

# Social ulighed i sundhed

En kritisk diskursanalyse af social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet i  
årene 2002-2018

Kandidatspeciale på socialt arbejde 4. semester

Navn: Maria Bjørnbak

Dato for aflevering: 1. juni 2023

Vejleder: Trond Beldo Klausen

Antal anslag: 156.811



**AALBORG  
UNIVERSITET**

## Abstract

**Background:** Social inequality in health has been on the health policy agenda for many years, as has the desire to reduce this inequality. The overall health of the Danish population has improved, and despite the significant attention and efforts focused on social inequality in health, it has not been reduced but rather has increased.

**Aim:** The purpose of this thesis has been to gain insight into the discursive understandings of social inequality in health that have been constituted in the field of prevention, and how these have evolved during the period 2002-2018. Additionally, the aim was to examine the possibilities and limitations that the identified discourses may have for social work.

**Methods:** This thesis is based on Norman Fairclough's critical discourse analysis, using the three-dimensional analytical model. The thesis also takes a scientific approach rooted in social constructivism. The theoretical framework consists of a selection of Fairclough's concepts, including word choice, modality, affinity, assumptions, intertextuality, interdiscursivity, ideology, and hegemony. This is supplemented by Mitchell Dean's perspective on governmentality and Richard Jenkins' descriptions of the power of categorization.

**Results:** The discursive analysis revealed four dominant discourses focusing on responsibility, health, economy, and stigmatization. The analysis showed that these discourses were present throughout the period 2002-2018, but the discourses of responsibility, health, and stigmatization have evolved over time and therefore have different approaches. The economic discourse remained unchanged during the period. These discourses can both contribute to opportunities and limitations for social work, depending on the focus represented by the discourses.

**Conclusion:** It can be concluded that the prevailing discourses revolve around responsibility, health, economy, and stigmatization, and that these discourses can contribute to creating opportunities in social work based on the stigmatization discourse, which involves categorizing citizens and thus creating a target group for social work. At the same time, it can be concluded that the discourses surrounding responsibility, health, and economy can limit social work. This is because the discourses, among other things, result in social work having to guide citizens in their lifestyle choices, focus on medical diagnoses, and economics.

## Indholdsfortegnelse

<b>1.0 Problemfelt .....</b>	<b>1</b>
1.1 Sådan viser den sociale ulighed i sundhed sig.....	1
1.2 Definition af social ulighed i sundhed .....	3
1.3 Det sociale arbejde .....	5
<b>2.0 Problemformulering .....</b>	<b>6</b>
<b>3.0 Tidligere forskning .....</b>	<b>7</b>
<b>4.0 Design .....</b>	<b>9</b>
<b>5.0 Videnskabsteoretisk position og metode.....</b>	<b>10</b>
5.1 Socialkonstruktivisme .....	10
5.2 Ontologisk og epistemologisk ståsted .....	12
5.3 Diskursanalyse.....	13
5.4 Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse .....	14
5.4.1 Tekst.....	16
5.4.2 Diskursiv praksis.....	17
5.4.3 Social praksis .....	18
5.5 Valg af empiri .....	19
<b>6.0 Analyse.....</b>	<b>20</b>
6.1 Præsentation af analysens kommunikative begivenheder.....	20
6.1.1 Sund hele livet.....	20
6.1.2 Forebyggelsespakker.....	21
6.2 Analyse af diskurserne omkring social ulighed i sundhed.....	22
6.2.1 Tekst.....	22
6.2.2 Diskursiv praksis.....	31
6.2.3 Social praksis .....	40
<b>7.0 Konklusion.....</b>	<b>47</b>

<b>8.0 Diskussion .....</b>	<b>50</b>
<i>8.1 Diskussion af resultater .....</i>	<i>50</i>
<i>8.2 Diskussion af metode .....</i>	<i>51</i>
8.2.1 Social konstruktivisme.....	52
8.2.2 Kritisk diskursanalyse .....	53
8.2.3 Faircloughs tredimensionelle analysemodel.....	53
8.3 Kvalitet.....	54
8.3.1 Validitet.....	54
8.3.2 Reliabilitet.....	55
8.3.3. Gennemsigtighed .....	56
8.3.4. Generaliserbarhed .....	56
<b>9.0 Referencer.....</b>	<b>58</b>

## 1.0 Problemfelt

Social ulighed i sundhed har været på den sundhedspolitiske dagsorden i mange år, men særligt siden 1999 hvor sundhedsministeriet udgav Regeringens folkesundhedsprogram for årene 1999-2008. Heri var der fokus på den sociale ulighed i sundhed og et ønske om at reducere denne (Sundhedsministeriet, 1999)(Danske Patienter, 2019). Den sociale ulighed i sundhed har gennem tiden været et politisk mål, som har fyldt i sundhedspolitikken uanset hvilke politiske partier, der har dannet regering (Andersen et al., 2009). Sundhedsministeriet beskriver det som en topprioritet at bekæmpe ulighed i sundhed for den nuværende regering (Sundhedsministeriet, 2021), og det politiske fokus på ulighed i sundhed kan måske også skyldes, at den siden 1999 ikke har været faldende (Nielsen, 2021). Tværtimod er der sket en stigning i den sociale ulighed i sundhed, og det er derfor ikke lykkedes politikerne at reducere denne på trods af målsætninger herom.

### 1.1 Sådan viser den sociale ulighed i sundhed sig

Den sociale ulighed i sundhed har været, og ser forsat ud til at være stigende. Med udgangspunkt i dødeligheden har der gennem de seneste 5 årtier konstant været en forskel i dødelighed mellem højeste og laveste uddannelsesniveau (Nielsen, 2021). På trods af at dødeligheden generelt er faldet i hele perioden, er dødeligheden konstant højere blandt de lavest uddannede (Sundhedsstyrelsen, 2020). Målt på indkomst viser det sig, at dødeligheden ligeledes er ulige fordelt i samfundet, her er det nemlig gældende, at mænd i den højeste indkomst kvartil i gennemsnit lever 12 år længere end dem i den laveste kvartil, og for kvinder er forskellen mellem højeste og laveste indkomst kvartil 7,3 år (Brønnum-Hansen, 2017). En anden måde hvorpå befolkningssundheden kan opgøres er ved at kigge på restlevetid, der defineres som det gennemsnitlige antal resterende år, en 30-årig forventes at leve i (Sundhedsstyrelsen, 2020). Her gælder det ligeledes at restlevetiden generelt er stigende i Danmark, men den er højere for personer med en videregående uddannelse end for personer med grundskolen som deres højst fuldførte uddannelsesniveau (Sundhedsstyrelsen, 2020). Den højest uddannede fjerdedel af mændene lever 6,1 år længere end den lavest uddannede fjerdedel og for kvinder er forskellen 4,7 år (Region Midtjylland, 2018). Et tredje mål for sundhed er forventet levealder, og her ses der også en social ulighed. I 2019 var forskellen i forventede levealder for kvinder 3,9 år mellem de lavest og højeste uddannede, og for mændene var forskellen 5,6 år (OECD, 2021). Så på tværs af disse tre måder at opgøre sundhed på; dødelighed, restlevetid og forventet levealder, ses der altså en social ulighed i sundhed i den danske befolkning.

Sundhedsstyrelsen skriver i deres rapport ”Social ulighed i sundhed og sygdom”, at der på baggrund af den sociale forskel i både dødelighed og restlevetid ses en sammenhæng mellem højeste fuldførte uddannelsesniveau og antallet af dødsfald pr. 100.000 indbygger i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2020). Denne sammenhæng betegner Sundhedsstyrelsen som en social gradient, der viser, at antallet af dødsfald pr. 100.000 personer er lavere blandt højtuddannede, dette gælder både for mænd og kvinder og det gælder ligeledes for restlevetiden blandt 30-årige. Der er altså en social ulighed i antallet af dødsfald målt på uddannelsesniveau, som også gør sig gældende i sammenligningen mellem restlevetid og indkomst (Sundhedsstyrelsen, 2020)(Nielsen, 2021). Den sociale ulighed i levetid og dermed også dødelighed betyder, at der er en stor social ulighed i konsekvenserne af alvorlig sygdom. Det gør sig gældende for f.eks. iskæmisk hjertesygdom, KOL, brystkræft, lungekræft og tyk- og endetarmskræft. Ved alle disse sygdomme er dødeligheden i de første fem år efter diagnosen er stillet højest blandt personer med lavt uddannelsesniveau (Nielsen, 2021). Et konkret eksempel er, at der i Danmark er 13.600 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, end blandt personer, der aldrig har røget. Samtidig viser beregninger, at rygning og alkohol tilsammen kan forklare 60-70% af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark (Drivsholm, 2022). Det vurderes at cirka en tredjedel af de sociale forskelle i sundhed kan forklares af sundhedsvaner som f.eks. rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitetsniveau mm. (Jørgensen, 2022). Udover ulighed i de somatiske sygdomme, er der også en social ulighed i bl.a. stress og ensomhed. Den nationale sundhedsprofil for 2021 viser, at personer med grundskole som højeste uddannelse oftere oplever bl.a. stress og ensomhed, end personer med en lang videregående uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2022a)(Drivsholm, 2022).

Stigningen i social ulighed i sundhed sker på trods af en relativ lav økonomisk ulighed i Danmark. Den sociale ulighed i sundhed viser ligeledes, at der er en lineær relation mellem indkomst og helbred – jo lavere indkomst desto dårligere helbred har man statistisk set (Sundhedsstyrelsen, 2020). Studier har vist at lande med en forholdsvis lav forskel i indkomst blandt indbyggerne generelt har et bedre helbred i befolkningen, dette gælder dog ikke umiddelbart for Danmark. Der er som beskrevet en relativ lav økonomisk ulighed i Danmark, men på trods af dette er der i Danmark en højere dødelighed sammenlignet med de fleste andre velstillede lande (Sundhedsstyrelsen, 2020). Det gælder for eksempel blandt de nordiske lande, hvor der i Danmark er størst forskel mellem den forventede levealder for personer med lange videregående uddannelser og personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse både for mænd og kvinder (Regioner, 2022). Hvor forskellen i forventet levealder for kvinder i Danmark

som tidligere beskrevet er 3,9 år og 5,6 år for mænd, er det f.eks. i Sverige 2,7 år for kvinder og 4 år for mænd, og i Norge er forskellen 3,2 år for kvinder og 4,7 år for mænd (OECD, 2021). Det er altså ikke lykkedes Danmark eller de andre nordiske lande at komme de systematiske forskelle i dødelighed og dermed sundhed til livs. Dette på trods af stor økonomisk omfordeling, skattefinansierede sundhedsydelser og en ambition om let og lige adgang til sundhedsvæsenet (Danske Patienter, 2019).

## 1.2 Definition af social ulighed i sundhed

Social ulighed i sundhed har ikke én fast definition, og der kan derfor findes mange forskellige bud herpå. Sundhedsstyrelsen beskriver, at *”Social ulighed i sundhed er betegnelsen for det faktum, at levevilkår, sundhed og sygdom er systematisk skævt fordelt i samfundet: Jo dårligere borgerne er stillet socialt set, jo højere sygelighed og dødelighed har de statistisk set.”* (Sundhedsstyrelsen, 2019b). Patient- og pårørendeforeningen Danske Patienter definerer social ulighed som: *”Social ulighed i sundhed er et fænomen, hvor der er systematiske forskelle i sygdomstilstand, behandling og konsekvenser af sygdom mellem (grupper af) borgere i samfundet, og hvor denne forskel er betinget af socioøkonomiske faktorer – herunder for eksempel uddannelse, indkomst og geografi.”* (Danske Patienter, 2019). På trods af forskellige definitioner er der i disse to udvalgte definitioner enighed om, at social ulighed i sundhed er systematiske forskelle i sundhed, og denne skæve fordeling af bl.a. sygdom og dødelighed er betinget af socioøkonomiske faktorer. Uanset hvordan social ulighed i sundhed defineres, må det italesættes, at det ikke vil være muligt at skabe total lighed i sundhed. Der vil altid være forskel i borgernes sundhedstilstand, når individer sammenlignes med hinanden og dette skyldes bl.a. forskelle i genetik og sundhedsadfærd (Danske Patienter, 2019).

Ligesom der er flere forskellige definitioner på social ulighed i sundhed, er der også flere måder, hvorpå man kan forstå den sociale ulighed i sundhed. Generelt er det to forskellige måder. Den ene er som en dikotomi, den anden er som en gradient. Dikotomien betyder, at man forstår den sociale ulighed i sundhed som noget, der kun vedrører de borgere nederst i det samfundsmæssige hierarki og dermed kun en mindre del af befolkningen (Vallgård, 2019). Der vil i denne forståelse være en minoritet af de dårligst stillede borgere med betydelige sundhedsproblemer, og denne gruppe kan udskilles fra resten af befolkningen (Andersen et al., 2009). Befolkningen inddeles i denne forståelse i to grupper, og man vil sammenligne de højeste og de laveste i samfundet. Denne forståelse betegnes af nogle som en sundhedskløft og derfor ligger der op til indsatser rettet mod socialt marginaliserede og væsentligt mindre grupper (Region Midtjylland, 2018). At forstå den sociale ulighed i sundhed som en gradient, betyder at man

forstår uligheden som en forskel i hele befolkningen, og sundheden vil i denne forståelse blive gradvis bedre, jo højere man kommer på uddannelses- og/eller indkomstskalaen (Vallgård, 2019). Det betyder også, at sundhedsproblemer øges med lavere uddannelse og indkomst (Andersen et al., 2009). I denne forståelse påvirker uligheden i sundhed hele befolkningen, og uligheden er forårsaget af sociale strukturer som rigdom, magt og muligheder, der er ulige fordelt i samfundet (Andersen et al., 2009). På grund af den stigende sygelighed og risiko for død med faldende social position ligger denne forståelse op til brede indsatser rettet mod større befolkningsgrupper (Region Midtjylland, 2018). Begge forståelser har begrænsninger, eksempelvis at der ved dikotomien, er en risiko for, at udfordringer kan reduceres til at være de udvalgte gruppers eget ansvar, hvilket f.eks. kan ses i ordvalg som ressourcetsvage eller sårbare, hvor der fokuseres på at det handler om mangler hos den enkelte. Derudover kan sammenligningen af de højeste og de laveste gøre at uligheder mellem andre befolkningsgrupper overses. Gradienten har modsat den begrænsning, at der i denne forståelse er risiko for at nedtone de sundhedsproblemer, som de dårligst stillede har, fordi man har fokus på forskellene mellem hele befolkningen. Ingen af disse forståelser er som beskrevet fuldendte, og de kan derfor med fordel kombineres for på den måde at anvende styrkerne ved dem begge og samtidig undgå begrænsninger (Vallgård, 2019).

Forståelsen af ulighed i sundhed har betydning for synet på ansvar og retfærdighed, for er det uretfærdigt at der findes social ulighed i sundhed, hvis det skyldes forskelle i livsstil? Hvis man tilskriver sig præmisserne for "*luck egalitarianism*" eller på dansk held-egalitaristik, en teori om fordelingsmæssig retfærdighed mener man, at ulighed kun er uretfærdigt, hvis en person har det værre end andre, uden at dette skyldes personens egne valg eller handlinger. Er personen derimod værre stillet end andre pga. de valg der er truffet f.eks. på baggrund af livsstil, så betragtes ulighed ikke som uretfærdig. Helt konkret vil det betyde, at denne teori accepterer, at individer er ansvarlige for livsstilsvalg som f.eks. rygning, og dette betyder at uligheden mellem dem, der ryger og dem der ikke gør, ikke er uretfærdig. Teoretisk set kan man ud fra denne teori argumentere for, at personerne selv skal betale for den eventuelle behandling, som de får brug for ved sygdom som følge af deres livsstilsvalg (Andersen et al., 2013). I Danmark har vi dog et solidarisk sundhedsvæsen, som umiddelbart ikke tager stilling til skyld og ansvar, men tilbyder og behandler på trods af, at sygdomme kan være opstået på grund af livsstilsvalg (Andersen et al., 2009). Denne tilgang til sygdom kan ses ud fra en diskussion af, hvorvidt de valg mennesker træffer, reelt set er bevidste og velovervejede, eller de er en konsekvens af omgivelser og miljø (Andersen et al., 2009). Vi ser dog alligevel selektiv beskatning af usund livsstil



i Danmark, f.eks. af tobaksprodukter, hvor det har vist sig, at tobaksforbruget falder, når priserne stiger. Ved denne beskatning ønskes det at reducere antallet af rygere for rygerens eget bedste (Andersen et al., 2013). I modsætning til held-egalitaristik har John Rawls en teori om retfærdighed. Her er individernes valg ikke afgørende for retten til f.eks. behandling af sygdom, og livsstilsvalg er ikke et argument for, at social ulighed i sundhed er retfærdig. Tværtimod kan ulighed kun være retfærdigt, hvis denne er til gavn for de dårligst stillede (Albertsen, 2013). Forståelsen af ansvar og retfærdighed har i forhold til social ulighed i sundhed afgørende betydning for om man overhovedet mener, at det er nødvendigt at gøre noget ved denne ulighed, og eventuelt hvordan denne skal håndteres samt hvilke indsatser der er nødvendige.

### 1.3 Det sociale arbejde

Dette emne er relevant for det sociale arbejde, da arbejdet inden for dette felt omhandler sociale problemer, og hjælper de mennesker, der er udfordret på dette område. Der arbejdes for social retfærdighed, og derfor mener jeg også, at social ulighed i sundhed bliver et socialt problem til trods for dets sundhedsmæssige fokus. Sundhed og socialt arbejde kan ikke altid skilles ad, og særligt ikke inden for dette emne mener jeg. Dette skyldes også at dem som oftest er hårdest ramt af denne ulighed i sundhed, er de mest udsatte grupper som netop det sociale arbejde beskæftiger sig med. Som tidligere beskrevet har uddannelse og indkomst statistisk set indflydelse på hvordan den enkeltes sundhedstilstand er, og derfor er det sociale arbejde i forbindelse med f.eks. uddannelse og job indirekte relateret til deres sundhed, hvorfor det sociale og sundhedsmæssige ikke kan adskilles. Dette speciale kan derfor være relevant for de medarbejdere som arbejder med socialt udsatte borgere i mange henseender hvor det sociale arbejde ledsages af eksempelvis støtte til sundhed. Derudover mener jeg ligeledes at denne undersøgelse vil være relevant for planlæggere og tilrettelæggere af det sociale arbejde, da diskurser kan have indflydelse på hvilke muligheder og begrænsninger der etableres i det sociale arbejde i praksis.

Det sociale arbejde defineres internationalt af International Federation of Social Workers (IFSW) som:

*”Socialt arbejde er en praksisbaseret profession og en akademisk disciplin, der fremmer social forandring og udvikling, social samhørighed, og empowerment og frigørelse af mennesker. Principper om social retfærdighed, menneskerettigheder, kollektivt ansvar og respekt for forskelligheder er centrale for socialt arbejde. Understøttet af teorier om socialt arbejde, sam-*

*fundsvidenskab, humanistiske fag og oprindelige folks viden, inddrager socialt arbejde mennesker og strukturer for at adressere livsudfordringer og for at opnå øget trivsel.” (IFSW, 2014)*

Det sociale arbejde har altså, ifølge definitionen, fokus på strukturer med henblik på at gøre opmærksom på de livsudfordringer som nogle mennesker oplever. Jeg ønsker med dette speciale at rette fokus på social ulighed i sundhed og bidrage til den sociale forandring for at kunne sikre sociale retfærdighed både i det sociale felt men også inden for sundhedsområdet.

## 2.0 Problemformulering

Forskellige forståelser af og syn på social ulighed i sundhed har betydning for, hvordan vi taler, og skriver om dette emne. Hvilke ord vi bruger, og hvad vi lægger vægt på, afspejler hvilken forståelse vi har, uden at dette nødvendigvis er direkte italesat. En bestemt forståelse kan altså siges at have et bestemt udfald i eksempelvis ordvalg og dermed en bestemt diskurs. Ordbogen beskriver diskurs som en *“sammenhæng af udsagn, idéer, definitioner el.lign. som udgør kernen i fx en samtale eller et ræsonnement”* (Den Danske Ordbog, 2003). Ved at undersøge og udforske hvilke diskurser, der præger og har præget social ulighed i sundhed, er det muligt at identificere de bagvedliggende forståelser af uligheden. Dette ønsker jeg at undersøge med problemformuleringen:

*Hvilke diskurser kan identificeres omkring social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet, og hvordan har disse forandret sig i perioden 2002-2018? Og hvilke muligheder og begrænsninger kan disse diskurser medvirke til at skabe for det sociale arbejde?*

Mit fokus i dette vil speciale vil være på diskurserne omkring social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet. Jeg tager derfor videnskabsteoretisk udgangspunkt i socialkonstruktivismen og anvender Faircloughs kritiske diskursanalyse til at analysere min empiri som vil bestå af et Sundhedsprogram fra 2002 udgivet af sundhedsministeriet, to forebyggelsespakker fra 2012/13 udgivet af Sundhedsstyrelsen samt to forebyggelsespakkerne fra 2018 ligeledes udgivet af Sundhedsstyrelsen. For hver udgivelse af forebyggelsespakker er det udgivet 11 stk., min analyse vil tage udgangspunkt to af dem; tobak og overvægt. Jeg har udvalgt disse to forebyggelsespakker for hver udgivelse, da disse to emner bærer præg af social ulighed. F.eks. Skal den største andel af rygere findes blandt danskere med grundskole som højest gennemførte uddannelse (Sundhedsstyrelsen, 2023) og det samme gælder for overvægt (Sundhedsstyrelsen,

2022b). Disse to forebyggelsespakker er derfor relevante at undersøge i forhold til den sociale ulighed i sundhed, og hvilke diskurser der hersker om dette emne.

