Evidensbaseret praksis eller saglig menneskelighed? Psyke & Logos. 2008;29(1):152–76.
71. Vallgård S, Krasnik A. Sundhedsvæsen og Sundhedspolitik. 3. udgave. Munksgaard; 2016.
72. Pedersen KM. Lighed-ulighed. In: Sundhedsøkonomi. 1. udgave. København: Munksgaard; 2013.
73. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Aftale om strukturreform [Internet]. Sundheds- og ældreministeriet. 2004. Available from: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2004/Strukturaftale.ashx
74. Vallgård S. Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. Tidsskr Forsk i Sygd og Samf. 2005;15–31.
75. Charter O, Promotion H. Ottawa Charter 1986. 1986;
76. Scocozza L. Folkesundhed eller moralsk oprustning? In: Glasdam S, editor. Folkesundhed - i et kritisk perspektiv. 1. udgave. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2009. p. 54–66.
77. Mandagmorgen. Er sundhed et personlig valg? - Et debatoplæg om forebyggelse i Danmark. 2006.
78. Jacobsen, Hviid M. Klassisk og moderne samfundsteori. Hans Reitzels Forlag; 2013. 469–489 p.
79. Kingdon, W J. Wrapping Things Up. In: Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2. udgave. New York: Pearson Education Limited; 1995. p. 179–94.

80. Vallgård S. Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. *Crit Public Health*. 2007;17(1):45–56.
81. Carey G, Crammond B. Action on the social determinants of health: Views from inside the policy process. *Soc Sci Med* [Internet]. 2015;128:134–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.024>
82. Dahler-Larsen P. At fremstille kvalitative data. 2008.
83. Lund H, Juhl C, Andreasen J, Møller A. Kritisk vurdering af videnskabelige artikler. In: *Håndbog i litteratursøgning og kritisk læsning*. 1. udgave. København: Munksgaard; 2014. p. 89–138.