Jeg finder denne problemformulering interessant, da jeg er nysgerrig på, hvordan skiftende regeringer, kan have italesat social ulighed i sundhed som en høj prioritet, men der på trods af dette ikke er sket en reducere af denne. Tværtimod er den steget, og jeg mener, at dette er et vigtigt samfundsmæssigt spørgsmål, da den sociale ulighed i sundhed påvirker alle i samfundet. Som tidligere beskrevet ses den sociale ulighed i sundhed i hele den danske befolkning, hvilket betyder at det f.eks. ikke kun er de lavt uddannede, hvis sundhed halter efter. Der er forskel i sundheden mellem hele befolkningen, hvilket betyder, at en smed statistisk set har et dårligere helbred end en skolelærer, og denne skolelærer statistisk set har et dårligere helbred end en jurist (Videnskab dk, 2019). Udover dette er social ulighed i sundhed, som tidligere beskrevet systematiske forskelle i befolkningens sundhed, hvilket betyder, at disse forskelle ikke er tilfældige.

Jeg har en forventning om, at bestemte diskurser kan være en forhindring for, at der i praksis bliver arbejdet for at udjævne de sundhedsmæssige forskelle, der er mellem sociale grupper, da diskurser, i et socialkonstruktivistisk perspektiv, kan påvirke og konstruere verden omkring os og dermed også det sociale arbejde. Jeg finder det interessant at undersøge diskursernes udvikling over tid, da jeg som tidligere beskrevet undrer mig over, hvordan et emne som dette kan have haft politiske opmærksomhed så længe og stadig ikke være reduceret. Jeg vil derfor undersøge, om diskurserne på dette område har ændret sig, for at få en forståelse af hvorledes synet på, og deraf diskurser omkring, social ulighed i sundhed har udviklet sig, eller de blot er forblevet de samme, ligesom selve uligheden.

### 3.0 Tidligere forskning

I dette afsnit vil jeg præsentere hvilken relevant litteratur jeg har fundet i min søgning efter forskning på dette område. Søgning har primært bestået af blok- og kædesøgninger på databaserne; google scholar, bibliotek.dk, National Open Research Analytics (nora) samt EBSCOhost og ProQuest. Jeg har udvalgt disse databaser på baggrund af min problemstilling, jeg ønskede at undersøge social ulighed i sundhed i en dansk kontekst, hvorfor den danske forskningsdatabase nora er aktuel. Derudover anvendte jeg bibliotek.dk primært for at få adgang til tidsskrift-artikler og relevante bøger. Databaserne EBSCOhost og ProQuest har jeg valgt, da disse begge er databaseudbydere og derfor giver adgang til flere forskellige databaser. Jeg har valgt at søge i begge, for at finde mest muligt relevant litteratur til projektet da de ikke har adgang til de

samme databaser. Jeg har valgt disse fire databaser for at få et bredt udvalg af databaser og forskning af både dansk og international karakter. Jeg har anvendt søgeordene “social ulighed”, “ulighed”, “sundhed”, “diskurs” og “sundheds diskurs”, på enten dansk, engelsk eller begge dele, alt efter hvad der gav mening i den enkelte database. Jeg har filteret mine søgninger ved at fravælge litteratur ældre end år 2013, tilvælge peer-reviewed tidsskriftartikler samt fuldtekst adgang. Dernæst gennemgik jeg resultaternes titler, og udvalgte hvilke der kunne være relevante, hvorefter jeg læste abstracts og sorterede yderligere de fra som ikke var relevante. Herefter stod jeg tilbage med et resultat, som jeg kunne gennemlæse i fuld tekst. Nogle af resultaterne gik igen fra de forskellige databaser, og dubletterne sorterede jeg derfor ligeledes fra.

I forhold til diskurser omkring social ulighed i sundhed har forskning fra England undersøgt, de politiske tilgange til ulighed i sundhed med fokus på børn og unges mentale sundhedstilbud. Her var resultatet, at politiske beslutningstagere har en afgørende rolle når det kommer til at konstruere problemer gennem bestemte diskurser. Det sker bl.a. gennem politikudvikling, hvor bestemte beviser bruges til at belyse bestemte vinkler af et givet problem (Griffin et al., 2022). En anden undersøgelse fra Sverige har undersøgt hvordan uligheder i sundhed er repræsenteret i et svensk lovforslag om alkohol, stoffer, tobak og gambling, og hvorledes dette reducerer eller reproducerer uligheder i sundhed. Resultatet af denne undersøgelse viste at lovforslaget indgår i en udformning af en diskurs om ulighed i sundhed, der fokuserer på bestemte befolkningsgrupper, med særlige behov, i særlige geografiske områder og derved negligeres underliggende marginaliseringsprocesser (Trygg et al., 2022). En undersøgelse fra Norge har udført en diskursanalyse af sociale uligheder og den politiske legitimering af sundhedsteknologi. Her viser resultatet at det på trods af et politisk ønske om at reducere sociale ulighed i sundhed, mangler der fokus på hvordan de identificerede diskurser kan bidrage til reproduktionen af social ulighed i sundhed (Weiss, 2019). To undersøgelser er fra Danmark og her undersøges hhv. begrebet om ”aktiv aldring” (Jensen & Skjøtt-Larsen, 2021) og sundhedskapital (Schneider-Kamp, 2021). Disse to undersøgelser holder fokus på teoretiske begreber og i artiklen om sundhedskapital undersøges dette begreb for at forstå tendenser inden for gældende sundhedsdiskurser. Resultatet i forhold til sundhedsdiskurs, viser at dette begrebet om sundhedskapital giver en begrebsramme for konstruktionen af den individuelle sundhed som er at finde i gældende sundhedsdiskurser, hvorfor dette begreb findes anvendeligt til analyser af denne diskurs (Schneider-Kamp, 2021). I undersøgelsen af begrebet om ”aktiv aldring” udfordres diskursen om aktiv aldring fra to forskellige vinkler. Både en kritisk teoretisk vinkel samt en empirisk vurdering af begrebet. Resultaterne viser at den begrebsmæssige ramme er underteoretiseret, mangler

begrebsmæssig og analytisk klarhed og undlader at foreslå klare medvirkende faktorer og barrierer. Og at aktiv aldring på individniveau er forudsat af sundhed, uddannelse, god økonomi osv. Således indikerer de empiriske resultater, at aktiv aldring kan være et u håndgribeligt mål for et stort segment af ældre voksne (Jensen & Skjøtt-Larsen, 2021).

Den tidligere forskning har fokuseret på ulighed i sundhed blandt børn og unge, sundhedsteknologi samt lovforslag om alkohol, stoffer, tobak og gambling. Og derudover har der været fokus på teoretiske begreber og deres relation til hhv. sundhedsdiskurs og diskursen om aktiv aldring. Der har ikke været fokus på forebyggelse som jeg ønsker at undersøge og jeg synes den danske forskning mangler fokus på selve diskurserne angående social ulighed i sundhed, som f.eks. de udenlandske artikler har fokus på. Jeg læner mig derfor mest op ad de udenlandske undersøgelser, men vil supplere ved at give et blik på hvordan diskurserne om social ulighed i sundhed ser ud for Danmark.

## 4.0 Design

*I dette afsnit vil jeg præsentere specialets design og argumentere for mit valg heraf.*

Jeg ønsker at undersøge hvilke diskurser, der i perioden 2002-2018 har hersket omkring social ulighed i sundhed i forhold til forebyggelse. Som studiet fra Norge viser, kan diskurser på trods af et ønske om at reducere social ulighed i sundhed, bidrage til reproduktion af denne (Weiss, 2019). Der har som tidligere beskrevet været et politisk ønske om at reducere den sociale ulighed i sundhed gennem mange år, og til trods for dette er den steget. Derfor virker det naturligt at overveje, om de politiske diskurser har afgørende betydning de indsatser og initiativer, der etableres inden for dette område og dermed kan påvirke hvorledes den sociale ulighed i sundhed reduceres eller ej, hvorfor jeg finder det relevant at undersøge disse diskurser. Min problemformulering lægger op til en retrospektiv undersøgelse, hvor jeg afdækker udviklingen af diskurser om social ulighed i sundhed set fra et samtidigt perspektiv (Frederiksen, 2018). Til at undersøge dette, har jeg valgt en ikke-indgribende metode, hvilket betyder, at min undersøgelse er rettet mod noget allerede eksisterede, jeg i min undersøgelse anvender som data (Frederiksen, 2018). Denne form for data indeholder et sæt af spor, der er efterladt af menneskelig aktivitet, og det er netop disse, jeg ønsker at undersøge i dette speciale. En ikke-indgribende metode er særligt velegnet til at undersøge fænomener, der er sket i fortiden, og da jeg ønsker at undersøge udviklingen af forskellige diskurser, finder jeg denne metode velegnet til dette. For at kunne undersøge den tidsdimension, som min problemformulering lægger op til, har jeg valgt et longitudinelt design, da jeg har empiri fra flere tidspunkter. Mit design kan beskrives

som et dokumentstudie over tid, da jeg undersøger forskellige forskningsgenstande med et tidsinterval, og ønsker at følge hvilken forandring der er over tid (Frederiksen, 2018).

## 5.0 Videnskabsteoretisk position og metode

I dette afsnit vil jeg præsentere specialets videnskabsteoretiske position, og de udvalgte metoder jeg anvender til at besvare min problemformulering. Først præsenterer jeg den videnskabsteoretiske position, der danner rammen om specialet, og derefter følger en beskrivelse af tilgangen til diskursanalysen samt en beskrivelse af den valgte empiri.

### 5.1 Socialkonstruktivisme

*Det videnskabsteoretiske ståsted danner rammen for specialets og dets ontologiske samt epistemologiske præmisser. Samtidig er dette ståsted med til at skabe en kontekst for de metoder jeg har valgt og tydeliggøre de antagelser, der ligger bag. På baggrund af specialets problemformulering finder jeg socialkonstruktionismen velegnet som videnskabsteoretisk ståsted, og i dette afsnit vil jeg uddybe og begrunde dette valg.*

Dette speciale tager udgangspunkt i et socialkonstruktivistisk perspektiv, hvis fokus er at bevise det foranderlige, gennem dekonstruktion af fremherskende sandhedsforståelser og kritik af den viden der betragtes som selvfølgelig (Pedersen & Juul, 2012). Jeg har valgt denne videnskabsteoretiske tilgang, da den giver mig mulighed for at kunne undersøge de sandhedsforståelser, der hersker omkring ulighed i sundhed, og forholde mig kritisk hertil.

Indenfor socialkonstruktivismen anses fænomener som konstrueret gennem sociale praksisser, kollektiv tænkning og sproget, og derfor vil man ud fra denne betragtning anse social ulighed i sundhed som et socialt konstrueret fænomen (Collin, 2021). Selvom specialet tager udgangspunkt i et socialkonstruktivistisk perspektiv, vil jeg dog i min forståelse af fænomener tage en smule afstand fra denne klassiske forståelse. Jeg anser den sociale ulighed i sundhed som et fænomen, der er uafhængigt eksisterende, hvorfor jeg også tidligere i specialet har præsenteret forskellige eksempler på dette, f.eks. forskelle i levealder, da jeg ikke anser disse som en social konstruktion. Jeg anser den sociale ulighed i sundhed som et reelt fænomen, og det vil blive betragtet sådan i dette speciale. Det, jeg derimod anser som en social konstruktion, er forklaringerne på hvorfor den sociale ulighed i sundhed findes, og dermed de årsager som social ulighed i sundhed forklares med. Det kan eksempelvis være de grupper som befolkningen opdeles i og analyseres på baggrund af sociale klasser, erhvervsgrupper osv. Dermed abonnerer

jeg på socialkonstruktivismens antagelse om, at disse forklaringer og forståelser af hvorfor social ulighed i sundhed eksisterer, ikke er naturlige, nødvendige eller uomgængelige. Jeg anser dem derfor som foranderlige og de opretholdes i dette perspektiv udelukkende af samfundsmæssige praksisser, som kan ændres hvis det ønskes (Collin, 2021). I den forbindelse anser socialkonstruktivismen fænomener og viden som historisk og kulturel specifik, og det er i den forbindelse, jeg mener, det er relevant at undersøge hvordan diskurs omkring social ulighed i sundhed har udviklet sig (Christensen, 2015).

Socialkonstruktivismen lægger op til, at fænomener som dette bør ændres, da de oftest er dysfunktionelle, hvilket fordre en grad af normativitet, og dette gør sig også til dels gældende i dette speciale (Collin, 2021). Jeg har et ønske om at klarlægge og forholde mig kritisk overfor de interesser, der konstruerer den virkelighed, som hersker omkring social ulighed i sundhed og altså ikke kun gøre det tydeligt, at der kan være forskellige teoretiske perspektiver på denne (Collin, 2021). I dette perspektiv handler normativitet ligeledes om, at jeg som forsker uundgåeligt, har en personlig holdning til emnet, hvilket både kan være bevidst og ubevidst. Derfor er det en grundantagelse, at der ikke eksisterer én sandhed om verden, der kan forklares uafhængigt af den, der observerer fænomenet. Derfor har forforståelsen, jeg møder dette felt med, en afgørende betydning for hvad jeg ser, og hvad jeg antager for at være sandt (Pedersen, 2012).

Med denne antagelse om at jeg i forskerrollen ikke kan være absolut neutral i hele forskningsprocessen, og derfor altid vil betragtes som en medkonstruktør af de resultater, som dette speciale vil frembringe, finder jeg det relevant og forsøge at beskrive mine overvejelser og forforståelse, som ligger bag den kommende analyse for at gøre specialets resultater mere gennemsigtige (Pedersen, 2012). For dette speciale gælder det, at jeg i forskerrollen er af den overbevisning, at social ulighed i sundhed ikke er retfærdigt, for de mennesker som lever kortere, har flere år med sygdom eller andet, der forringer deres livskvalitet. Derfor, mener jeg, at social ulighed i sundhed er et fænomen vi som samfund bør bestræbe os på at reducere. Med denne korte redegørelse for min forforståelse er jeg bevidst omkring, at det kan være næsten umuligt at redegøre for forforståelser fuldt ud, da disse ofte er blevet til sandheder eller naturligheder, og på den måde er ubevidste. Jeg mener dog alligevel, at redegørelsen tjener et formål for dem, som læser dette speciale, og ligeledes bidrager til gennemsigtighed (Pedersen, 2012).

## 5.2 Ontologisk og epistemologisk ståsted

Med udgangspunkt i det socialkonstruktivistiske perspektiv indtager jeg i dette speciale en ontologisk orientering, hvor der ikke blot findes én sandhed, men derimod en række af konstruerede sandheder som hver især giver mening ud fra de bestemte perspektiver, værdigrundlag samt sociale og historiske kontekster som vi befinder os i (Pedersen, 2012). Det betyder, at jeg i dette speciale ikke vil kunne komme med nogen endegyldige resultater, men derimod kan jeg frembringe et perspektiv på de sociale faktorer, der har konstrueret det, som betragtes som virkeligheden. Jeg vil kunne problematisere sandhedsopfattelsernes objektivitet, og i den forbindelse skabe en bevidsthed omkring, at det der på nuværende tidspunkt opfattes som naturligt og virkeligt, kunne være anderledes (Pedersen, 2012).

Jeg indtager en epistemologisk orientering, hvor jeg anerkender, at jeg i forskerrollen selv har bestemte diskurser i mit sprogbrug om social ulighed i sundhed, og samtidig er påvirket af diskurser. Denne epistemologiske orientering betyder, at jeg anser data som skabt gennem udforskning, forhandling og fortolkning og data påvirkes af magtforhold og forståelsesmønstre i bestemte fællesskaber og kontekster. Derudover ser jeg mig selv som en aktiv medskaber af data i kraft af mit valg af perspektiv tilgang og brug af teori samt min afgrænsning. Dette vil have indflydelse på hvilke diskurser jeg i analysen vil komme til at fremanalysere, men diskursanalysen er et redskab til nøgternt at fremskrive diskurser, hvilket betyder, at denne metode bidrager til en distance mellem mig i forskerrolle, og de resultater jeg kommer frem til (Pedersen, 2012).

Endelig betyder den epistemologiske orientering, at jeg anser viden som en form, der søger at forstå meningskonstruktioner og forståelsesmønstre i et fællesskab eller felt. Det betyder, at viden er formet af de diskurser eller sociale forhold omkring vidensproduktionen, og derfor hænger sandhed og viden unægtelig sammen, og der er derfor ingen sandhed eller viden, der er neutral. Med denne epistemologiske orientering antager jeg derfor heller ikke, at der kan opstå objektiv viden om de fænomener, jeg undersøger, da denne viden påvirkes af herskende diskurser, og vi derfor altid vil se på fænomenerne ud fra bestemte perspektiver. Der er i socialkonstruktivismen derfor også en antagelse om, at det ikke er muligt at opnå objektive sandheder. Grundantagelsen bliver dermed, at ingen forskere kan betragte de fænomener, der undersøges ud fra et neutralt standpunkt (Pedersen, 2012).



### 5.3 Diskursanalyse

Med udgangspunkt i socialkonstruktivismen som specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt samt den opstillede problemformulering finder jeg diskursanalyse relevant at anvende som metodologi. Dette skyldes socialkonstruktivismens kritiske opmærksomhed på eksisterende måder at anskue verden på gennem sproget og italesættelsen af fænomener heri, hvilket jeg ser som harmonerende med diskursanalysen (Collin, 2021).

Diskursanalysen hører under det, der overordnet kan betegnes som dokumentanalyse, og denne form for analyse kan i modsætning til f.eks. interview bidrage med data, der gør det muligt at belyse en længere periode, hvilket jeg ønsker i dette speciale, og derfor er denne type analyse relevant for besvarelsen af min problemformulering (Lynggaard, 2010). Der findes flere forskellige former for dokumentanalyse, f.eks. indholdsanalyse, som både kan være kvanti- og kvalitative. Indholdsanalyse kan bidrage med et billede af, hvor ofte udvalgte temaer og ord optræder i tekster, og dermed hvor meget disse temaer betyder og fylder i samfundet. Det kan give et billede af hvad forfatterens fokus er og om et begreb og en særlig måde at tænke på, har vundet indpas, eller om anvendelsen af bestemte begreber har ændret sig over tid (Duedahl & Jacobsen, 2010). Diskursanalysen er derimod en mere dybdegående analysestrategi, der fokuserer på at iagttage meningsdannelse, hvorfor jeg har valgt denne analysetilgang. Med diskursanalysen ønsker jeg at analysere sproglige mønstre, for at kunne forstå hvordan den sociale praksis omkring social ulighed i sundhed er konstitueret, og derved hvordan denne sociale praksis er etableret som meningsfuld, gyldig og accepteret (Horsbøl & Raudaskoski, 2016). Der findes flere forskellige diskursanalytiske tilgange at vælge mellem, her vil jeg fremhæve; Norman Faircloughs kritiske diskursteori, Laclau og Mouffes diskursteori samt Foucaults diskursanalyse.

De forskellige diskursanalytiske tilgange bærer alle en række fællestræk. Bl.a. at de beskæftiger sig med menings- eller betydningsdannelse i sproget og tekster. At den sociale betydningsdannelse er i fokus og ikke den individuelle oplevelse. At disse tilgange beskæftiger sig med konstruktioner af det sociale, og hvordan virkeligheden fremstilles i, det talte og/eller skrevne. Endelig har disse tilgange fokus på at deneutralisere det selvfølgelige ved at synliggøre at sandhedsforståelser er historisk og kulturelt betingende, og i sidste ende kunne have været og kunne blive anderledes i fremtiden (Horsbøl & Raudaskoski, 2016).

Samtidig er tilgangene forskellige, og dette viser sig primært ved deres syn på diskursens rolle i konstitutionen af verden. Faircloughs kritiske diskursanalyse adskiller den diskursive praksis

fra anden social praksis, hvilket betyder, at diskurs udelukkende omhandler tekst, tale og anden semiotik. Den diskursive og sociale praksis konstituerer i samspil gensidigt hinanden, hvilket betyder, at den diskursive praksis reproducerer eller forandrer de sociale praksisser og omvendt. Disse to former for praksis skaber tilsammen den omverden, vi lever i. Det betyder ligeledes, at der findes sociale fænomener, som ikke fungerer efter samme logikker som diskurserne, og derfor må undersøges med andre redskaber end diskursanalytiske. Laclau og Mouffes diskursteori adskiller derimod ikke diskursiv og ikke-diskursive sociale praksisser. I denne tilgang ses alle praksisser som diskursive, hvilket betyder at diskursen ses som materiel, og det derfor ikke kun er tekst og tale, der betragtes som diskursiv. Derfor bliver diskursen alene konstituerende for verden (Jørgensen & Phillips, 1999). For Foucaults diskursanalyse gælder det, at den diskursive praksis er uadskillelig fra institutioner og materialer, som understøtter og formgiver den diskursive praksis, og samtidig er sproget konstituerende for den sociale virkelighed (Villadsen, 2018).

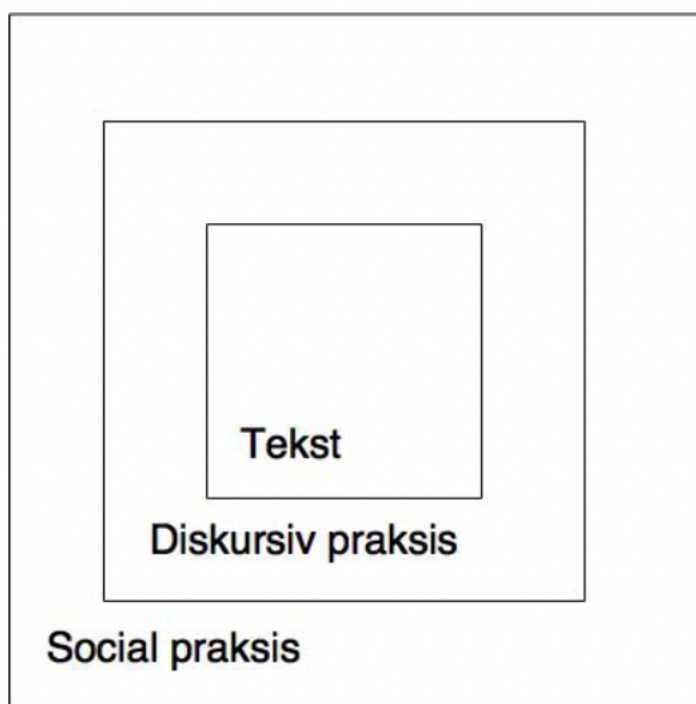
Derudover er der det analytiske fokus, som adskiller tilgangene, Laclau og Mouffes diskursteori har fokus på de abstrakte og afpersonificerede diskurser, hvilket betyder der er fokus på strukturer (Jørgensen & Phillips, 1999). Det samme gælder for Foucaults diskursanalyse, den er ligeledes abstrakt med fokus på, hvordan diskurserne er konstrueret og hvordan de forholder sig til hinanden (Bom, 2017). Faircloughs kritiske diskursanalyse har fokus på diskurserne i spændingsfeltet mellem struktur og individ, hvilket betyder at tekst i denne tilgang anses som et artefakt, hvor både diskursiv og social praksis er aflejret i (Bom, 2017). Samtidig er Faircloughs analyse tekstorienteret og fokuserer på systematisk at analysere sprogbrug, i forhold til den bredere sociale praksis som den diskursive praksis er en del af (Jørgensen & Phillips, 1999).

Jeg har valgt Faircloughs kritiske diskursanalyse på baggrund af dens adskillelse af diskursiv og social praksis, da jeg synes den stemmer bedst overens med min overbevisning om, at social ulighed i sundhed er et fænomen, der eksisterer udenom diskurserne, men at forklaringerne herpå er konstrueret af bestemte diskurser.

#### 5.4 Norman Faircloughs kritiske diskursanalyse

Ifølge Fairclough er der indenfor kritisk diskursanalyse to dimensioner, som analysen skal afdekke. Det gælder diskursordener og diskursens kommunikative begivenhed. Fairclough definerer diskursordener som diskursernes overordnede struktur og deres udvikling i samspil med

kulturelle og sociale forandringer. De kan beskrives som den overordnede måde, hvorpå bestemte sociale grupper eller institutioner formulerer sig, hvilket har betydning for de særlige diskurser, der hersker i den pågældende gruppe eller institution (Fairclough, 2008). Den kommunikative begivenhed betegnes som et tilfælde af sprogbrug, f.eks. en tekst. Den kommunikative begivenhed har tre relationelle dimensioner; *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis*, som udgør Faircloughs tredimensionelle model til kritisk diskursanalyse, som ses nedenfor i figur 1 (Jørgensen & Phillips, 1999). Disse tre dimensioner danner grundlag for min analyse af de diskursive forståelser af sociale ulighed i sundhed.



Figur 1 (Fairclough, 2008)

Dimensioner i den tredimensionelle model er teoretisk adskillelige, og jeg vil derfor i de kommende afsnit beskrive hvert enkelt trin. Dog er de alle i praksis indbyrdes afhængige, og de vil derfor alle tre indgå som en del af den kommende analyse. Det er denne tredimensionelle model, som vil udgøre analysestrategien for analysen her i specialet, da den kan bidrage til en forståelse af sammenhængen mellem sproget i den empiri, jeg har udvalgt og den sociale praksis. Modellen og de tre trin indeholder mange begreber, men ifølge Fairclough er det muligt at udvælge bestemte begreber alt efter hvilke, der har relevans for den pågældende undersøgelse

(Fairclough, 1992). Jeg har udvalgt de analytiske begreber, som jeg finder relevante for besvarelsen af min problemformulering, og disse vil derfor indgå i analysen. I det kommende vil jeg beskrive hvorledes jeg anvender hvert enkelt trin i modellen inkl. dets tilhørende begreber i min analyse.

#### 5.4.1 Tekst

Det første trin i Faircloughs tredimensionelle model fokuserer på tekst, og er karakteriseret ved primært at være beskrivende, i modsætning til de to andre trin der er mere fortolkende (Fairclough, 2008). Jeg vil i dette trin lave en detaljeret tekstanalyse, som skal bidrage med en undersøgelse af diskurser omhandlende social ulighed i sundhed, og hvordan disse viser sig tekstuel. Til denne detaljerede tekstanalyse har jeg udvalgt Faircloughs begreber; *ordvalg*, *modalitet*, *affinitet* og *antagelser* (Fairclough, 1992).

Når jeg anvender *ordvalg* i min analyse, vil jeg fokusere på de specifikke ord som optræder i empirien. Det konkrete ordvalg kan siges at afspejle bestemte holdninger, værdier og ideologisk overbevisning, det kunne eksempelvis være valget af ordet ”rygerlunger” (Fairclough, 1992). I analysen af *modalitet*, vil jeg have fokus på at analysere forfatterens grad af usikkerhed, sandsynlighed eller nødvendighed i teksternes udsagn. Modaliteten angiver, hvor stærkt eller svagt et udsagn hævder noget om virkeligheden, og har derfor betydning for diskursens konstruktion af sandhed, og kan dermed påvirke modtagerens opfattelse af, hvor troværdigt eller pålideligt et udsagn er. Et eksempel på modalitet kunne være ”... *det samlede tobaksforbrug (...) er den risikofaktor, der stærkest hænger sammen med (...) KOL.*”, her angiver adverbiet *stærkest*, men også modalitetsverbet *er*, at der er en stærk konstruktion af sandhed. I forbindelse med modalitet bruger Fairclough begrebet *affinitet*, som beskriver graden af tilslutning, som i eksemplet vil være høj i kraft af den høje grad af sandhedskonstruktion. Denne del af analysen vil derfor kunne bidrage med et indblik i, måden hvorpå viden bliver fremført og dermed også indblik i, hvor stor grad af sikkerhed der ligger bag udvalgte udsagn (Jørgensen & Phillips, 1999). *Antagelserne* er ifølge Fairclough implicite påstande eller overbevisninger, som ligger til grund for tekster. Antagelserne kan både være bevidste eller ubevidste og påvirke på den måde, hvorpå forfatterne formulerer, og præsenterer budskaber på. Fairclough mener, at antagelser er vigtige at analysere, da de kan påvirke modtagerens opfattelse af teksten og bidrage til at opretholde eller udfordre eksisterende magtstrukturer og ideologier i samfundet. Analysen af antagelser vil derfor kunne give et billede af de underforståede ideologier og verdenssyn, som forfatterne bringer med sig, og hvordan disse kan påvirke teksterne. Ved analyse af antagelser vil jeg undersøge tre forskellige typer af antagelser, som Fairclough definerer;

*eksisterende antagelser, propositionelle antagelser og værdiantagelser.* De eksisterende antagelser er implicite påstande eller overbevisninger, om hvorvidt fænomener findes. De er ofte ubevidste, da de allerede eksisterer i samfundet eller den kulturelle kontekst hvorfra teksten udspringer. Et eksempel på en eksisterende antagelse kunne være *"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at levet livet, som vi vil."* Disse antagelser kan have stor indflydelse på det sprog, der viser sig i teksten og dermed hvordan budskaber formuleres. Propositionelle antagelser refererer til de implicite påstande eller overbevisninger, som ligger til grund for selve argumentationen i en tekst eller tale. Et eksempel på den sådan antagelse kan være *"Uddannelse har vist sig at være nok en af de bedste veje til at skabe sundhed (...)"*. De er ofte mere bevidste og bevidst anvendt i sprogbrugen for at støtte en bestemt position eller dagsorden. Disse antagelser kan være implicite påstande om årsager til et problem, eller om fordele ved en bestemt løsning. Værdiantagelserne refererer til de implicite påstande eller overbevisninger, som ligger til grund for vurderingen af bestemte ting eller fænomener. De kan være implicite og ofte ubevidste, men kan stadig have stor indflydelse på kommunikationen. For eksempel kan værdiantagelser om, hvad der er godt og dårligt, smukt eller grimt, have indflydelse på, hvordan sprogbrugeren beskriver og vurderer en bestemt ting eller fænomen (Fairclough, 2003). Et eksempel på en værdiantagelse kan lyde *"Beregningskøn viser at en mandlig ryger koster samfundet ca. 150.000 i direkte udgifter."*

#### 5.4.2 Diskursiv praksis

I det andet trin er den diskursive praksis i fokus, og denne indeholder tre processer; tekstens produktionen, distribution og konsumtion. De betragtes alle som sociale processer, og kan variere alt efter typen af diskurs og kontekst, de indgår i (Fairclough, 1992). De tre processer indeholder hver især et hovedelement; Intertekstualitet og interdiskursivitet fokuserer på tekstens produktion, intertekstuelle kæder fokuserer på teksters distribution, og teksters kohærens fokuserer på teksters konsumtion (Fairclough, 1992). Når den diskursive praksis skal analyseres, skal man ifølge Fairclough, undersøge hvordan forfattere anvender eksisterende diskurser og genrer til at skabe tekster, og hvordan modtagere af tekster også anvender eksisterende diskurser og genrer til at forstå og fortolke teksten (Jørgensen & Phillips, 1999). Jeg vil i min analyse af den diskursive praksis holde fokus på intertekstualitet og -diskursivitet, da jeg ønsker at undersøge, hvordan teksterne trækker på eksisterende diskursordener, der er til stede i den diskursive praksis, og hvordan disse bidrager til enten opretholdelse eller ændring i diskursordenen (Fairclough, 1992).

Den diskursive praksis betegnes af Fairclough som en særlig form for social praksis (Fairclough, 1992). Den diskursive praksis formidler teksternes forhold til den sociale praksis, og det er således kun via den diskursive praksis, hvor sproget anvendes til at skabe og konsumere tekster, at teksterne kan påvirke og blive påvirket af den sociale praksis (Jørgensen & Phillips, 1999). Det er derfor ifølge Fairclough vigtigt at fokusere på, hvilke elementer af diskursordenen der anvendes, og hvordan de anvendes, i skabelsen og fortolkningen af mening og betydning. Dette er nødvendigt for at kunne vurdere, om den diskursive praksis reproducerer eller ændrer diskursordenen. Den diskursive praksis bidrager både til at reproducere samfundet, når talemønstrene i sociale identiteter og relationer er konsistente, men kan også medvirke til at ændre samfundet afhængigt af den måde, der tales på i forskellige sammenhænge (Fairclough, 1992). Den diskursive praksis forbinder på den måde den sociale virkelighed med den konkrete kommunikative begivenhed (Jørgensen & Phillips, 1999).

Når jeg anvender begrebet intertekstualitet i min analyse, vil jeg undersøge, hvordan teksten er forbundet i en intertekstuel kæde, og i den forbindelse trækker på elementer fra forskellige diskurser og tidligere tekster (Jørgensen & Phillips, 1999). Det kunne eksempelvis se vise sig således *"En opdateret beregning af de samfundsøkonomiske konsekvenser foretaget af Statens Institut for Folkesundhed i 2012 (...)"*. Når jeg undersøger begrebet interdiskursivitet, ser jeg på, hvordan forskellige diskurser bliver forbundet og udtrykt inden for og på tværs af grænserne mellem forskellige diskursordener (Jørgensen & Phillips, 1999). Et eksempel på dette kunne lyde *"Udsatte gruppers forestilling om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet."*, hvorved der både trækkes på en stigmatiserings- og en sundhedsdiskurs. Intertekstualiteten og interdiskursivitet kan føre til en reproduktion af eksisterende diskurser, men kan ligeledes føre til en ændring eller transformation af enkelte diskurser, ved at kombinere elementer fra forskellige typer af diskurser (Fairclough, 1992). Ved at anvende eksisterende diskurser på nye måder, kan der opstå forandring, og i min analyse af teksternes intertekstualitet og interdiskursivitet vil jeg derfor have mulighed for at undersøge, om der forekommer diskursiv reproduktion eller forandring (Jørgensen & Phillips, 1999).

### 5.4.3 Social praksis

Det tredje trin i modellen har fokus på den sociale praksis. Fairclough beskriver, at analysen af den sociale praksis integrerer det diskursive med ikke-diskursive faktorer som personer, sociale relationer, interaktioner og materielle objekter (Fairclough, 2003). Formålet med at undersøge den sociale praksis er, at forankre dimensioner for tekst og diskursiv praksis i et mere overordnet perspektiv, der tager højde for bredere samfundsmæssige forhold (Fairclough, 2008). Dette

kan dog ikke lade sig gøre udelukkende ved brug af diskursanalyse, og det er derfor ifølge Fairclough nødvendigt at anvende yderligere relevant teori, som kaster lys over den specifikke sociale praksis (Jørgensen & Phillips, 1999). Ved hjælp af perspektivet på den sociale praksis har jeg mulighed for at analysere, hvorfor diskurser om social ulighed i sundhed tager den form, de gør, og hvordan de påvirker og påvirkes af den sociale praksis og samfundets sociale strukturer.

I analysen af den sociale praksis vil jeg anvende begreberne ideologi og hegemoni (Fairclough, 1992). Ifølge Fairclough er ideologi betydninger eller konstruktioner af virkeligheden, som findes i forskellige dimensioner af diskursive praksisser, eksempelvis som i dette citat *”Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil.”*, der kan ses som et udtryk for en liberalistisk ideologi. I min analyse af den sociale praksis er det afgørende at fokusere på de ideologiske processer, der eksisterer i diskurser om social ulighed i sundhed (Fairclough, 1992). Ved at rette en kritisk opmærksomhed mod disse processer kan jeg øge bevidstheden og det kritiske blik mod de ideologisk investerede diskurser, som processerne er en del af. Fairclough beskriver hegemoni som en form for magt, der indebærer lederskab eller dominans inden for forskellige områder af samfundet, såsom politiske, økonomiske, kulturelle og ideologiske områder. Inden for disse områder foregår der hegemoniske magtkampe, som kan bidrage til både at reproducere og forandre eksisterende diskurser. Derudover spiller hegemonibegrebet en central rolle, da det kan give mulighed for at undersøge, hvordan diskurser bidrager til at reproducere eller udfordre eksisterende hegemonier i form af diskursive, sociale og kulturelle forandringer (Fairclough, 1992).

## 5.5 Valg af empiri

Genstanden for min analyse er tekst, og da jeg ønsker at undersøge diskurser forbundet med social ulighed i sundhed indenfor forebyggelse, har det været relevant at finde dokumenter inden for denne kategori. Jeg har derfor valgt at tage udgangspunkt i sekundære dokumenter, som er umiddelbart tilgængelige for alle, men ikke nødvendigvis er tiltænkt offentligheden som målgruppe (Lynggaard, 2010). Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Sundhedsprogrammet ”Sund hele livet” – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10, samt to udgivelser af forebyggelsespakker fra hhv. 2012/13 og 2018. Disse sekundære dokumenter giver indsigt i hvorledes forebyggelsesarbejdet på sundhedsområdet anbefales at blive tilrettelagt og udført, da de er tiltænkt kommuner som målgruppe. Dermed henvender dokumenterne sig til de medarbejder, som arbejder med forebyggelse samt arbejdet med social ulighed i sundhed, da disse nationale mål og strategier berører det sociale problem, at der eksisterer en socialt



skævt fordelt ulighed blandt danskernes sundhed. Jeg har valgt disse dokumenter, i det jeg ønsker at undersøge, hvordan social ulighed i sundhed kommer til udtryk i tekster vedrørende forebyggelsesindsatser. Dermed er det givet, at de tekster som er relevante for besvarelsen af min problemformulering, henvender sig til medarbejdere inden for dette område og ikke f.eks. patienter eller offentligheden generelt. Samtidig har jeg valgt dokumenter, der fokuserer på forebyggelse, da det er dette område min problemformulering fokuserer på. De udvalgte dokumenter repræsenterer bl.a. sundhedspolitiske strategier til forebyggelse og håndtering af social ulighed i sundhed, og jeg mener derfor disse dokumenter er repræsentative for den diskurs, der har været omkring social ulighed i sundhed, på det givne tidspunkt hvorpå de er udgivet. En uddybende præsentation af de enkelte dokumenter kommer i afsnit 6.1.

## 6.0 Analyse

*I dette afsnit vil jeg foretage en diskursiv analyse, af de dokumenter jeg har udvalgt for perioden 2002-2018. Formålet med denne diskursive analyse er at fremanalysere hvilke diskurser, der har været herskende omkring forebyggelse af social ulighed i sundhed i årene 2002-2018, og undersøge hvordan de har udviklet sig. Forud for selve analysen vil jeg præsentere de dokumenter, som analysen er baseret på. Disse dokumenter vil herefter omtales som kommunikative begivenheder (Fairclough, 1992).*

### 6.1 Præsentation af analysens kommunikative begivenheder

Jeg har udvalgt 5 kommunikative begivenheder som genstand for min analyse i dette speciale, som jeg i dette afsnit vil jeg lave en kortfattet beskrivelse af. Jeg præsenterer Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker samlet, da flere elementer her går igen, og jeg på den måde undgår flest mulige gentagelser. Jeg vil præsentere, hvad dokumenternes status er hver især, hvem der har udarbejdet dem og hvad de indeholder. Denne præsentation er struktureret kronologisk, så det ældste dokument præsenteres først.

#### 6.1.1 Sund hele livet

Dette sundhedsprogram er udgivet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2002 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), og bygger videre på mål fra det tidligere folkesundhedsprogram fra 1999 (Sundhedsministeriet, 1999). Programmet sætter dog et særligt fokus på indsatsen i forhold til det, der beskrives som “de store folkesygdomme”. I dette program lægges der vægt på en bred og helhedsorienteret tilgang til forebyggelsesindsatserne med fokus på en bedre sammenhæng mellem den primære forebyggelse, den enkeltes egen indsats og patientrådgivning. Programmet præsenterer sundhedspolitiske målsætninger, og tre overordnede mål som



indebærer at; middellevetiden skal øges markant, antallet af år med god livskvalitet skal øges og den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Sundhedsprogrammet skitserer udfordringer, præsenterer sundhedspolitiske mål samt strategier for forebyggelsesarbejdet på de enkelte områder. Programmet får derfor status af at være rammesættende og retningsgivende for de forebyggende indsatser. I det kommende vil jeg beskrive dette sundhedsprogram som ”Sund hele livet”.

### 6.1.2 Forebyggelsespakker

Efter “Sund hele livet” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002) er der ikke blevet udgivet lignende sundhedsprogrammer fra politisk side. Derimod har Sundhedsstyrelsen udgivet forebyggelsespakker med faglige anbefalinger til det kommunale forebyggelsesarbejde (Sundhedsstyrelsen, 2019a). Sundhedsstyrelsen henviser til, at det ifølge Sundhedslovens §119 er kommunerne, der har ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse. Forebyggelsespakkerne indeholder faglige anbefalinger til det kommunale arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Sundhedsstyrelsen beskriver ligeledes, at forebyggelsespakkerne kan bruges til at prioritere og planlægge indsatserne i kommunerne (Sundhedsstyrelsen, 2019a). Hver forebyggelsespakke indeholder et afsnit om fakta på det pågældende område, herunder bl.a. forekomst og lovgivning, dernæst et afsnit om anbefalinger og til slut et afsnit om implementering og opfølgning. I 2012 og 2013 udgav Sundhedsstyrelsen de første 11 forebyggelsespakker samt en introduktion til forebyggelsespakkerne. De omhandler emnerne alkohol, fysisk aktivitet, hygiejne, indeklima i skoler, mad og måltider, mental sundhed, overvægt, seksuel sundhed, solbeskyttelse, stoffer og tobak. I 2018 udgav Sundhedsstyrelsen 11 nye og reviderede forebyggelsespakker samt en revideret introduktion. I modsætning til de foregående sundhedsprogrammer har begge udgivelser af forebyggelsespakker udelukkende kommunerne for øjne, og de får derfor status af at være retningsanvisende for, hvordan der i kommunerne skal arbejdes med de forskellige områder, når det handler om forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 2018d). Jeg har udvalgt to forebyggelsespakker fra hver udgivelse; *tobak* og *overvægt*. Disse to har jeg valgt ud, da det for det første ikke har været muligt at inddrage alle de eksisterende forebyggelsespakker i analysen og på grund af specialets tid og omfang. Det er to områder, hvor der findes store forskelle i den sociale ulighed, hvorfor de er relevante at analysere i denne sammenhæng. Derudover beskriver Sundhedsstyrelsen i deres vejledning til kommunerne i deres arbejde med forebyggelsespakkerne, at alle forebyggelsespakkerne er vigtige, og bør prioriteres. Men hvis kommunerne har behov for at prioritere, er det følgende forebyggelsespakker, der bør prioriteres først; tobak,

fysisk aktivitet, mental sundhed, alkohol, overvægt, mad og måltider samt stoffer (Sundhedsstyrelsen, 2018c). Jeg har udvalgt disse to forebyggelsespakker, da emner omkring rygning og overvægt ligeledes er aktuelle i Sund hele livet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Jeg mener derfor, at disse forebyggelsespakker egner sig godt til analyse, for at kunne se, hvilken udvikling der har været i forhold til diskursen omkring social ulighed i sundhed.

Jeg vil behandle de udvalgte forebyggelsespakker som en samlet kommunikativ begivenhed, der repræsenterer diskursen i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker fra hhv. 2012/13 og 2018. Det vil sige at jeg i den følgende analyse, ikke analyserer hver forebyggelsespakke separat men som en samlet helhed for hver af udgivelserne.

## 6.2 Analyse af diskurserne omkring social ulighed i sundhed

Det er som tidligere beskrevet Faircloughs tredimensionelle diskursmodel, der danner rammen for min analyse. Analysen er derfor delt op i de tre dimensioner *tekst*, *diskursiv praksis* og *social praksis* hvori de tre kommunikative begivenheder analyseres, for at kunne fremanalysere de mulige udviklinger der finder sted i diskursen omkring social ulighed i sundhed i perioden 2002-2018.

### 6.2.1 Tekst

*I dette afsnit vil jeg analysere teksten for de tre kommunikative begivenheder, som udgør den første dimension i Faircloughs kritiske diskursanalyse. Tekstanalysen indeholder de overordnede temaer; ordvalg, modalitet, affinitet og antagelser.*

#### *Adfærd*

Adfærd er et centralt tema i "Sund hele livet" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), og befolkningens adfærd tillægges en særlig relation til sundhed. Adfærden beskrives med ordvalg som; *sundhedsadfærd*, *levevis* og *livsstil*. I "Sund hele livet" beskrives mål for såkaldte *risiko*- eller *livsstilsfaktorer*, som omhandler eksempelvis rygning, alkohol og fysisk aktivitet. Disse specifikke ordvalg tegner et mønster af en forståelse af sundhed som et resultat af den enkeltes adfærd. Dette viser sig i de antagelser som præsenteres i den kommunikative begivenhed. Her er der eksisterende antagelser om, at sundheden er den enkeltes ansvar, og at den enkelte borger, med udgangspunkt i information, er i stand til at træffe velbegrundede valg omkring deres sundhed. Det viser sig bl.a. når det beskrives at; *"Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning."* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Citatet viser at der er en eksisterende antagelse om,

at de borgere som har det, der beskrives som en usund livsstil, har ansvaret for deres egen sundhedssituation, da denne er en konsekvens af de valg, den enkelte har truffet f.eks. et valg om at ryge. Dette ses ligeledes i ordvalget *rygerlunger*, som dækker over sygdommen KOL (Kronisk obstruktiv lungelidelse). Det specifikke ordvalg kan være tegn på en forståelse af KOL som et resultat af rygning, og dermed ikke andre udefrakommende faktorer som f.eks. arbejdsmiljø eller lignende. Derfor bliver KOL i denne kommunikative begivenhed udlagt som en lidelse, den enkelte er selvforskyldt i, da den er en konsekvens af valget om at ryge.

Udsagnene i ”Sund hele livet” bærer præg af modalitet og en høj grad af affinitet, og dette gælder generelt for hele sundhedsprogrammet. I forhold til rygning og KOL kan modaliteten eksempelvis ses i dette udsagn; *”Sygdommens sværhedsgrad afhænger af individuelle faktorer, men det samlede tobaksforbrug (antal cigaretter gennem årene) er den risikofaktor, der stærkest hænger sammen med lungefunktionsnedsættelsen og dermed funktionsbegrænsningen ved KOL.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Modaliteten består i brugen af modalitetsverberne *afhænger* og *er*, hvilket skaber en vis grad af affinitet, men særligt i den sidste del af sætningen hvor adverbiet *stærkest* bruges til at beskrive, hvorledes tobaksforbrug hænger sammen med KOL skabes en høj grad af affinitet. Det samme gør sig gældende for diabetes; *”Aldersdiabetes er en velfærdssygdom, klart relateret til livsstil.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), hvor modalitetsverbet *er* og adverbiet *klart* bidrager til en høj grad af affinitet i udtrykket. I dette citat er der en meget høj grad af affinitet i adverbiet *klart*, hvilket betyder at der dannes et billede af, at det der beskrives som aldersdiabetes, er et resultat af livsstil. Det bliver endnu engang tydeligt i ordvalget *velfærdssygdom* som eksempelvis aldersdiabetes, der ifølge ”Sund hele livet” relaterer sig til livsstil, og derfor skyldes den enkeltes adfærd. Det gælder generelt for denne kommunikative begivenhed, at den enkelte borger er i fokus og ansvaret hos den enkelte ligeledes. Det kan eksempelvis ses når det i ”Sund hele livet” beskrives at; *”Folkesundhedsarbejdet kan bedst udbygges og udbredes ved, at vi vedkender os vores ansvar og handler herudfra.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Her er det en propositionel antagelse om, at sundhed afhænger af handlinger og dermed det ansvar, som den enkelte tager for egen sundhed. Dermed tegner der sig et billede af, at der i denne kommunikative begivenhed hersker en forståelse omkring, de borgere som lever et langt og sundt liv, er et resultat af gode valg og ansvarlighed for egne handlinger. Dermed må det modsatte også være tilfældet, for de borgere som lever med de såkaldte velfærdssygdomme. De har ligeledes truffet bevidste valg, der har ført til, at de bærer disse sygdomme. En propositionel antagelse i den

kommunikative begivenhed er derfor at den sociale ulighed i sundhed, der præger samfundet, skyldes handlinger og adfærd og dermed individuelle faktorer som det mest afgørende.

I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 findes der en eksisterende antagelse om, hvad der er hhv. sund og usund adfærd, det ses eksempelvis i det følgende *"Dels har hensigtsmæssige mad-, drikke- og fysisk aktivitetsvaner i sig selv en gavnlig effekt på helbredet, dels bidrager uhensigtsmæssige mad-, drikke- og fysisk aktivitetsvaner væsentligt til udviklingen af overvægt."* (Sundhedsstyrelsen, 2013). Dette udsagn indeholder modalitet og en forholdsvis høj grad af affinitet i brugen af adverbiet *væsentligt*, da dette er med til at konstruere en sandhedsforståelse om, at de uhensigtsmæssige vaner bidrager til udviklingen af overvægt. En følge af usund adfærd er, ifølge forebyggelsespakkernes eksisterende antagelser, et dårligt helbred, det ses eksempelvis i udtrykket *"Personer der ryger har ringere helbred, oftere er afhængige af hjælp i deres sidste leveår, oftere får førtidspension og generelt har dårligere selvrapporteret livskvalitet."* (Sundhedsstyrelsen, 2012) og det bakkes op af udtrykket *"Rygning er den vigtigste forebyggelige årsag til tab af gode leveår"* (Sundhedsstyrelsen, 2012). Begge udtryk indeholder modalitetsverberne *har, er, får* samt adverbiet *vigtigste*. På den måde konstrueres der i disse udsagn en sandhedsforståelse om, at dette er sandhed, og derved opbygges modalitet og en høj grad af affinitet. Et dårligt helbred er ud fra forebyggelsespakkerne en konsekvens af usund adfærd, hvilket eksemplificeres i udtrykket *"Risikoen for en rygerelateret sygdom og død øges med rygemængde, ung alder ved rygedebut, antallet af år, der er blevet røget, og jo senere et eventuelt rygestop iværksættes."* (Sundhedsstyrelsen, 2012). En anden eksisterende antagelse i forebyggelsespakkerne omhandler hvordan helbredstilstanden i befolkningen er skævt fordelt, det beskrives at *"(...) jo kortere uddannelse, jo højere forekomst af både moderat og svær overvægt"* (Sundhedsstyrelsen, 2013), og det samme gælder for rygning hvor *"(...) risikofaktorer er mere udbredt blandt mindre ressourcestærke borgere, vil de helbredsmæssige konsekvenser af rygning også være størst blandt disse borgere."* (Sundhedsstyrelsen, 2012). De eksisterende antagelser omhandler med andre ord, at der er bestemte grupper i samfundet, som pga. eksempelvis lavere uddannelsesniveau i højere grad har en usund adfærd. I den forbindelse anvendes der ordvalg for bestemte sygdomme generelt i forebyggelsespakkerne, det drejer sig om *livsstilssygdomme* og *overvægtrelaterede sygdomme*. Disse udsagn indeholder propositionelle antagelser, der omhandler at den sociale ulighed i sundhed, skyldes adfærd og at mindre ressourcestærke borgere, i højere grad lever et liv med risikofaktorer, og derfor lider under denne ulighed. Det ses eksempelvis i dette udsagn *"Der er social ulighed i forekomsten af moderat overvægt og i endnu højere grad i forekomsten af svær overvægt"* (Sundhedsstyrelsen,

2013), her er der gjort brug af udtrykket *endnu højere grad*, hvilket giver udtrykket en høj grad af affinitet, og dermed styrker konstruktionen af sandhed i dette udsagn. Derudover bruges modalitetsverbet *er*, som ligeledes bidrager hertil.

I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 kan der findes propositionelle antagelser om, at social ulighed i sundhed opstår som en konsekvens af individuelle faktorer, det ses f.eks. her "*Anbefalingerne tager sigte på at give et væsentligt bidrag til at begrænse den sociale ulighed i sundhed, idet brugen af tobak er en væsentlig årsag hertil.*" (Sundhedsstyrelsen, 2012). I dette udsagn er der en høj grad af affinitet, når adverbiet *væsentligt* anvendes i beskrivelsen af tobak som en årsag til social ulighed i sundhed. Brugen af tobak, og dermed den adfærd den enkelte udviser i den forbindelse, er ifølge denne antagelse en årsag til social ulighed i sundhed. Men der viser sig også en anden propositionel antagelse, nemlig at de samfundsmæssige forhold også spiller en rolle i den sociale ulighed i sundhed. Det ses f.eks. i dette citat;

*"Da udvikling af overvægt er et resultat af både individuelle og samfundsmæssige forhold, er det væsentligt ikke at se overvægt alene som et individuelt anliggende og den enkeltes ansvar, men at erkende betydningen af og prioritere arbejdet med de samfundsmæssige rammer."* (Sundhedsstyrelsen, 2013)

De forebyggende indsatser i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 fokuserer således både på individuelle og samfundsmæssige rammer, og dette udsagn bakkes op af andre lignende, der indeholder modalitet, og har en høj grad af affinitet, eksempelvis "*Den største effekt af det tobaksforebyggende arbejde ses, når indsatserne er omfattende, flerstrengede og spiller sammen*" (Sundhedsstyrelsen, 2012). Her er det adverbiet *største*, der skaber den høje grad af affinitet og dermed en konstruktion af dette som sandheden. Men denne antagelse bærer alligevel præg af, at fokus hovedsageligt har været på de individuelle faktorer som adfærd. I den forbindelse fylder de individuelle faktorer som adfærd ligeledes meget i forebyggelsespakkernes ordvalg, eksempelvis tobak beskrives som en *livsstilsfaktor*, som f.eks. kan stoppes gennem en *livsstilsændring* for at forebygge udviklingen af *livsstilssygdomme*. Men denne livsstilsændring i forhold til rygning kræver *rygestopparathed*. Det samme gælder for overvægt, her er der fokus på *hensigtsmæssige mad-, drikke- og fysisk aktivitetsvaner*, som står i modsætning til *uhensigtsmæssige mad-, drikke- og fysisk aktivitetsvaner*. For at rette op på dette og opnå det der beskrives som *normalvægt* er der behov for *adfærdsmodifikation* eller *adfærdsændring*. Der hersker i forebyggelsespakkerne en eksisterende antagelse om, hvad der er sunde og usunde

vaner, og at usunde vaner er dårlige valg, som den enkelte skal ændre gennem ændring af adfærd.

Indsatserne i forebyggelsespakkerne fra 2018 er rettet mod individer og individuelle handlinger, hvilket er i overensstemmelse med de propositionelle antagelser om, at social ulighed i sundhed er en konsekvens af adfærd og livsstil. Det gælder eksempelvis udsagn som *”Indsatsen rettes mod hele familien og omfatter mad og måltider, fysisk aktivitet og støtte til adfærd ændring (...)”* (Sundhedsstyrelsen, 2018a), og *”Unge og deres forældre er de vigtigste samarbejdspartnere i forhold til at forebygge rygning”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Forebyggelsespakkerne har fokus på at forebygge gennem *adfærdsændringer*, og det der kan betegnes som samarbejde med borgerne, ordvalg der igen repræsenterer den propositionelle antagelse om adfærdens negative betydning i forhold til social ulighed i sundhed. En mulig indsats til at ændre befolkningens adfærd er kampagner, og i forebyggelsespakkerne beskrives det at disse har *”(...) potentiale til at påvirke individuel adfærd og sociale normer, som kan være med til at påvirke udviklingen i befolkningens tobaksforbrug.”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Her får indsatserne i forebyggelsespakkerne et fokus på de sociale normer, som spiller ind, når det handler om livsstil og adfærd. På den måde får den gennemgående propositionelle antagelse, om adfærd som grund til social ulighed i sundhed, en ekstra dimension. Livsstil og adfærd suppleres med fokus på ordvalg som *sociale kompetencer, social påvirkning og denormalisering af rygning*. Dette ordvalg repræsenterer en anden propositionel antagelse om, at sociale strukturere og normer ligeledes spiller en rolle, når det handler om social ulighed i sundhed. Derfor pointeres det i forebyggelsespakkerne, at det er vigtigt, at medarbejdere der arbejder med forebyggelse har *”(...) viden om og kendskab til: Kapacitetsopbygning og tilpasning”* og initiativer skal fokusere på at *”(...) at styrke elevernes sociale kompetencer generelt og træne dem til at forstå og modstå social påvirkning”* (Sundhedsstyrelsen, 2018a). For at kunne ændre adfærd, har befolkningen ifølge forebyggelsespakkerne brug for kapacitet og sociale kompetencer, fordi disse bærer præg af den propositionelle antagelse om, at disse to faktorer er afgørende for den sociale ulighed i sundhed.

### *Udvalgte grupper*

”Sund hele livet” har ligeledes et fokus på udvalgte grupper i samfundet og deres sundhedstilstand. Disse grupper omtales på flere måder, og der er derfor et bredt ordvalg til beskrivelserne af disse grupper f.eks. *de svageste og udsatte grupper, en række risikogrupper, de svageste og udsatte, risikopersoner, personer med særlig risiko, en lille gruppe udsatte, svage gravide, en mindre gruppe af meget svage gravide, de svageste i samfundet*. Ordvalget spænder bredt for

disse grupper, men for dem alle gælder det, at de i den kommunikative tilskrives særlige træk, som adskiller dem fra resten af befolkningen. Dette ses ligeledes i det følgende;

*”Det er derfor vigtigt, at indsatsen for at forbedre disse gruppers sundhed og velfærd sker på deres egne præmisser og inddrager den enkelte i tilrettelæggelsen af indsatsen. Udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

Dette citat kan ses som et eksempel på en propositionel antagelse om, at bestemte befolkningsgrupper bevidst vælger et liv med, det som det der i ”Sund hele livet” defineres som, risikofaktorer. Dette skyldes forestillingen om, hvad et godt liv er, og dette har disse grupper og resten af befolkningen ifølge citatet delte meninger om. I relation til den sociale ulighed i sundhed kan denne propositionelle antagelse ses, som en forklaring på hvorfor denne ulighed eksisterer. Det viser også en konstruktion af den sociale ulighed i sundhed som en dikotomi ved at have et særligt fokus på disse udvalgte grupper. Der er som tidligere beskrevet et gennemgående fokus på, at individet skal tage ansvar for egen sundhed, og at alle derfor også har ret til at leve det liv, de gerne vil. For at kunne træffe bevidste og velovervejede valg i forhold til sundhed, har befolkningen brug for viden herom, og der hersker i den forbindelse en eksistentiel antagelse om sunde og usunde vaner, som borgerne skal informeres om, for at dette kan lade sig gøre. Det beskrives, at det er vigtigt at give; *”(...) den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Her viser ordvalget *egenindsats* og *egenomsorg* igen, at der er et stort fokus på den individuelle indsats, og det ansvar borgerne selv bærer for sundheden. I den forbindelse er der modalitet og en stærk grad af affinitet, når det i ”Sund hele livet” beskrives at; *”Kendskab til risikofaktorer er grundlaget for målrettet forebyggelse.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Her gør valget af ordet *grundlaget* samt modalitetsverbet *er* det tydeligt for læseren, at hvis ikke borgerne har kendskab til risikofaktorerne, så kan forebyggelse ikke lade sig gøre. Endnu engang bærer individet en vigtig del af ansvaret for det forebyggende arbejde omkring danskernes sundhed. Men ikke alle har brug for den samme indsats og derfor beskrives det ligeledes, at der kan være behov for *”(...) en speciel opmærksomhed og indsats i forhold til en række risikogrupper.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Dette skyldes, at det i ”Sund hele livet” pointeres, at samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper. Denne antagelse kan kategoriseres som en propositionel antagelse om, at disse udvalgte grupper ikke er i stand til følge de initiativer, der er rettet mod den resterende del af befolkningen. Det er

ifølge denne antagelse nødvendigvis med særlige indsatser til disse grupper, hvilket indikerer, at det er samfundets ansvar at etablere indsatser særligt tiltænkt disse grupper.

Også i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der et særligt fokus på udvalgte grupper i samfundet. Disse beskrives med ordvalg som *mindre ressourcestærke grupper, særligt sårbare, særlige målgrupper* og *socialt udsatte*. Det gælder ligeledes for bestemte områder, her bruges ordvalget *udvalgte boligområder, boligområder med mange rygere og boligområder med særlige problemstillinger*. Disse grupper og geografiske områder distanceres gennem ordvalget fra den øvrige befolkning og andre geografiske områder, eksempelvis som i citatet; *"Kommunen iværksætter opsøgende rekruttering til rygestoptilbud tilpasset særlige målgrupper, der gennemføres og placeres lokalt i udvalgte boligområder, hvor koncentrationen af rygere er særligt stor."* (Sundhedsstyrelsen, 2012). Dette ordvalg betyder samtidig, at disse grupper og områder kræver en særlig indsats, hvilket indikerer en dikotomisk forståelse af uligheden, og det viser sig i forebyggelsespakkernes antagelser. Der er en eksisterende antagelse om, at usund adfærd som rygning og overvægt er årsagen til den sociale ulighed i sundhed i befolkningen, dette ses eksempelvis i de følgende citater;

*"Da både forekomsten og effekten af tobaksrygning er socialt skævt fordelt, har den en stor betydning for ulighed i sundhed i den danske befolkning."* (Sundhedsstyrelsen, 2012)

*"Forekomsten af overvægt er højere blandt arbejdsløse, efterlønsmodtagere og førtidspensionister end blandt beskæftigede. Fx optræder svær overvægt dobbelt så ofte blandt førtidspensionister som blandt beskæftigede."* (Sundhedsstyrelsen, 2013)

Sundheden fordeler sig således skævt i den danske befolkning, hvilket fører til social ulighed, og det forekommer bl.a. på grund af faktorer som rygning og overvægt. For at nå de særlige grupper er der propositionelle antagelser om, at det kræver særlige indsatser rettet mod disse grupper, og det viser sig bl.a. i følgende citat; *"Erfaringer viser endvidere, at rygestopforløb målrettet specifikke målgrupper er mere effektive end generelle rygestopforløb til en ikke-specificeret målgruppe."* (Sundhedsstyrelsen, 2012). Denne antagelse antyder en forståelse af social ulighed i sundhed som en konsekvens af individuelle handlinger, og samtidig en antagelse om at disse grupper ikke profiterer af de indsatser, der normalvis iværksættes. Disse grupper kræver derfor en særlig indsats, og denne antagelse bliver tydelig i det dette citat; *"Derudover bør det overvejes, hvordan indsatser kan gøres relevante og tilgængelige for socialt sårbare og udsatte borgere og derved bidrage til at reducere den sociale ulighed (...)"* (Sundhedsstyrelsen, 2012).



Det samme gør sig gældende for forebyggelsespakkerne fra 2018, her er der generelt mange ordvalg, der dækker over udvalgte samfundsgrupper, de beskrives som *særligt sårbare, socialt udsatte, mindre ressourcestærke, den laveste socialgruppe, personer med lavere socioøkonomisk status, højrisikogrupper, samt særlige grupper*. Alle ordvalgene distancerer disse grupper fra den resterende befolkning, hvilket resulterer i en konstruktion af uligheden som en dikotomi, i og med disse grupper kræver særlige indsatser. Denne distancering er dog ikke kun tydelig i ordvalget, men er også fremtrædende i udvalgte udsagn eksempelvis dette ”*Socialt udsatte borgere ønsker – ligesom andre rygere – at stoppe med at ryge, og de vil gerne have hjælp til det. Fordi socialt udsatte ofte er mere afhængige af nikotin end andre og har flere svære udfordringer i livet, har de som regel brug for mere støtte og særligt tilrettelagte tilbud.*” (Sundhedsstyrelsen, 2018b). Dette udsagn indeholder ikke blot et bestemt ordvalg i forhold til denne udvalgte gruppe af rygere, men der er derudover ordvalg, som bidrager til distanceringen af denne gruppe fra den øvrige befolkning, det gælder udtrykkene *mere afhængige, flere svære udfordringer og mere støtte og særligt tilrettelagte tilbud*. Distancen mellem disse grupper og den øvrige befolkning ses endnu en gang i forebyggelsespakkernes propositionelle antagelse om, den sociale ulighed i sundhed er et resultat af adfærd og handlinger i eksempelvis følgende udsagn;

”*Hvis andelen af eksrygere og personer, der ryger, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der have været 15-43 procent færre dødsfald, tabte leveår, somatiske og psykiatriske hospitalskontakter, kontakter til alment praktiserende læge, kortvarigt og langvarigt sygefravær, ny-tilkendte førtidspensioner, sundhedsøkonomiske omkostninger samt produktionstabsomkostninger.*” (Sundhedsstyrelsen, 2018b).

Hvis alle befolkningsgrupper havde samme adfærd som den befolkningsgruppe med mellem-lang/languddannelse, ville der være færre rygere, og det samme gælder for de øvrige såkaldte risikofaktorer.

### *Økonomi*

De kommunikative begivenheder indeholder alle et perspektiv på økonomi og i den forbindelse værdiantagelser. I ”*Sund hele livet*” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002) beskrives de økonomiske aspekter af sundhed eksempelvis i udsagnet; ”*Beregningssskøn viser at en mandlig ryger koster samfundet ca. 150.000 kr. i direkte udgifter og over 350.000 kr. i indirekte udgifter fra han er 35 til 89 år. En tilsvarende ikke-ryger koster henholdsvis 75-100.000 kr. og ca.*

200.000 kr. ". De økonomiske tab ved usund adfærd, som eksempelvis rygning i dette citat, symboliserer en værdiantagelse i "Sund hele livet" omkring, at den enkelte borger som lever med en eller flere risikofaktorer, er en udgift for samfundet, og på den måde bliver disse borgere en økonomisk byrde. Denne værdiantagelse er ligeledes at finde i det følgende "*Det er sygdomme, der har store menneskelige omkostninger, og samtidig koster milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen.*" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Der fokuseres i begge citater på det økonomiske aspekt, hvilket kan indikere en økonomisk antagelse om, at det danske sundheds- og socialvæsen bruger unødvendige midler på behandling af sygdom, som kunne være undgået eller begrænset ved en anden adfærd. I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der værdiantagelser, som angiver det økonomiske tab, der følger af eksempelvis rygning og overvægt. Det beskrives i forebyggelsespakkerne f.eks. "*Udgiften til førtidspensio-  
ner relateret til overvægt forventes at udgøre 190 mio. kr. for kommunerne i 2012.*" (Sundhedsstyrelsen, 2013), dette økonomiske fokus angiver en værdiantagelse om, at kommunernes udgifter til førtidspension kunne være lavere, hvis ikke overvægt var en udfordring for befolkningens sundhed, og at der i den forbindelse er andre vigtige ting, som kræver økonomisk fokus i sundhedsvæsenet. I forhold til rygning beskrives det at "*(...) rygning medfører et årligt netto merforbrug i sundhedsvæsenet på ca. 3,5 mia. Kr.*" (Sundhedsstyrelsen, 2012). I denne værdiantagelse gøres der brug af ordvalget *merforbrug*, hvilket forstærker værdiantagelsen om, at det er penge som ikke bør bruges på dette område, fordi både rygning og overvægt er en konsekvens af borgernes handlinger. Forebyggelsespakkerne fra 2018 lægger vægt på en værdiantagelse om, at hvis alle befolkningsgrupper havde samme adfærd som den befolkningsgruppe med mellemlang/languddannelse, ville der være færre rygere, og det samme gælder for de øvrige såkaldte risikofaktorer. Der er i forebyggelsespakkerne fokus på de økonomiske omkostninger, og dette fokus angiver en værdiantagelse om, at det økonomiske aspekt spiller en vigtig rolle i forebyggelsesarbejdet. Det er særligt udtalt i dette citat "*Gevinsterne ved kommunale rygestopforløb er store, og kommunale rygestopforløb er særdeles omkostningseffektive, sådan at meromkostningerne ved indsatsen er lave sammenholdt med de sundhedsgevinster, der opnås i forhold til andre indsatser.*" (Sundhedsstyrelsen, 2012). Dette udsagn bærer præg af en værdiantagelse om, at en given forebyggelsesindsats økonomisk skal kunne betale sig. Groft sagt er det ikke en interessant investering i forebyggelse, hvis det eneste resultat er en øget sundhed i befolkningen. Forebyggelsesindsatserne skal, ud fra denne antagelse, kunne bidrage med økonomiske gevinster også, og der er ifølge forebyggelsespakkerne "*(...) dokumentation for store sundhedsmæssige gevinster ved at forebygge overvægt og svær overvægt i befolkningen*" (Sundhedsstyrelsen, 2013). I dette udsagn er affiniteten høj som følge af adverbiet *store*,

da dette underbygger konstruktionen af sandhed omkring gevinsterne ved forebyggelse af overvægt.

### *Delkonklusion*

Den tekstuelle dimension i de tre kommunikative begivenheder minder i grove træk meget om hinanden, og har i høj grad fokus på de samme emner. Alle konstruerer den sociale ulighed i sundhed dikotomisk, ved at have et særligt fokus rettet mod udvalgte grupper. Men der er alligevel en udvikling at se. Det gælder særligt i ordvalg, hvor der i ”Sund hele livet” gøres brug af udsagn som *rygerlunger* om sygdommen KOL, her er der i høj grad fokus på individets ansvar for eget liv og de frie valg, for det har man, ifølge ”Sund hele livet”, ret til. I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der fortsat fokus på det individuelle ansvar, og det beskrives med ordvalg som *hensigtsmæssige* og *uhensigtsmæssige mad- og aktivitetsvaner*. Samtidig rettes der opmærksomhed på behovet for *livsstilsændringer* for at forbedre sundheden. Forebyggelsespakkerne fra 2012/13 adskiller sig tekstuel fra ”Sund hele livet” ved bl.a. at påpege, at udvikling af overvægt er et resultat af både individuelle og samfundsmæssige forhold, og derfor ikke blot kan tillægges den enkeltes ansvar. I forebyggelsespakkerne fra 2018 fortsætter fokus på det individuelle ansvar, og derfor skal sundhedstilstanden bl.a. forbedres gennem *adfærd ændringer*. Der er i disse forebyggelsespakker, til forskel fra dem udgivet i 2012/13 og ”Sund hele livet”, fokus på nye perspektiver som *sociale normer*, som havende indflydelse på danskernes sundhed. Derfor er der i disse forebyggelsespakker ordvalg som *sociale kompetencer*, *social påvirkning* og *denormalisering*, hvilket skaber en ny dimension i forebyggelsesarbejdet.

### 6.2.2 Diskursiv praksis

*I denne del af analysen vil jeg analysere den diskursive praksis, som udgør den anden dimension i Faircloughs tredimensionelle model. Her vil jeg hovedsageligt fokusere på at fremanalysere etablerede diskurstyper, men jeg vil også undersøge de kommunikative begivenheders intertekstualitet og interdiskursivitet. Denne analysedel vil være opdelt efter de fire diskurstyper, som jeg har fundet i de tre kommunikative begivenheder, det drejer sig om; ansvarsdiskurs, sundhedsdiskurs, økonomidiskurs samt stigmatiseringsdiskurs. Jeg vil i denne analysedel ligeledes undersøge, hvorledes disse diskurser bidrager til hhv. opretholdelse eller forandring i diskursordenen.*

### *Ansvarsdiskurs*

Alle tre kommunikative begivenheder trækker på en diskurs omkring ansvar. I ”Sund hele livet” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002) bliver denne diskurs tydelig i synet på den enkeltes ansvar for egen sundhed. Der er en generel antagelse om, at befolkningen selv bærer et ansvar for deres sundhed, og dermed har et ansvar for at ændre deres adfærd for at opnå sundhed. I den forbindelse skal forebyggelsesindsatserne i høj grad bygge på information, motivation og rådgivning, så den enkelte har den nødvendige viden om sundhed, og kan træffe valg i forhold til deres adfærd ud fra denne viden. Den enkelte har ret til at leve det liv som ønskes, men skal være klar over hvilke konsekvenser, bestemte valg kan føre med sig. Dette syn på ansvar harmonerer med et liberalistisk syn, som handler om at staten ikke skal styre befolkningen, men at individerne skal være i stand til at leve et frit liv. Ansvarsdiskurs betyder samtidig, at dem som ikke kan leve op til dette ansvar, står alene. Det er derfor en mulig konsekvens af denne diskurs, at den store grad af frihed bliver en udfordring for ønsket om at reducere den sociale ulighed i sundhed.

I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der fokus på hvordan, kommunerne skal arbejde med forebyggelsesinitiativer, men der er ligeledes fokus på, hvad den enkelte kan gøre for at forbedre egen sundhed eller forebygge sygdom. Derved får den enkelte en rolle og et ansvar i arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed. Forebyggelsespakkerne har bl.a. initiativer rettet mod *adfærdsændringer* og *adfærdsmodifikation*, som det beskrives at medarbejder, der varetager forebyggelsesopgaver skal have færdigheder indenfor. Det beskrives i forebyggelsespakken omkring overvægt, at det er vigtigt; ”(...) *ikke at se overvægt alene som et individuelt anliggende og den enkeltes ansvar, men at erkende betydningen af og prioritere arbejdet med de samfundsmæssige rammer*” (Sundhedsstyrelsen, 2012). Selvom samfundsmæssige rammer anerkendes som betydningsfuld for udviklingen af overvægt, er der uagtet et stort fokus på det individuelle ansvar for sundhed. Denne ansvarsdiskurs bærer præg af, at samfundsmæssige strukturer anerkendes som vigtig for udviklingen af sygdom og dermed social ulighed i sundhed, men individet er fortsat i fokus. Derved reproduceres diskursordenen i den forstand, at individet fortsat har ansvar, men der er dog også en forandring at ane, i og med at de sociale strukturers betydning anerkendes.

I forebyggelsespakkerne fra 2018 viser ansvarsdiskursen sig i og med, at der er fokus på samfundets ansvar for redueringen af sygdom i befolkningen og dermed også den sociale ulighed i sundhed. Samfundets ansvar tydeliggøres i de strukturrettede indsatser som præsenteres i forebyggelsespakkerne. Eksempelvis beskrives det at ”*Væsentlige stigninger i prisen på tobak i*

*detailhandlen forebygger rygestart, motiverer personer, der ryger, til at stoppe, og fører til reduceret forbrug blandt dem, der fortsætter med at ryge, med største indvirkning på unge og personer med lavere socioøkonomisk status”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). De strukturelle rammer har fokus i disse forebyggelsespakkerne, og angiver at samfundet, bærer en del af ansvaret for befolkningens sundhed og sygdom. Der er dog også fokus på de individorienterede indsatser, det gælder f.eks. kampagner, der har til formål at påvirke den individuelle adfærd og de sociale normer, som præger samfundet. Der er samtidig fokus på befolkningens sociale kompetencer, i forhold til at kunne træffe sunde valg. Denne adfærdsdiskurs indeholder derfor både samfundsansvar og individansvar, og dermed bidrager denne diskurs på den ene side til reproduktion af diskursordenen, da individet i nogen grad er ansvarligt for sundheden, men samtidig forandres diskursordenen, da strukturelle ramme i høj grad er i fokus i forebyggelsespakkerne, hvorfor individet får mindre ansvar.

### *Sundhedsdiskurs*

De tre kommunikative begivenheder trækker alle ligeledes på en sundhedsdiskurs. I ”Sund hele livet” bygger denne på en biomedicinsk sundhedsforståelse om, at *”Det er afgørende for et godt liv at undgå sygdom.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). En forståelse som konstruerer en snæver forestilling om, hvad et godt liv er, hvilket kan være svært for nogle borgere at identificere sig med. Målene i ”Sund hele livet” bygger på forhøjelse af middellevetiden og reduktion af den sociale ulighed. Der er fokus på risikofaktorer, og hvordan disse påvirker befolkningens sundhed. I forhold til risikofaktorerne er der en klar skellen mellem, hvad der er rigtigt og forkert, hvilket harmonerer med det gældende sundhedssyn. Eksempelvis beskrives *forkert kost* som en risikofaktor for udvikling af sygdom, og mange af initiativerne i ”Sund hele livet” handler om oplysning, information og rådgivning til borgerne. Sundhedsdiskursen tegner et billede af, at hvis alle borgere har fået tilstrækkelig viden og oplysning, er de i stand til at træffe velovervejede valg i forhold til deres sundhed, og det er denne tilgang, der i høj grad prioriteres i dette sundhedsprogram.

Forebyggelsespakkerne fra 2012/13 bærer også præg af en sundhedsdiskurs, da det er forebyggelsespakkernes formål at understøtte kommunernes forebyggelsesarbejde, og på den måde understøtte det kommunale arbejde med at fremme sundhed og forebygge sygdom i befolkningen. Der er i særlig grad fokus på de opstillede risikofaktorer i forebyggelsespakkerne, og en forebyggelse og/eller reduktion af disse kan skabe sundhed blandt befolkningen. Sundhedsforståelsen i forebyggelsespakkerne bygger i høj grad på udeblivelse af sygdom, hvorfor den kan beskrives som biomedicinsk. Forståelsen af sundhed bliver derved snæver i den forstand,

at der ikke tages højde for hvad sundhed kan være for den enkelte, det ses eksempelvis i forebyggelsespakken omkring overvægt, hvor det står beskrevet at; *”At bevare normalvægten er vigtigt for den enkeltes sundhed og bidrager til at forebygge en lang række sygdomme og tilstande, som personer med overvægt er i øget risiko for at udvikle.”* (Sundhedsstyrelsen, 2013). Forebyggelsespakkerne fremhæver særligt udvalgte grupper som særligt sårbare overfor risikofaktorer, og påviser dermed en sundhedsforståelse, der ser den sociale ulighed i sundhed som en dikotomi. Det beskrives dog alligevel i forebyggelsespakken om overvægt at; *”Der ses en tydelig social gradient i forekomsten af moderat overvægt, og gradienten er endnu større for svær overvægt. Jo færre års uddannelse, jo højere forekomst af både moderat og svær overvægt.”* (Sundhedsstyrelsen, 2013). På den måde opstår der et misforhold mellem disse to sundhedsforståelser, hvilket det følgende citat er et eksempel på;

*”Der er en interaktion mellem rygning og flere andre risikofaktorer for hjertesygdom og kræft, som er socialt skævt fordelt. Det indebærer, at helbredseffekten af rygning i absolutte tal er kraftigere blandt mindre ressourcestærke grupper.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012)

Forebyggelsespakkerne rummer således en sundhedsdiskurs med modstridende syn på social ulighed i sundhed, idet uligheden beskrives som en social gradient, men sprogligt og fremstillingsmæssigt mere bærer præg af en dikotomisk forståelse. Sundhedsdiskursens fokus på sundhed som udeblivelse af sygdom kan bidrage til reproduktion af diskursordenen, da denne biomedicinske forståelse historisk synes at være den fremherskende sundhedsforståelse.

Sundhedsdiskursen i forebyggelsespakkerne fra 2018 fokuserer på sundhedstilstanden hos befolkningen, og læner sig ligeledes op ad en biomedicinsk sundhedsforståelse, der sætter lighedstegn mellem sundhed og udeblivelse af sygdom. Derfor fokuserer forebyggelsespakkerne på at forebygge sygdom og på den måde øge befolkningens sundhed. Nogle målgrupper kan ifølge forebyggelsespakkerne have vanskeligt ved at opsøge forebyggelsesindsatserne, og derfor gennemføres der for disse grupper opsøgende indsatser. På den måde illustreres den snævre sundhedsforståelse i initiativerne rettet mod forebyggelse. Der er i denne sundhedsdiskurs og tilhørende sundhedsforståelsen ikke taget højde for andre mulige sundhedsforståelser, der kunne eksistere i befolkningen. Gennem opsøgende indsatser forsøges bestemte målgrupper at blive underlagt denne smalle sundhedsforståelse. Sundhedsdiskursen bidrager med sin sundhedsforståelse til opretholdelsen af diskursordenen, hvorved en smal sundhedsforståelse fastholdes. Alligevel forandres diskursordenen når, der i disse forebyggelsespakker er fokus på opsøgende indsatser rettet mod de særligt udvalgte grupper.

### *Økonomidiskurs*

I de tre kommunikative begivenheder viser der sig en økonomisk diskurs. For ”Sund hele livet” betyder det at der er fokus på de omkostninger, som sygdomme og udvalgte risikofaktorer medfører. Med denne økonomidiskurs fjernes fokus et øjeblik fra de menneskelige omkostninger som f.eks. tab af gode leveår, lav middelalder osv., og sætter i højere grad fokus på, hvad sygdomme koster i kroner og øre. Den økonomiske diskurs kommer f.eks. til udtryk, ved når det beskrives, at der er *”(...) betydelige behandlings- og plejeudgifter forbundet med fx nyrsvigt, amputationer og blindhed.”* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002). Diskursen forstærker indtrykket af samfundets tab ved disse sygdomme og risikofaktorer, når udgifter stilles op på denne måde. Samtidig tydeliggør denne økonomiske diskurs alvoren i at forbedre den generelle sundhed i befolkningen, med henblik på at reducere de samfundsøkonomiske udgifter.

Den økonomiske diskurs i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 kommer til udtryk, når det beskrives hvilke økonomiske konsekvenser det har for samfundet, at dele af befolkningen lever med bestemte risikofaktorer og deraf oplever sygdom. Det kan eksempelvis ses når det i forebyggelsespakkerne beskrives hvorledes *”Borgere med overvægt har godt 55.000 ekstra hospitalsindlæggelser om året”* (Sundhedsstyrelsen, 2013). Det fremhæves hvorledes sygdom som følge af risikofaktorer fører økonomiske omkostninger med sig, eksempelvis i forbindelse med ekstra hospitalsindlæggelser. Men det fremhæves ligeledes der er et økonomisk tab i forbindelse med produktionstab grundet fraværsdage på arbejdet, førtidspension og for tidlig død. Forebyggelsespakkernes formål om at forebygge sygdom er særligt målrettet udvalgte grupper i samfundet, og har på den måde til hensigt at reducere den sociale ulighed i sundhed der igen konstrueres dikotomisk. Ved at reducere den sociale ulighed i sundhed, vil der ligeledes være økonomiske besparelser i sigte i bl.a. sundhedsvæsenet. Den økonomiske diskurs betyder at der i høj grad fokuseres på at reducere social ulighed i sundhed, fordi det i høj grad påvirker sundhedsøkonomien, da en høj grad social ulighed i sundhed fører øgede økonomiske udgifter med sig. Denne diskurs bidrager til en reproduktion af det økonomiske syn på forebyggelsesindsatser inden for den sundhedspolitiske diskursorden, hvor det økonomisk skal kunne betale sig at investere i befolkningens sundhed.

I forebyggelsespakkerne fra 2018 beskrives økonomiske omkostninger og mulige besparelser vedrørende social ulighed i sundhed og forebyggelsesarbejde. Denne diskurs betyder, at forebyggelsespakkerne har fokus på besparelspotentialer og økonomiske gevinster ved forebyg-

gelsesindsatser. Diskursen sætter fokus på hvilke ekstra udgifter, der er forbundet med risikofaktorerne, og på den måde bliver det tydeligt, at denne diskurs retter fokus mod det økonomiske perspektiv frem for det menneskelige. I denne diskurs er der derfor et økonomisk incitament til at reducere den sociale ulighed i sundhed, fordi denne ulighed er økonomisk tung på grund af hospitalsindlæggelser, sygefravær fra arbejdet og førtidspensioner. Udgifterne forbundet med den sociale ulighed i sundhed bliver i denne diskurs fremstillet som udgifter, der ikke burde være der, og derfor skal forsøges at nedbringes. Økonomidiskursen bidrager således til opretholdelsen af den gældende diskursorden pga. ønsket om at reducere social ulighed i sundhed og dermed opnå samfundsøkonomiske besparelser. Indsatserne rettet mod social ulighed i sundhed skal derfor være økonomisk rentabel at investere i.

### *Stigmatiseringsdiskurs*

De tre kommunikative begivenheder bærer alle præg af en stigmatiseringsdiskurs, som betyder at det i "Sund hele livet" beskrives, at den enkelte har ansvar for sig selv, og at det i den forbindelse er vigtigt, at befolkningen kender til de sundhedsskadelige virkninger ved risikofaktorerne. Der er dog udvalgte grupper, som samfundet må tage ansvar for, det er de svageste og udsatte grupper, hvilket igen kan ses som en dikotomisk konstruktion af den sociale ulighed i sundhed. Og der rettes derfor en særlig opmærksomhed og specielle indsatser mod disse grupper. Disse grupper adskilles fra den resterende befolkning, da de ikke er i stand til at varetage egen sundhed, og på baggrund af de eksisterende indsatser træffe valg der gavner denne. På den måde stigmatiseres denne gruppe af borgere, som nogen der ikke kan håndtere ansvaret om sundhed ligesom den resterende del af befolkningen. Det beskrives yderligere, at "*Udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet.*" (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), hvilket i høj grad indikerer at denne gruppe af mennesker, ikke er som resten af befolkningen. "Sund hele livet" indikerer, at der i forbindelse med svær overvægt kan forekomme stigmatisering, og at dette skal undgås. Det er den eneste risikofaktor hvorledes emnet stigmatisering berøres.

I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 beskrives stigmatiseringsdiskursen i sammenhæng med mulige etiske udfordringer, der kan opstå i forebyggelsesarbejdet. Det beskrives eksempelvis at "*Mobning, diskrimination og stigmatisering af borgere med overvægt, og især af borgere med svær overvægt, har alvorlige psykosociale konsekvenser.*" samt "*Derfor er det vigtigt at være bevidst om risikoen for og konsekvenserne af diskrimination og stigmatisering (...)*" (Sundhedsstyrelsen, 2013). Der er altså i forebyggelsespakkerne en opmærksomhed omkring



stigmatisering som en mulig risiko i forebyggelsesarbejdet, og der sættes i den forbindelse fokus på at forebygge dette samt hvilke mulige konsekvenser, der kan opstå. Det påpeges i den forbindelse at det er en fordel, at medarbejdere der arbejder med forebyggelse, besidder metoder til *"(...) at kunne bryde tabuet omkring overvægt og arbejde ikke-stigmatiserende"* (Sundhedsstyrelsen, 2013). På trods af denne stigmatiseringsdiskurs der sætter fokus på forebyggelse af stigmatisering, bærer forebyggelsespakkerne alligevel præg af, en stigmatisering i og med forebyggelsespakkerne har et særligt fokus rettet mod bestemte udsatte befolkningsgrupper. Det ses eksempelvis når det beskrives at;

*"Kommunen iværksætter opsøgende indsatser til grupper af borgere, som er særligt sårbare overfor rygningens helbredsskadelige virkning (kronisk syge, gravide), eller som har høj rygeprævalens (fx kortuddannede, visse etniske grupper, borgere på overførselsindkomster samt psykisk syge)." (Sundhedsstyrelsen, 2012)*

Her fremhæves eksempelvis kortuddannede og borgere på overførselsindkomst som udvalgte grupper for særlige indsatser mod rygning. Selvom forebyggelsespakkerne bærer præg af en stigmatiseringsdiskurs om at forebygge stigmatisering, hvor det pointeres at dette kan have alvorlige psykosociale konsekvenser, indeholder forebyggelsespakkerne ligeledes stigmatiserende udtryk og opdeling af befolkningen i særlige udsatte grupper, som bestemte forebyggelsesindsatser rettes mod. Dette bidrager på den ene side til opretholdelsen af det stigmatiserende fokus på særligt udvalgte grupper i den sundhedspolitiske diskursorden, men det bidrager samtidig også med forandring i forbindelse med fokus på at undgå stigmatisering i arbejdet med social ulighed i sundhed.

Forebyggelsespakkerne fra 2018 retter særlige indsatser mod udvalgte grupper, hvilket medfører, at stigmatiseringsdiskursen bliver tydelig heri, hvorfor også denne diskurs tyder på et dikotomisk syn på den social ulighed i sundhed. I forebyggelsespakken omkring overvægt rettes der opmærksomhed mod stigmatisering, det pointeres at stigmatisering har alvorlige psykosociale konsekvenser, og det derfor kræver en særlig opmærksomhed for at undgå dette. Det beskrives endda at *"Stigmatisering kan i sig selv bidrage til udviklingen af overvægt."* (Sundhedsstyrelsen, 2018a). Stigmatiseringsdiskurser tyder derfor på, at der er en høj grad af opmærksomhed for at undgå at stigmatisere bestemte grupper, og det forsøges eksempelvis ved at skrive *"Socialt udsatte borgere ønsker – ligesom andre rygere – at stoppe med at ryge, og de vil gerne have hjælp til det."* (Sundhedsstyrelsen, 2018b). På den måde tydeliggøres det, at

sociale udsatte rygere er ligesom de andre rygere. Alligevel sker der i forebyggelsespakkerne en stigmatisering af eksempelvis lavt uddannede, når det beskrives at;

*”Hvis andelen af eksrygere og personer, der ryger, i hele befolkningen var den samme som i gruppen af personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der have været 15-43 procent færre dødsfald, tabte leveår, somatiske og psykiatriske hospitalskontakter, kontakter til alment praktiserende læge, kortvarigt og langvarigt sygefravær, ny-tilkendte førtidspensioner.”* (Sundhedsstyrelsen, 2018b)

Denne stigmatiseringsdiskurs betyder at forebyggelsespakkerne har rettet en opmærksomhed mod stigmatisering, og hvilke alvorlige konsekvenser dette har for de personer der udsættes for dette, hvilket bidrager til en forandring i diskursordenen. Men samtidig udstilles og distanceres udvalgte grupper som særlige og anderledes end den resterende befolkning, og derved bidrager dette til en reproduktion af den eksisterende diskursorden.

#### *Intertekstualitet og interdiskursivitet*

Alle tre kommunikative begivenheder indeholder intertekstuelle referencer til eksisterende tekster. ”Sund hele livet” henviser eksempelvis til det tidligere folkesundhedsprogram fra 1999 (Sundhedsministeriet, 1999), det beskrives at ”Sund hele livet” følger den linje programmet fra 1999 lagde. De intertekstuelle referencer viser sig både direkte angivet som i eksemplet her; *”At ændre udviklingen i middelelivetiden var et af de overordnede mål i den tidligere regerings tiårige program ”Regeringens Folkesundhedsprogram 1999-2008”.*” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002), og med kildehenvisninger, således den intertekstuelle reference bliver mere skjult. Der er flest direkte intertekstuelle referencer i ”Sund hele livet”, hvilket vil sige at der ikke i så høj grad gøres brug af kildehenvisninger i selve programmet. Der er dog en høj andel af kildehenvisninger i programmets bilag. I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 henvises der ligeledes til eksisterende tekster som forebyggelsespakkerne referencer til, men der gøres også brug af direkte intertekstualitet i teksten f.eks. som her *”Da der benyttes forskellige metoder til at opgøre forekomsten, anvendes i det følgende tal fra både Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og Sundhedsstyrelsens seneste rygevaneundersøgelse fra 2011 for at give det mest retvisende billede af den aktuelle situation.”* (Sundhedsstyrelsen, 2012). De intertekstuelle referencer bruges primært når der i forebyggelsespakkerne henvises til undersøgelser eller rapporter. Forebyggelsespakkerne fra 2018 indeholder mange intertekstuelle referencer, både til andre udgivelser af Sundhedsstyrelsen og ligeledes til andre udgivere. De in-

tertekstuelle referencer angives i høj grad direkte i den kommunikative begivenhed som eksemplet her; ”Anbefalinger til rådgivningens indhold og rådgivernes kompetencer er beskrevet i Sundhedsstyrelsens publikation ”Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom”” (Sundhedsstyrelsen, 2018a), men henvisningerne sker ligeledes ved brug af referencer for at understøtte udsagn og faktuel information. Forebyggelsespakkerne indeholder særligt tydelige intertekstuelle referencer til WHO-udgivelser, som danner rammen for forebyggelsespakkerne. Det viser sig eksempelvis i forebyggelsespakken om overvægt, hvor WHO's definerede grænseværdier for BMI anvendes gennem hele forebyggelsespakken.

Der opstår interdiskursivitet i de kommunikative begivenheder når de forskellige diskurser trækker på hinanden. Det gør sig eksempelvis gældende når der trækkes på en økonomidiskurs og en stigmatiseringsdiskurs. Den økonomiske diskurs betyder at der i høj grad lægges vægt på at beskrive hvor store omkostninger der er forbundet med f.eks. rygning og overvægt, og på den måde udstilles og stigmatiseres de borgere som dette omhandler, hvormed disse to diskurser bliver forbundet. Der eksisterer ligeledes en interdiskursivitet mellem ansvars- og stigmatiseringsdiskursen. Ansvarsdiskursen tillægger generelt det enkelte individ ansvar for egen sundhed, og de grupper af borgere som ikke kan håndtere dette ansvar, må samfundet tage sig af i særligt tilrettelagte indsatser. På den måde adskilles disse grupper fra den resterende befolkning, og derfor trækkes der på stigmatiseringsdiskursen og disse to diskurser forbindes interdiskursivt. Den økonomiske diskurs indebærer fokus på mulige besparelser ved forbedring af folkesundheden og reducere af den sociale ulighed i sundhed, hvorved denne diskurs interdiskursivt forbindes med sundhedsdiskursen, som tager udgangspunkt i den biomedicinske sundhedsforståelse. Begge diskurser har dermed fokus på, at det både er en økonomisk og sundhedsmæssig fordel med forebyggelse og udeblivelse af sygdom. På den måde bliver disse diskurser forbundet og bidrager til den samlede diskursorden, som er fremherskende omkring social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet.

### *Delkonklusion*

De etablerede diskurstyper jeg har fremanalyseret, eksisterer alle i de tre kommunikative begivenheder, men de viser sig forskelligt og i varierende grad. Ansvarsdiskursen viser, sig generelt ved at individet tildeles et ansvar for varetagelse af egen sundhed. Dette er mest udtalt i ”Sund hele livet”, hvorefter fokus i højere grad tildeles samfundsmæssige rammer i de to andre kommunikative begivenheder. For sundhedsdiskursen gælder det at den i de tre kommunikative begivenheder bygger på en biomedicinsk sundhedsforståelse. Denne diskurs viser sig dog forskelligt, og i ”Sund hele livet” er fokus på den enkeltes adfærd og retten til, at leve det liv man

ønsker. Dette udvikler sig således, idet forebyggelsespakkerne fra 2018 i mere udtalt grad handler om, at særlige grupper kan have svært ved at opsøge forebyggelsesindsatser, hvorfor det er nødvendigt med opsøgende indsatser til disse grupper. Den økonomiske diskurs viser sig i de tre kommunikative begivenheder ved et fokus på hvilke merudgifter, der er forbundet med de udvalgte risikofaktorer. Derved er der mulige økonomiske gevinster i sigte, hvis den sociale ulighed i sundhed kan reduceres, hvorfor der opstår et fokus på besparelspotentialer i forbindelse med forebyggelse. Det bliver i denne diskurs udtalt at f.eks. rygere og overvægtige medfører mange omkostninger for samfundet, og det præsenteres ved at opgøre hvor mange ekstra omkostninger, der er forbundet hermed. Stigmatiseringsdiskursen viser sig ved et fælles fokus på udvalgte grupper i forebyggelsesarbejdet gennem de tre kommunikative begivenheder. Håndteringen af disse grupper viser sig forskelligt, i "Sund hele livet" beskrives det, at disse grupper kræver særlige indsatser, i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der fokus på at arbejde ikke-stigmatiserende og i forebyggelsespakkerne fra 2018 forsøges det at mindske distance mellem disse grupper og resten af befolkningen. Disse forandringer i diskurserne betyder at den samlede diskursorden omkring sociale ulighed i sundhed er forandret i den undersøgte tidsperiode fra 2002-2018.

### 6.2.3 Social praksis

*Denne sidste del af analysen er rettet mod den tredje dimension i Faircloughs kritiske diskursanalyse, den sociale praksis. Her vil jeg fokusere på relationen mellem den brede sociale praksis og de diskursive samt ikke-diskursive praksisser i forebyggelsespakkerne fra 2018. Da forebyggelsespakkerne fra 2018 er den nyeste kommunikative begivenhed, og vil diskurserne identificeret heri være aktuelle i forhold til den social praksis. Jeg vil med udgangspunkt i de herskende diskurstyper, jeg har fremanalyseret i den diskursive praksis, undersøge hvilke muligheder og begrænsninger disse kan medføre i det sociale arbejde. I denne analysedel vil jeg inddrage diskursbegreberne om ideologi og hegemoni.*

Jeg vil i denne delanalyse inddrage Mitchell Deans perspektiv på governmentality, da de kommunikative begivenheder kan ses som et udtryk for en styringspraksis, hvilket kan udfoldes gennem dette perspektiv. Derudover vil jeg inddrage Richard Jenkins perspektiv, på det han beskriver som kategoriseringens magt, særligt med fokus på den stigmatisering som opstår på baggrund af diskurserne. Disse teorier anvender jeg til at tematisere de fremanalyserede diskurser, og ved hjælp af disse teorier kunne forstå og forklare diskursernes mulige betydning for det sociale arbejde.

Mitchell Dean beskriver governmentality, som et begreb der gør det muligt at analysere magtens organisering og styring i moderne samfund. Han argumenterer for, at magtudøvelse ikke blot er baseret på tvang, men også involverer udviklingen og anvendelsen af bestemte former for viden og ekspertise. Han argumenterer for, at governmentality ikke blot omhandler magtudøvelse af én central myndighed men derimod også om selvstyring af individet. Han beskriver i den forbindelse, at individuel adfærd og handlinger er formet og reguleret af den viden, tro og overbevisninger individet er indlejret i. På den måde kan der identificeres to former for styring i dette governmentality perspektiv; styringspraksisser, der omfatter praksisser rettet mod at styre andres adfærd og selv-praksisser, hvorigennem individer søger at styre deres eget selv, karakter og personlighed (Dean, 2006).

Da de kommunikative begivenheder er bygget op omkring retningslinjer for, hvordan forebyggelsesarbejdet skal tilrettelægges, bliver disse et udtryk for styringspraksisser, som skal forsøge at styre befolkningens sundhedsadfærd i retning af de opstillede mål (Dean, 2006). I forbindelse med ansvarsdiskursen er der et stort fokus på adfærd, og hvordan befolkningen gebærder sig i forhold til livsstil. Dette fokus på adfærd kan ses som et udtryk for selv-praksisser, hvor befolkningen gennem viden skal handle og på den måde udvise den rette sundhedsadfærd som det forventes (Dean, 2006). Dette betyder at befolkningen er fri til at træffe de valg, som de ønsker, og der opstår derfor ingen direkte magtudøvelse gennem tvang. Det ønskes derimod at befolkningen gennem den viden de bliver eksponeret for, vil træffe sundere valg, og på den måde styrer deres eget liv og sundhed i den retning, som der bliver lagt op til i de kommunikative begivenheder. Denne diskurs og fokus på selv-praksisser kan ses som et udtryk for en liberalistisk ideologi, der lægger stor vægt på frihed og dermed ansvar til den enkelte. Dette viser sig eksempelvis når det beskrives, at der i forebyggelsespakkerne skal tilbydes rygestop kurser, til *dem som ønsker dette*.

Ansvarsdiskursen kan derfor forventes at bidrage til, at det ikke er den professionelle, som skal diktere, hvad der er rigtigt og forkert overfor borgeren, men at den enkelte på baggrund af information og viden skal træffe beslutninger. Medarbejderne i det sociale arbejde vil derfor i højere grad, skulle agere som vejledere eller sparringspartnere når der anvendes selv-praksisser til at styre befolkningens sundhedsadfærd. Arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed kan af den grund ses som begrænset, da det ved brug af selv-praksisser er den enkelte borger som skal styre egen adfærd. Derfor kan det være vanskeligt for medarbejderne i det sociale arbejde, at få indflydelse på hvilket valg den enkelte træffer. Brugen af selvpraksisser betyder, at det ikke særlig høj grad er muligt at anvende sanktioner i det sociale arbejde, og

dette kan også være en vanskelig proces i forhold til livsstil, da dette kan være meget indgribende indsatser, som der netop ikke lægges op til i de kommunikative begivenheder. Der lægges derimod i højere grad op til, at ændring af livsstil og sundhedsadfærd skal ske frivilligt, hvorfor de udvalgte selv-praksisser er oplagte, i og med disse for befolkningen ikke nødvendigvis vil opleves som styring fra myndighederne. Samtidig tager det danske sundhedsvæsen ikke umiddelbart stilling til, hvilke årsager der har forårsaget sygdom, så når en borger eksempelvis bliver diagnosticeret med KOL efter mange års tobaksforbrug, betyder dette ikke at denne borger ikke kan tilbydes behandling, da det skyldes livsstil. Og netop dette betyder, at det sociale arbejde må tage udgangspunkt i et læringsteoretisk perspektiv, hvor den uønskede adfærd som f.eks. rygning søges ændret gennem etablering af læringsmiljøer som eksempelvis tilbud om rygestopkurser (Healey, 2016).

Ansvarsdiskursen har, som beskrevet i analysen af den diskursive praksis, forandret sig således, at ansvaret ikke hovedsageligt tildeles den enkelte men i højere grad også samfundet og dets strukturer. Dette kan ses som en hegemonisk kamp mod den liberale ideologi, der i høj grad har præget "Sund hele livet", og til dels også forebyggelsespakkerne fra 2012/13. Dermed indeholder særligt forebyggelsespakkerne fra 2018 styringspraksisser der i højere grad end selvpraksisserne, indebærer direkte styring og dermed magtudøvelse (Dean, 2006). Det kan eksempelvis være i forbindelse med prisregulering på tobak, som præsenteres som et initiativ i forebyggelsespakkerne fra 2018. Umiddelbart vil initiativer som disse ramme de svageste tobaksafhængige i samfundets hårdest, men samtidig har det også vist sig, at det er disse grupper som rammes hårdest af konsekvenserne ved tobaksrygning, og det derfor vil være de grupper som har den største gevinst af rygestop. På den måde indeholder forebyggelsespakkerne fra 2018 både styringspraksisser og selvpraksisser, hvoraf disse selvpraksisser har den mest direkte indflydelse på det sociale arbejde i praksis, da disse omhandler individer og deres karakter og personlighed, hvilket kan indgå som en del af det sociale arbejde.

Den fremherskende sundhedsdiskurs bygger som bekendt på en biomedicinsk sundhedsforståelse, og i den forbindelse indeholder de kommunikative begivenheder opgørelser over forekomst af forskellige sygdomme og andre mål for befolkningens sundhed. Denne diskurs kan i et governmentality perspektiv ses som et udtryk for biopolitik, hvor befolkningens forskellige livsprocesser søges at administreres. Samtidig betyder denne diskurs, at der opstår en biomedicinsk ideologi, der i høj grad sætter fokus på borgernes medicinske diagnose fremfor interesser (Dean, 2006). Dette ses i de kommunikative begivenheder når der sættes mål for eksempelvis øget levetid i befolkningen. De styringspraksisser der iværksættes i forbindelse med denne

sundhedsdiskurs, kan have betydning for de muligheder, der eksisterer for det sociale arbejde på dette område. Når der opsættes mål for eksempelvis BMI kan dette betyde, at medarbejdere i praksis skal konfrontere borgere med kategoriseringer som *overvægtige* og *svært overvægtige*, hvilket kan medføre at socialarbejdere havner i en position, hvor det sociale arbejde kan virke meget indgribende for borgeren. Det kan særligt skyldes den smalle sundhedsforståelse, som det ikke er givet at alle borgere kan se sig selv i. Det kunne eksempelvis gøre sig gældende når nybagte familier modtager hjemmebesøg af sundhedsplejersker. Her kan forældrene have en forventning om at besøget primært drejer sig om barnet og dets sundhed, men forebyggelsespakkerne lægger i op til, at disse besøg kan være et udgangspunkt for at drøfte hele familiens vaner i forhold til mad, måltider og fysisk aktivitet for på den måde at fremme sunde vaner i familien. Derfor er det muligt at det sociale arbejde, som sundhedsplejersken i dette eksempel udfører, kan opleves som indgribende, for de familier som oplever dette.

Det biomedicinske fokus skyldes at det er denne diskursive forståelse af sundhed, der har vundet hegemoni, hvilket kan udfordre det sociale arbejde, som ofte bygger på en mere holistisk tilgang til arbejdet med mennesker (Healey, 2016). Biopolitikken søger at administrere bl.a. befolkningens livsstil, hvilket kan gøre det nødvendigt for socialarbejderen at trække på selv-praksisser, i og med livsstilsændringer ikke kan gennemføres via tvang (Dean, 2006). Socialarbejderen kan derfor stå i en svær situation, når de gennem iværksættelse af selv-praksisser skal forsøge at opnå biopolitikken mål om eksempelvis færre overvægtige. Dette betyder ligeledes at denne sundhedsdiskurs kan begrænse muligheder for det sociale arbejde på dette område, da denne kan gøre det vanskeligt at arbejde holistisk, som mange socialarbejdere erklærer sig som tilhænger af (Healey, 2016). Den holistiske tilgang harmonerer ikke rigtig med sundhedsdiskursen og den tilhørende sundhedsforståelse, hvorfor det kan være vanskeligt at inkorporere borgernes interesser i det sociale arbejde på dette område, når de biopolitiske mål skal søges at realiseres. Det kan eksempelvis være gældende ved forebyggende hjemmebesøg, hvor der i forebyggelsespakkerne lægges op til at de ældre vejledes om hvilken sundhedsmæssig betydning normalvægt har, i forbindelse med den generelle vejledning om sunde mad-, måltids- og aktivitetsvaner. Det er dermed en opfordring, at spørgsmål om vægt skal indgå som et emne ved de forebyggende hjemmebesøg, hvormed det biomedicinske perspektiv kommer i fokus, og begrænser det sociale arbejdes mulighed for at arbejde holistisk.

Når der arbejdes med eksempelvis BMI, som også er en del af sundhedsdiskursen, betyder det at borgerne uundgåeligt vil blive tildelt en kategori, som de ikke nødvendigvis selv accepterer, eller kan identificere sig med. Dette behøver ikke kun være gældende på området for overvægt,

men kan eksempelvis også være aktuelt f.eks. i forbindelse med indtag af alkohol eller tobak. Disse former for kategoriseringer som den smalle sundhedsforståelse medfører, betyder at den særlige opmærksomhed rettet mod udvalgte grupper bliver et godt eksempel på biopolitik, og en styringspraksis hvor man ønsker at opsøge særlige grupper, som ikke selv er opsøgende i forhold til forebyggende sundhedsarbejde. Disse kategoriseringer som f.eks. BMI medfører, giver det sociale arbejde gode muligheder for at kunne bidrage på dette felt, i og med at kategoriseringen skaber målgrupper, som det sociale arbejde kan rette sig mod. Når borgere kategoriseres som overvægtige eller særligt udsatte, er de pludselig tildelt en kategori, som kan blive genstand for det sociale arbejde. Ved at anvende sådanne kategorier opstår der altså modtagere for det sociale arbejde, og på den måde også muligheder for at udøve socialt arbejde. Det kunne eksempelvis vise sig når børn og unge konsulteres ved sundhedsplejersker på skoler og uddannelser, hvis det vurderes at disse har udfordringer med vægt, kan der rettes henvendelse til forældrene, og på den måde bliver hele familiens sundhed genstand for interventioner rettet mod f.eks. sund kost og aktivitetsvaner.

Det opsøgende arbejde som retter sig særligt mod udvalgte grupper, er i overensstemmelse med den stigmatiseringsdiskurs, der har vist sig i de kommunikative begivenheder, og viser en ideologisk overbevisning om, at disse grupper ikke er i stand til at varetage egen sundhed. Dette ideologiske syn har vundet hegemoni i de kommunikative, hvori den er eksisterende på trods af et øget fokus på konsekvenserne af stigmatisering heri. De kategoriseringer som sundhedsdiskursen kan føre med sig, kan have indflydelse på borgernes oplevelse af stigmatisering. Richard Jenkins (2006) beskriver konsekvenserne af sådanne kategoriseringer, hvilket han betegner som kategoriseringens magt. Han beskriver hvorledes opdeling af mennesker i forskellige kategorier, konstituerer disse som styringsobjekter og undersætter i forhold til staten, hvilket er i overensstemmelse med det governmentality perspektiv, jeg tidligere har anvendt i forhold til ansvarsdiskursen. Jenkins pointerer at en kategorisering af mennesker, altid er en potentiel intervention i deres liv, og dette er, uanset om denne kategorisering er direkte eller indirekte. Samtidig beskriver han, at selvom de kategoriserede personer ikke er velvidende om, at de er udsat for denne, må det faktum at de er, altid som udgangspunkt medregnes i forhold til konsekvenserne for medlemmerne af en kategori (Jenkins, 2006). Med udgangspunkt heri er det vigtigt, at socialarbejderne overvejer, hvilke konsekvenser disse kategoriseringer har for den enkelte, når de skal etablere opsøgende initiativer til særligt udvalgte og sårbare grupper.

Diskursen om stigmatisering bliver derfor vigtig for det sociale arbejde i og med, den danner en ramme for, hvilke målgrupper der skal iværksættes særlige indsatser overfor for at opnå



biopolitikkens mål. Og samtidig fører stigmatiseringsdiskursen til, at befolkning inddeles i forskellige kategorier, som det sociale arbejde skal kunne håndtere konsekvenserne af. På den måde skaber denne stigmatiseringsdiskursen mulighed for at udøve socialt arbejde, men betyder samtidig, at den enkelte medarbejder skal have grundige overvejelser omkring, hvilke konsekvenser disse kategoriseringer kan have for den enkelte, og samtidig om det kan udfordre samarbejdet. Dette kan betyde, at det er nødvendigt at have en særlig opmærksomhed rettet mod det relationsarbejde, som kan være altafgørende for at skabe en god kemi mellem socialarbejderen og borgeren, og på den måde bryde de eventuelle negative konsekvenser kategorisering kan medføre for den enkelte. Det kunne eksempelvis være aktuelt i forbindelse med måling af BMI ved forebyggende hjemmebesøg, hvilket vil medføre en kategorisering af borgeren. En konsekvens heraf kan være, at den forebyggende medarbejder vil vejlede og guide i forhold til sund kost og aktivitetsvaner, men det kan muligvis for nogle borgere føles grænseoverskridende, på den måde at blive kategoriseret og deraf blive interveneret mod, uden at dette nødvendigvis opleves som et behov af borgeren. Derfor bliver relationsarbejde vigtigt for et fremadrettet samarbejde mellem medarbejder og borger.

Derudover kan diskurser som denne muligvis føre til at socialarbejderne, har overvejelser omkring, hvorfor de traditionelle tilbud ikke findes attraktive for de særligt udvalgte grupper, som det er nødvendigt at være opsøgende overfor. På den måde kan en diskurs som denne skabe både muligheder og begrænsninger for udviklingen af det sociale arbejde og de initiativer som iværksættes i forhold til den sociale ulighed i sundhed. Denne diskurs indikerer, ligesom ansvardiskursen, et læringsteoretisk perspektiv på det sociale arbejde, hvor det antages at alle er i stand til at indlære, hvad der defineres som den rette adfærd, men at det blot afhænger af få skabt de rette læringsmiljøer (Healey, 2016).

Som jeg tidligere har beskrevet, er diskurserne i de kommunikative begivenheder forbundet, og derfor opstår der bl.a. en sammenhæng mellem stigmatiseringsdiskursen og den økonomiske diskurs, da denne ligeledes indeholder kategoriseringer af befolkningen. Det sker eksempelvis når det beskrives hvilke meromkostninger der er forbundet med borgere, der er enten overvægtige eller svært overvægtige. Biopolitikken interesserer sig ligeledes for de økonomiske forhold, som påvirker hvordan befolkningen forplanter sig, bliver syge, dør, opretholder sundhed eller bliver raske, hvorfor denne er relevant i forhold til den økonomiske diskurs (Dean, 2006). Den økonomiske diskurs har fokus på at reducere social ulighed i sundhed og dermed opnå samfundsøkonomiske besparelser, hvorfor der kan ses en ideologi der bygger på, at forebyggelsesarbejdet skal være en investering i borgerne, som kan betale sig hvilket ses at

have vundet hegemoni gennem alle tre kommunikative begivenheder. På den måde får de kommunikative begivenheder som styringspraksisser også et økonomisk perspektiv.

Dette betyder, for det sociale arbejde og de medarbejdere som varetager arbejdsopgaver i relation til forebyggelse og social ulighed i sundhed, at de ikke nødvendigvis har mulighed for at tilbyde eller udføre initiativer og tiltag som de vurderer, vil gavne borgeren bedst muligt. Medarbejderne skal i deres arbejde vurdere, hvorledes en indsats økonomisk kan betale sig, og dermed om det er muligt at tilbyde borgerne. Derfor kan der være begrænsede muligheder for udøvelsen af det sociale arbejde. Ofte kan socialarbejdere ses som forandringsagenter, der sammen med og på vegne af borgere forsøger at hjælpe dem, men denne mulighed kan begrænses som følge af en økonomisk diskurs, i og med det sociale arbejde ikke udelukkende kan bygge på faglige vurderinger, men ligeledes må tage højde for økonomiske spørgsmål. Derfor kan det sociale arbejde i praksis på dette område siges at have indskrænkede muligheder i forhold til denne økonomiske diskurs. Dette kunne f.eks. være aktuelt i arbejdet på kommunale jobcentre, hvor spørgsmålet om sundhed kan spille ind i forhold til at kunne varetage et arbejde. På jobcentre kan der iværksættes indsatser, som skal forberede borgere på varetagelse af et job, og her kan det være nødvendigt for medarbejderne at tage højde for hvad en given indsats koster kontra hvilke ændringer, og dermed besparelser den pågældende indsats vil kunne føre til. Det kan dog være en vigtig pointe at økonomiske præmisser som i dette tilfælde, kan være en generel betingelse for det sociale arbejde på andre områder også. Derfor er det ikke usandsynligt, at de socialarbejdere vil være rustet til at arbejde under disse præmisser, uden at dette behøver begrænse deres muligheder for at udøve socialt arbejde.

#### *6.2.3.1 Delkonklusion*

Gennem analysen af den sociale praksis har det vist sig, at de kommunikative begivenheder alle kan ses som et udtryk for forskellige styringspraksisser, der angiver hvorledes befolkningens sundhedsadfærd skal styres i et governmentality perspektiv. De forskellige diskurser bærer alle præg af forskellige ideologiske ideer om, hvordan arbejdet med forebyggelse og social ulighed i sundhed skal varetages. Ansvarsdiskursen indebærer en liberalistisk ideologi som har vundet hegemoni, og derfor findes der eksempler på selv-praksisser som skal føre til at befolkningen styrer sig selv og deres sundhedsadfærd i den retning, som det ønskes i de kommunikative begivenheder. Dette betyder at socialarbejderne i deres arbejde får mulighed for at have en vejledende rolle, hvorfor indflydelse af det sociale arbejde kan ses som begrænset. Diskursen om sundhed bygger på en biomedicinsk ideologi, hvorfor der er fokus på medicinske diagnoser og ikke i så høj grad borgernes interesser, som det sociale arbejde ofte henviser til. Derfor

skaber denne diskurs, pga. dens hegemoniske status, begrænsninger for det sociale arbejde. Samtidig betyder det biomedicinske fokus at borgerne ofte kategoriseres hvilket udstiller bestemte grupper, hvoraf stigmatiseringsdiskursen viser sig. Kategorisering er dog ikke uden konsekvenser, og derfor skaber denne diskurs tvetydige muligheder for det sociale arbejde, da disse kategorier både betyder at der opstår målgrupper for det sociale arbejde, og at socialarbejderne samtidig skal være opmærksom på, hvilke konsekvenser dette kan have for de kategoriserede. Derudover skaber den økonomiske diskurs ligeledes begrænsninger for det sociale arbejde, i og med socialarbejderne ikke udelukkende kan forholde sig til deres faglige skøn, men også er forpligtigede til at tage højde for økonomiske perspektiver i forebyggelsesarbejdet. Dette skyldes en ideologisk tankegang om forebyggelse som en investering der skal kunne betale sig, hvilket har vundet hegemoni gennem de kommunikative begivenheder, og derfor er fremherskende. Dette vilkår vil dog være at finde indenfor mange områder af det sociale arbejde, hvorfor denne begrænsning kan ses som en konsekvent betingelse, og derfor ikke nødvendigvis udgør en forhindring for de medarbejdere, som varetager opgaver inden for dette felt.

## 7.0 Konklusion

Formålet med dette speciale har været at opnå en indsigt i hvilke diskursive forståelser, der i perioden 2002-2018, har været fremherskende, og hvordan disse har ændret sig på forebyggelsesområdet i forhold til social ulighed i sundhed med udgangspunkt i en kritisk diskursanalyse. Og samtidig var formålet at undersøge hvilke muligheder og begrænsninger, disse diskurser kunne have af betydning for det sociale arbejde på dette område.

I den første dimension af den kritiske diskursanalyse analyserede jeg de kommunikative begivenheders tekst, her fandt jeg, at sundhedsprogrammet ”Sund hele livet” fra 2002 har ret markante ordvalg som rygerlunger. Generelt er der heri tekstuel et stort fokus på den enkeltes ansvar i forhold til forebyggelse af sygdom, da dette konstitueres som forårsaget af livsstil og individuelle handlinger, og det samme er gældende for social ulighed i sundhed. I forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er der sket en udvikling tekstuel, som betyder at der heri sættes fokus på samfundsmæssige forhold, som anerkendes for at have indflydelse på befolkningens sundhed. Endelig er der i forebyggelsespakkerne fra 2018 et tekstuel fokus på nye perspektiver, som sociale normer og sociale kompetencer der er vigtige faktorer at anerkende når der arbejdes med forebyggelse og social ulighed i sundhed. Jeg kan herudfra konkludere, at de centrale

temaer går igen i de kommunikative begivenheder, men at der på trods af dette er en udvikling i den tekstuelle dimension.

I analysen af den diskursive praksis fremanalyserede jeg fire gennemgående diskurstyper; ansvars-, sundheds-, stigmatiserings- og økonomidiskurs. På trods af at disse diskurstyper er til stede i alle tre kommunikative begivenheder, viste denne analyse, at ansvarsdiskursen i højere grad bærer præg af et individuelt ansvar i ”Sund hele livet” fra 2002, hvorefter det i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er mere udbredt at samfundet kommer i fokus i denne diskurs, hvilket er endnu tydeligere i forebyggelsespakkerne fra 2018. Jeg kan derfor konkludere, at diskursen omkring ansvar har forandret sig fra i høj grad at tildele den enkelte ansvar for egen sundhedstilstand, til i større grad at fokusere på samfundsmæssige rammer og opstille initiativer rettet herimod for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Sundhedsdiskursen viser sig ligeledes forskelligt i de tre kommunikative begivenheder hvor det i analysen kom frem, at denne diskurs i ”Sund hele livet” i høj grad lagde vægt på frihed til den enkelte som en retting, til i højere grad at fokusere på opsøgende initiativer til særligt udvalgte grupper, hvilket kan konkluderes som en forandring i denne diskurs over perioden 2002-2018. Den økonomiske diskurs fokuserer i alle tre kommunikative begivenheder på de merudgifter, der er forbundet med de opstillede risikofaktorer. Der er derfor ikke nogen forandring at spore i denne diskurs, hvorfor jeg kan konkludere, at denne er en genganger i de tre kommunikative begivenheder i perioden 2002-2018. Endelig er der stigmatiseringsdiskursen, som jeg kan konkludere at have gennemgået en forandring, i måden hvorpå diskursen angiver at særligt udvalgte grupper skal håndteres. Det har vist sig, at denne udvikling indebærer en tydelig stigmatisering af udvalgte grupper i ”Sund hele livet”, hvor der i forebyggelsespakkerne fra 2012/13 er fokus på at arbejde ikke-stigmatiserende og i forebyggelsespakkerne fra 2018 forsøges distancen mellem disse grupper og den resterende del af samfundet at mindskes.

Sammenholdt med den tekstuelle delanalyse kan jeg overordnet konkludere at de fremherskende diskurser omkring social ulighed i sundhed på forebyggelsesområdet vedrører ansvar, sundhed, økonomi og stigmatisering. Disse diskurser er gennemgående i alle tre kommunikative begivenheder, men hhv. ansvars-, sundheds- og stigmatiseringsdiskursen har forandret sig i perioden 2002-2018. Overordnet for disse tre diskurser kan jeg konkludere, at de har gennemgået en forandring, der betyder at de i højere grad end tidligere fokuserer på mekanismer uden for individet og i den forbindelse søger, på en ikke-stigmatiserende måde, at tage hånd om særligt udvalgte grupper gennem særlige indsatser.

I analysen af den sociale praksis fremanalyserede jeg forebyggelsespakkerne fra 2018 som udtryk for styringspraksisser i forbindelse med forebyggelsesarbejde og arbejdet med den sociale ulighed i sundhed. I forbindelse med ansvarsdiskursen kunne jeg fremanalyserer en hegemonisk liberalistisk ideologi, hvilket kunne ses i de selv-praksisser, som blev præsenteret. Disse selv-praksisser kan betyde, at medarbejderne i det sociale arbejde skal argere som vejledere for borgerne i deres selvstyring, hvilket medfører begrænsninger i det sociale arbejdets direkte indflydelse på dette område. Sundhedsdiskursen tager afsæt i en biomedicinsk ideologi, hvilke kan begrænse muligheder for det sociale arbejde på dette område, da ideologiens hegemoniske status betyder at der i høj grad er et medicinsk fokus, fremfor er mere socialt udgangspunkt for arbejdet med at reducere den sociale ulighed i sundhed. Samtidig betyder det biomedicinske fokus, at befolkningen ofte inddeles i kategorier for at kunne identificere sundhedstilstanden, disse kategoriseringer medfører stigmatiseringsdiskursen, hvilket kan skabe målgrupper for det sociale arbejde og dermed bidrage til gode muligheder for at udøve socialt arbejde i denne kontekst. Denne stigmatiseringsdiskurs betyder dog, at medarbejderne i det sociale arbejde skal have øje for, hvilke konsekvenser disse kategoriseringer kan føre med sig for borgerne, der oplever dette. En sådan opmærksomhed kan kræve en stor indsats for at opbygge en relation til de borgere, som det sociale arbejde skal tage sig af, men dette er ofte en del af arbejdet, hvorfor netop dette vil være meget relevant i denne sammenhæng. Den økonomiske diskurs bygger på en ideologisk forestilling om, at indsatser til forebyggelse og sociale ulighed i sundhed skal kunne give et økonomisk overskud, hvorfor dette kan begrænse det sociale arbejdes muligheder på dette område. Medarbejderne i det sociale arbejde kan således ikke udelukkende fokusere på det sociale aspekt, når de arbejder med borgere, de må ligeledes have et øje for de økonomiske aspekter, om hvad en given indsats medfører af udgifter, kontra hvilke besparelser det potentielt vil have. Dette kan dog forekomme som en generel præmis inden for det sociale arbejde, hvorfor det ikke behøver forekomme som en hindring for socialarbejderne, der kan forventes at kende til denne præmis.

De fremanalyserede diskurser kan dermed konkluderes at have mulighed for både at skabe begrænsninger samt muligheder for det sociale arbejde på dette område. De begrænsninger som kan opstå i forbindelse med diskurserne, knytter sig for det første til diskursen om ansvar, da det sociale arbejde her i høj grad vil bestå i at rådgive og vejlede borgere, hvorved arbejdets direkte indflydelse på borgernes adfærd kan være begrænset af selv-praksisserne. Dernæst knytter begrænsningerne sig til diskursen om sundhed, hvor det sociale arbejdes muligheder kan forventes at begrænses af den biomedicinske ideologi, som kan være vanskelig at forene

med den holistiske ideologi som ofte hersker i det sociale arbejde. Endelig kan den økonomiske diskurs virke begrænsende for det sociale arbejde i og med det økonomiske fokus, kan begrænse i hvor høj grad det sociale element kan få lov at blive udfoldet i arbejdet. Mulighederne i det sociale arbejde kan opstå på baggrund af den stigmatiseringsdiskurs, der gennem analysen har vist sig. Denne diskurs betyder at der opstår grupper af borgere som kategoriseres som særligt udsatte, hvilket skaber målgrupper for det sociale arbejde. På den måde bliver det sociale arbejde særligt relevant inden for dette felt, på trods af de identificerede mulige begrænsninger.

## 8.0 Diskussion

*I de følgende afsnit vil jeg diskutere mine resultater og metodiske valg, for herigennem at vurdere styrker og begrænsninger samt deres anvendelighed til besvarelse af problemformuleringen.*

### 8.1 Diskussion af resultater

*I dette afsnit vil jeg diskutere de fremkomne resultater i specialet og deres relevans for det sociale arbejde i praksis.*

De fremanalyserede diskurser i dette speciale kan i praksis anvendes som grundlag for diskussion af den måde hvorpå der tales og skrives, som en del af måden hvorpå det social faglige arbejdes udøves. Det forebyggende sundhedsarbejde og arbejdet med social ulighed i sundhed kan ifølge Fairclough være præget af de konsekvenser bestemte diskurser kan føre med sig. Derfor kan en diskurs siges at være med til at forme den verden som det sociale arbejde skal agere i (Jensen, 2014). Dette perspektiv betyder at resultaterne af en diskursanalyse, som i dette speciale kan bringe fokus på de tale- og handlemuligheder som, eksisterer i det sociale arbejdes praksis, og hvordan disse muligheder kan være begrænsede og strukturerede af kulturelle og historisk betingede regler og procedurer. De fremanalyserede diskurser kan derfor betyde, at disse får en øget opmærksomhed og interesse, som kan betyde at, der i praksis kommer fokus på, hvad diskurser i eksempelvis retningsgivende tekster eller lignende har af betydning for det arbejde som udføres. Målet med diskursanalysens resultater er ifølge Fairclough, at folk bliver mere bevidste om de rammer, som begrænser deres sprogbrug (Jørgensen & Phillips, 1999).

De fremherskende diskurser som gennem analysen har vist sig i de kommunikative begivenheder, kan i praksis tydeliggøre at det sociale arbejde rummer mange aspekter. Medarbejdere som varetager socialt arbejde i relation til social ulighed i sundhed, vil muligvis opleve, at de

ikke har arbejde med sundhed som hovedopgave, men at dette er en uundgåelig dimension når, man arbejder med at hjælpe mennesker, eksempelvis i forbindelse med arbejdet på et jobcenter eller som sagsbehandler for en familie. Der er mange faktorer som spiller ind i forhold til udviklingen af befolkningens sundhed, og dermed også den ulighed som eksisterer. Derfor kan diskurserne vedrørende dette område reelt have betydning for mange arbejdsområder, som ikke umiddelbart synes relevant i forhold til dette emne.

De fremherskende diskurser er med til at tydeliggøre, hvilke ønsker, myndighederne på området har for arbejdet med social ulighed i sundhed og forebyggelse heraf. Disse ønsker skal medarbejderne i den sociale praksis forsøge at implementere, hvorved disse diskurser bliver konstituerende for den sociale praksis. En analyse som denne kan derfor bidrage til en opmærksomhed rettet mod, hvilke diskurser som konstituerer praksis, og evt. bidrage med et nyt perspektiv på nogle af de dilemmaer som kan opstå i praksis. Dilemmaer som eksempelvis kan udspringe af diskursen om ansvar og stigmatisering, hvor det kan være vanskeligt, at balancere mellem at individet er ansvarlig for sig selv og sine omgivelser, og samtidig at der er visse grupper, som skal have særlige indsatser, og derfor ikke i samme grad er ansvarlige. I dette eksempel består dilemmaet bl.a. i hvorledes det ansvar, som diskursen lægger op til skal balanceres i forhold til de særlige indsatser, som ønskes iværksat mod særligt udvalgte grupper, og derved fratager dem en del af ansvaret. De dilemmaer som diskurserne kan føre med sig i det sociale arbejde, betyder at medarbejderne skal vurdere og foretage faglige skøn, hvor det er nødvendigt med en individuel vurdering af en given situation.

Den fundne udvikling i diskurserne viser, at der i højere grad er fokus på systematiske faktorer end tidligere, og at den sociale ulighed i sundhed ikke udelukkende skyldes individuelle faktorer. Derfor kan det være afgørende for udviklingen i den sociale ulighed i sundhed, at disse diskurser følges op af initiativer og indsatser, der matcher de gældende diskurser. En øget opmærksomhed og et generelt kendskab til disse diskurser, vil muligvis kunne give medarbejderne en indsigt, som vil gøre dem i stand til at stille sig kritisk overfor en evt. manglende sammenhæng mellem diskurser og de reelle muligheder, der findes i praksis.

## 8.2 Diskussion af metode

*I dette afsnit vil jeg diskutere de anvendte metoder i specialet herunder socialkonstruktivisme, kritisk diskursanalyse samt Fairclough kritiske diskursanalyse.*

### 8.2.1 Social konstruktivisme

Det socialkonstruktivistiske udgangspunkt betyder at jeg i dette speciale metodisk må tage højde for, at jeg som forsker, ikke kan betragte virkelighedens og dens fænomener som de virkelig er. Specialets produktion af viden vil derfor altid bære præg af, at jeg medskaber resultaterne. Og derfor er socialkonstruktivismen også kritiseret for at være direkte videnskabelig ubrugelig, da den ikke kan afgøre, hvad der er rigtigt eller forkert, da resultaterne af en undersøgelse blot vil være én udlægning af sandheden, og der derfor ligeledes vil kunne findes andre sandheder om samme virkelighed eller fænomen (Jørgensen & Phillips, 1999). Det kan være svært at argumentere imod dette, da den socialkonstruktivistisk retning selv angiver at der ikke findes én sand virkelighed, og der derfor hersker forskellige konstruktioner af virkeligheden alt efter hvem der ser. Derfor gør socialkonstruktivismen heller ikke krav på at skabe sand viden, men tilgangen kan dog siges at kunne fremanalysere nye perspektiver på virkeligheden, og i den forbindelse påpege nye mulige løsninger (Pedersen, 2012). Socialkonstruktivismen kan dog fastslå hvilke konventioner, der for tiden er gældende som sandhed (Christensen, 2015). På den måde kan socialkonstruktivistisk forskning bidrage til en dialog om, hvorfor nogle fænomener opfattes som det virkelige, rigtige, det gode eller eksempelvis det smukke, og derved få indflydelse på hvad der opfattes som det sande (Pedersen, 2012). Som Pedersen (2012) skriver det, så er styrken ved de socialkonstruktivistiske analyser ”... ikke at fremsætte sandheder, men at invitere til dialog om, hvad der sker med vores fælles liv, når vi konstruerer verden på forskellige måder.”. Derfor har formålet med dette speciale heller ikke været at opnå én endegyldig sandhed, men derimod at få et indblik i hvilke diskursive forståelser der har været konstitueret omkring social ulighed i sundhed (Pedersen, 2012).

Som beskrevet i begrundelsen for mig valg af videnskabsteoretisk ståsted anser jeg ikke alle fænomener som socialt konstrueret, f.eks. den sociale ulighed i sundhed, har jeg i dette speciale betragtet som en objektiv tilstand der findes i samfundet. Jeg har argumenteret for, at jeg anser de kategorier befolkningen tildeles i undersøgelsen af dette fænomen og dermed forklaringerne på den sociale ulighed i sundhed som social konstruerede. Jeg har ligeledes tidligere argumenteret for, at dette er i overensstemmelse med Faircloughs syn på diskursanalyse, hvor han argumenterer for, at der findes diskursive og ikke-diskursive elementer (Fairclough, 2008). Med dette i mente kunne en anden videnskabsteoretisk tilgang også have været aktuel i dette speciale, nemlig den kritiske realisme. Her antages det ontologisk at der findes en objektiv virkelig, som er uafhængig af social og kulturelle omgivelser, som det ellers hævdes i socialkonstruktivismen. Den kritiske realisme anerkender epistemologisk, at det er muligt at opnå objektiv



viden om virkeligheden, til trods for at vores viden om virkeligheden er betinget af den sociale og historiske kontekst, hvilket er i modsætning til socialkonstruktivismen (Christensen, 2015). Jeg abonnerer som tidligere beskrevet på den kritiske realismes ontologiske syn gennem dette speciale, hvilket ligeledes harmonerer med Faircloughs antagelse om, at man skal skelne mellem det diskursive og det ikke-diskursive, hvorfor Fairclough kan siges at være eksponent for en kritisk realistisk udgave af diskursanalyse (Christensen, 2015). Det er dog ikke umuligt at bygge bro mellem de to retninger, hvis man ikke tager udgangspunkt i den radikale udgave af socialkonstruktivisme, hvilket jeg som tidligere beskrevet ikke gør. Jeg vil derfor mene, at den kritisk realistiske tilgang ligeledes kunne have været relevant i dette speciale, men at den socialkonstruktivistiske tilgang harmonerer med mit valg af metode.

### 8.2.2 Kritisk diskursanalyse

Jeg har valgt Faircloughs kritisk diskursanalyse som metodologi for dette speciale, på baggrund af min problemformulering samt videnskabsteoretiske ståsted. Da jeg har haft et ønske om at undersøge hvilke diskursive forståelser af social ulighed i sundhed, der eksisterede i forbindelse med forebyggelse, og hvordan disse har ændret sig over tid, anser jeg den kritiske diskursanalyse som hensigtsmæssig til belysning af dette. Mit valg af metodologi har betydning for specialets resultater, da denne tilgang bidrager til en særlig konstruktion af problemstillingen, hvilket betyder at en anden metodologi, ville have konstrueret en anden forståelse af problemstillingen, og dermed kunne have betydning for andre mulige fund. Jeg anser den kritiske diskursanalyse som et brugbart redskab indenfor forskning i det sociale arbejde, da denne tilgang giver mulighed for at rette et kritisk blik mod de eksisterende virkelighedsopfattelser og sandheder, som hersker på forskellige områder f.eks. inden for det sociale arbejde. Denne tilgang kan bidrage med dekonstruktion af de sandheder, som hersker eksempelvis inden for det sociale arbejde. På den måde kan dekonstruktionen af ”common sense” forståelser bidrage til en forandring af det sociale arbejde i praksis. Derfor vil jeg argumentere for at kritisk diskursanalyse har været et hensigtsmæssigt valg som specialets metodologi.

### 8.2.3 Faircloughs tredimensionelle analysemodel

Analysen har taget udgangspunkt i Faircloughs tilgang til kritisk diskursanalyse, og hans tredimensionelle analysemodel har jeg anvendt som analysestrategi, hvilket har bidraget til struktur i og overblik over selve analysen. Der er dog alligevel nogle begrænsninger ved denne tilgang, som jeg i dette afsnit vil beskrive, og argumentere for hvordan jeg har forsøgt at imødekomme disse. En af de største begrænsninger ved denne tilgang er, at den ikke kan betragtes som en færdigudviklet analysemetode, der umiddelbart er lige til at benytte fra a-z (Horsbøl,

2016). Faircloughs kritiske analyse indeholder mange forskellige begreber, hvilket betyder at det kan være en kompleks model at benytte. Det har derfor været nødvendigt at udvælge analytiske begreber til min analyse, hvilket Fairclough argumenterer for er fordelagtigt, da det sjældent er relevant at inddrage alle begreber (Fairclough, 1992). På den måde har udvælgelsen af begreber, som jeg har fundet relevant for besvarelsen af min problemformulering, bidraget til at skabe en analysemodel som har passet til dette projekt, og jeg har på den måde tilpasset den ellers ”ufærdige” analysemodellen, så den har kunne anvendes til mit formål. Dette betyder dog også, at der er begreber og dermed perspektiver, jeg i min analyse har valgt fra, som formentlig ville have givet andre perspektiver i analysen.

Den kritiske diskursanalyse er blevet kritiseret for, at resultaterne heraf blot er en reproduktion af forskerens egen forestilling, men hertil påpeges det at den tekstuelle næranalyse bidrager til at modvirke dette, da denne netop fokuserer på teksten, og derved må forholde sig til de diskurser, som faktisk eksisterer i teksten (Horsbøl, 2016). Derfor vurderer jeg ligeledes, at analysen er foretaget således, at det har været muligt med andre udfald end dem jeg på forhånd forventede at se, hvilket den tekstuelle analyse bl.a. har bidraget til.

### 8.3 Kvalitet

*I dette afsnit vil jeg diskutere specialets kvalitet herunder validitet, reliabilitet, gennemsigtighed samt generaliserbarhed.*

#### 8.3.1 Validitet

Validitet kan også betegnes som projektets gyldighed eller sandhedsværdi, og beskriver om det i dette speciale er lykkedes at opnå relevant og gyldig viden om den opstillede problemformulering. Derfor omhandler validitet, hvorvidt jeg i dette speciale har undersøgt det min problemformulering lægger op til, og om der er en overensstemmelse mellem det empiriske grundlag og problemformuleringen (Monrad & Olesen, 2018). Jeg har i dette speciale søgt at øge validiteten ved at udvælge empiri som strækker sig over perioden 2002-2018, for at have empiri der gjorde det muligt at sige noget om udvikling af de fremherskende diskurser omkring social ulighed i sundhed. Empirisk har jeg bl.a. analyseret Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, som er blevet udgivet to gang i hhv. 2012/13 og igen i 2018. For hver udgivelser er der som tidligere beskrevet udgivet 11 forebyggelsespakker, hvoraf jeg har udvalgt og analyseret to for hver udgivelse. Dette valg er truffet på baggrund af specialets tidshorisont og omfang, som ikke har gjort det muligt at analysere alle 11 forebyggelsespakker for hver udgivelse. Jeg har

derfor anvendt de to udvalgte forebyggelsespakker som repræsentation for den generelle diskurs vedrørende social ulighed i sundhed i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Ved at udvælge to forebyggelsespakker som repræsentation for alle de 11 udgivne kan der forekomme diskursive aspekter, som jeg ikke har fået med i min analyse, og derfor er der risiko for, at mine analytiske fund ikke er fuldt repræsentative for den diskurs om social ulighed i sundhed, som der eksisterer i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. Det samme gør sig gældende i min generelle udvælgelse, jeg har udvalgt nogle få dokumenter, som eksisterer i en bestemt kontekst og med en bestemt afsender, hvor det har været muligt at udvælge andre dokumenter som ligeledes kunne være relevante for denne undersøgelse, og som muligvis ville give et andet resultat.

### 8.3.2 Reliabilitet

Reliabilitet beskrives ofte også som overensstemmelse eller pålidelighed, og omhandler, i dette speciale, hvordan empirien er tilvejebragt og bearbejdet (Monrad & Olesen, 2018). Empirien i dette speciale er som bekendt ikke tilvejebragt af mig, men eksisterende materiale jeg har udvalgt til at udgøre empirien i dette speciale. Dette betyder, at de udvalgte tekster er mulige at finde for læserne af dette speciale. Da jeg har ønsket at undersøge udviklingen i de fremherskende diskurser, har det været nødvendigt med empiri fra en længere årrække. Dette har betydet, at empirien ikke har samme afsender, og derfor indeholder markante variationer, i og med at sundhedsprogrammet ”Sund hele livet” er udgivet af sundhedsministeriet, og dermed er et politisk dokument, hvorimod forebyggelsespakkerne er udgivet af Sundhedsstyrelsen, og dermed i højere grad er faglige dokumenter. Specialets empiri kan derfor siges at være præget af variationer i og med udgiveren er forskellige og dermed også konteksten hvori de er produceret. Jeg har dog udvalgt empiri som omhandler samme emne, og alle behandler spørgsmålet om social ulighed i sundhed, hvilket jeg mener bidrager til reliabiliteten og derfor er anvendelige til besvarelsen af problemformuleringen. Jeg har derudover søgt at øge specialets reliabilitet i min bearbejdning af empirien, eftersom jeg ikke har kunne påvirke dets tilblivelse. I bearbejdningen af empirien har jeg foretaget en grundig og systematisk kodning af de tre tekster, da jeg ud fra Faircloughs tredimensionelle analysemodel har skulle analysere de kommunikative begivenheders tekst, diskursive praksis og sociale praksis. Jeg har i analysen søgt at øge reliabiliteten ved at inddrage citater, således at de analytiske pointer er bundet op på konkrete citater fra den diskursive begivenhed.

### 8.3.3. Gennemsigtighed

Gennemsigtighed betegnes ofte også som transparens og beskriver hvorvidt, det det er muligt at gennemskue hvorledes undersøgelsen i dette speciale, er foretaget. Jeg har søgt at øge gennemsigtigheden i dette speciale ved at begrunde for mine valg og fravalg hvad angår videnskabsteori, metode samt teori. Jeg har ligeledes forsøgt at beskrive min forforståelse i forhold til emnet om sociale ulighed i sundhed, for på den måde at være transparent i forhold til hvilken forforståelse jeg har haft i udarbejdelsen af dette speciale. Derudover har jeg søgt at øge gennemsigtigheden ved at beskrive afgrænsningen for dette speciale, og operationalisere de teoretiske begreber jeg anvender i analysen. På den måde kan mine valgt for denne undersøgelse gås efter, og det er muligt for læsere af dette speciale at følge med i de valg og fravalg jeg undervejs argumenterer for.

### 8.3.4. Generaliserbarhed

Generaliserbarhed kan også beskrives som anvendelsesområde eller overførbare, og beskriver hvem og hvad der kan drages konklusioner om. Dermed beskriver generaliserbarhed i hvilket omfang, resultaterne fra dette speciale er brugbare i forhold til andre kontekster, end det jeg har undersøgt (Monrad & Olesen, 2018). Jeg har undersøgt hvilke diskurser, der har været fremherskende i perioden 2002-2018 omkring social ulighed i sundhed inden for forebyggelsesområdet, og hvordan disse har udviklet sig. Den sociale ulighed i sundhed er dog ikke kun aktuel i et forebyggelsesperspektiv. Da jeg har taget udgangspunkt i socialkonstruktivismen som videnskabsteoretisk ståsted, kan det diskuteres, om de resultater jeg har opnået kan betragtes som sand viden og derved generaliseres til andre kontekster end den undersøgte. Dette skyldes, at der ifølge socialkonstruktivismen kan eksistere flere forskellige diskurser om hvad sand viden er. Derfor kan resultaterne af dette speciale siges at være afhængige af den kontekst hvori de er undersøgt, hvorfor det kan være vanskeligt at generalisere dem til andre kontekster. Samtidig gælder det for socialkonstruktivismen at viden anses som historisk og kulturel specifik, hvorfor de resultater der her er opnået, ikke kan betragtes som evige og almenlydige, men derimod et billede på den sociale og kulturelle kontekst hvori de er opstået. Som tidligere beskrevet kan viden produceret indenfor socialkonstruktivismen derimod inviterer til en dialog om, hvilke sandhedsforståelser der er konstrueret, og hvad der derfor opfattes som det rigtige og det sande i forhold til social ulighed i sundhed (Pedersen, 2012).

Derfor mener jeg også, at resultaterne i dette speciale kan være relevante for andre sundhedsområder, hvor social ulighed i sundhed ligeledes er et aktuelt fænomen. Det kan eksempelvis være i sundhedsvæsnet, hvor det har vist sig, at der på trods af lige adgang til sundhedsvæsnet

er forskel i hvordan det benyttes. Og det ses at patienter med lavere socioøkonomisk status oplever ikke at modtage samme grad af behandling, eller har samme udfald af behandling som øvrige patienter (Sundhedsstyrelsen, 2022c). Som resultaterne heri har vist er der et stort fokus på socialt udsatte i forhold til social ulighed i sundhed, og social udsathed er et emne, der er relevant i mange sammenhænge, f.eks. også i forbindelse med arbejdsløshed og uddannelse hvorfor jeg forventer at specialets resultater, ligeledes vil kunne bidrage med relevante pointer i disse sammenhænge. Selvom dette speciale omhandler social ulighed i sundhed i et forebyggelsesperspektiv, mener jeg, at resultaterne der er fremkommet heri, kan være relevante for andre områder, hvor social ulighed i sundhed er et aktuelt fænomen, og det samme gælder for områder der arbejder med sociale udsatte. Der er altså her tale om en analytisk generaliserbarhed, og ikke en statistisk generaliserbarhed.

## 9.0 Referencer

- Albertsen, A. (2013). Lader held-egalitarismen fanden tage de uansvarlige sidste? *Politica*, 45(2), 217–232. <https://doi.org/10.7146/politica.v45i2.69780>
- Andersen, I., Lauridsen, S., & Norup, M. (2009). Lige muligheder og sundhed. In N. Holtug, & K. Lippert-Rasmussen (Eds.), *Lige muligheder for alle* (pp. 125-149). Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Andersen, M. M., Dalton, S. O., Lynch, J., Johansen, C., & Holtug, N. (2013). Social inequality in health, responsibility and egalitarian justice. *Journal of Public Health*, 35(1), 4-8. 0.1093/pubmed/fdt012
- Bom, A. K. (2017). *Diskursanalytisk metode* (1st ed.). Samfundslitteratur.
- Brønnum-Hansen, H. (2017). Socially disparate trends in lifespan variation: a trend study on income and mortality based on nationwide Danish register data. *BMJ Open*, 8. 10.1136/bmjopen-2016-014489
- Christensen, A. B. (2015). Social konstruktion eller social realitet. In A. B. Christensen, S. Jørgensen, S. P. Olesen & T. Rasmussen (Eds.), *Viden og videnskabsteori i socialt arbejde* (pp. 45-63). Hans Reitzels Forlag.
- Collin, F. (2021). *Socialkonstruktivisme : en introduktion* (1st ed.). Samfundslitteratur.
- Danske Patienter. (2019). *Ulighed i sundhed*. Kbh: [https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A\\_Danske%20Patienter/B\\_Indspil\\_cases\\_undersogelser/ulighed\\_baggrundsnotat.pdf](https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_undersogelser/ulighed_baggrundsnotat.pdf)

Dean, M. (2006). *Governmentality - magt og styring i det moderne samfund*. Forlaget Sociologi.

Den Danske Ordbog. (2003). *Diskurs*. ordnet.dk. Retrieved 28/2-23, from <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=diskurs>

Drivsholm, L. S. (2022, ). »Utroligt nedslående«: Uligheden i sundhed stiger og den mentale sundhed falder, viser ny rapport. *Information*

Duedahl, P., & Jacobsen, M. H. (2010). *Introduktion til dokumentanalyse*. Syddansk Universitetforlag.

Fairclough, N. (1992). *Discourse and social change*. Polity Press.

Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse : textual analysis for social research*. Routledge.

Fairclough, N. (2008). *Kritisk diskursanalyse : en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag.

Frederiksen, M. (2018). Kapitel 3: Design. In S. P. Olesen, & M. Monrad (Eds.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (pp. 83-106). Hans Reitzels Forlag.

Griffin, N., Wistow, J., Fairbrother, H., Holding, E., Sirisena, M., Powell, K., & Summerbell, C. (2022). An analysis of English national policy approaches to health inequalities: 'transforming children and young people's mental health provision' and its consultation process. *BMC Public Health*, 22(1084), 11. [rg/10.1186/s12889-022-13473-6](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13473-6)

Healey, K. (2016). *Socialt arbejde i teori og kontekst* (2.th ed.). Akademisk forlag.

Horsbøl, A. (2016). Kritisk diskursanalyse. In A. Horsbøl, & P. Raudaskoski (Eds.), *Diskurs og praksis : teori, metode og analyse* (1st ed., pp. 59-88). Samfundslitteratur.

- Horsbøl, A., & Raudaskoski, P. (2016). Diskurs og praksis som analysefelt. In A. Horsbøl, & P. Raudaskoski (Eds.), *Diskurs og praksis : teori, metode og analyse* (1st ed., pp. 7-24). Samfundslitteratur.
- IFSW. (2014). *Global definition af socialt arbejde*. [www.ifsw.org](http://www.ifsw.org). Retrieved 20/4-2023, from <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2002). *Sund hele livet*. Kbh.: Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://sum.dk/Media/F/1/Sund%20hele%20livet.pdf>
- Jenkins, R. (2006). *Social identitet*. Academica.
- Jensen, E. H. (2014). Diskursanalyse. In M. Henricson (Ed.), *Videnskabelig teori og metode* (pp. 401-421). Munksgaard.
- Jensen, P. H., & Skjøtt-Larsen, J. (2021). Theoretical Challenges and Social Inequalities in Active Ageing. *International Journal Of Environmental Research and Public Health*, 18(9156)rg/10.3390/ijerph18179156
- Jørgensen, M. (2022). Hvorfor hænger vores sociale status sammen med vores sundhed? *Www.Videnskab.Dk*, <https://videnskab.dk/forskerzonen/krop-sundhed/hvorfor-haenger-vores-sociale-status-sammen-med-vores-sundhed>
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur.
- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. In S. Brinkmann, & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder : en grundbog* (pp. 137-151). Hans Reitzel.



Monrad, M., & Olesen, S. P. (2018). Kvalitet og kritik. In M. Monrad, & S. P. Olesen (Eds.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (pp. 293-318). Hans Reitzels Forlag.

Nielsen, J. (2021). Den sociale ulighed i sundhed består – og stiger. *Ugeskrift for Læger*, 5.  
<https://ugeskriftet.dk/nyhed/den-sociale-ulighed-i-sundhed-bestar-og-stiger>

OECD. (2021). *Health at a Glance 2021*. Paris: OECD Publishing. 10.1787/ae3016b9-en  
<https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/ae3016b9-en>

Pedersen, K. B. (2012). Socialkonstruktivisme. In K. B. Pedersen, & S. Juul (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring* (1st ed., pp. 187-232). Hans Reitzels Forlag.

Pedersen, K. B., & Juul, S. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejde. In K. B. Pedersen, & S. Juul (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring* (1st ed., pp. 399-430). Hans Reitzels Forlag.

Region Midtjylland. (2018). *Hvordan har du det?*. Aarhus: Region Midtjylland.  
<https://www.defactum.dk/om-DEFACTUM/projektsite/hvordan-har-du-det/undersogelserne-2001-2017/hvordan-har-du-det-2017/hvordan-har-du-det-2017---konference/>

Regioner. (2022). *Danskernes uddannelse betyder meget for, hvor gamle vi bliver*. [www.regioner.dk](http://www.regioner.dk). Retrieved 24/2-2, from <https://www.regioner.dk/services/faktuelt/2022/danskernes-uddannelse-betyder-meget-for-hvor-gamle-vi-bliver>

Schneider-Kamp, A. (2021). Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory & Health*, 19, 205-219. [rg/10.1057/s41285-020-00145-x](https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x)

Sundhedsministeriet. (1999). *Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008*. Kbh:  
Sundhedsministeriet. <https://sum.dk/Media/E/C/Regeringens-folkesundhedsprogram-1999-2008.pdf>

Sundhedsministeriet. (2021). *Ulighed i sundhed*. [www.sum.dk](http://www.sum.dk). Retrieved 24/2-23, from <https://sum.dk/temaer/ulighed-i-sundhed>

Sundhedsstyrelsen. (2012). *Forebyggelsespakke tobak*. Kbh.:

Sundhedsstyrelsen. (2013). *Forebyggelsespakke overvægt*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen. (2018a). *Forebyggelsespakke overvægt*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Forebyggelsespakke-Overvaegt>

Sundhedsstyrelsen. (2018b). *Forebyggelsespakke tobak*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/forebyggelsespakke-tobak>

Sundhedsstyrelsen. (2018c). *Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne*. Kbh:  
<https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Forebyggelsespakke-Kommunens-arbejde-med-forebyggelsespakkerne>

Sundhedsstyrelsen. (2018d). *Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne*. [www.sst.dk](http://www.sst.dk).  
Retrieved 20/04-23, from <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/Forebyggelsespakke-Kommunens-arbejde-med-forebyggelsespakkerne>

Sundhedsstyrelsen. (2019a). *Forebyggelsespakker til kommunerne*. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Retrieved  
20/04-23, from <https://www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/forebyggelsespakker-til-kommunerne>

Sundhedsstyrelsen. (2019b). *Ulighed i sundhed*. [www.sst.dk](http://www.sst.dk). Retrieved 24/2-23, from <https://sst.dk/da/viden/Ulighed-i-sundhed>

Sundhedsstyrelsen. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom*. Kbh: Sundhedsstyrelsen. <https://sst.dk/da/udgivelser/2020/Social-ulighed-i-sundhed-og-sygdom>

Sundhedsstyrelsen. (2022a). *Danskernes sundhed*. Kbh: Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/danskernes-sundhed>

Sundhedsstyrelsen. (2022b). *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021*. Kbh: Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2022/Danskernes-sundhed>

Sundhedsstyrelsen. (2022c). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen. [https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet\\_TILG.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Ulighed/8947-SST-Rapport-Ulighed-i-moedet_TILG.ashx)

Sundhedsstyrelsen. (2023). *Danskernes rygevaner 2022*. Kbh: Sundhedsstyrelsen. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2023/Danskernes-rygevaner-2022>

Trygg, N. F., Gustafsson, P. E., Hurtig, A., & Månsdotter, A. (2022). Reducing or reproducing inequalities in health? An intersectional policy analysis of how health inequalities are represented in a Swedish bill on alcohol, drugs, tobacco and gambling. *BMC Public Health*, 22(1302), 12. [rg/10.1186/s12889-022-13538-6](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13538-6)

Vallgård, S. (2019). *Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?*. Information.

Videnskab dk. (2019). *Hvordan mindsker vi den sociale ulighed i sundhed*. [www.videnskab.dk](http://www.videnskab.dk). Retrieved 20/4-2023, from <https://videnskab.dk/krop-sundhed/hvordan-mindsker-vi-den-sociale-ulighed-i-sundhed/>

Villadsen, K. (2018). Michel Foucaults diskursanalyse. In M. Järvinen, & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitativ analyse : syv traditioner* (1st ed., pp. 297-319). Hans Reitzel.

Weiss, D. (2019). Round hole, square peg: a discourse analysis of social inequalities and the political legitimization of health technology in Norway. *BMC Public Health*, *19*(1691), 15. [rg/10.1186/s12889-019-8023-3](https://doi.org/10.1186/s12889-019-8023-3)