

Indholdsfortegnelse

Abstract.....	3
1 Indledning	5
1.1 Sundhed som trend.....	5
1.2 Sundhed i det offentlige rum.....	5
1.3 Sundhed – definition og betydning	6
1.4 Specialets problemformulering og afgrænsning	8
1.4.1 En videnspolitisk intervention.....	9
1.5 Specialets struktur	12
2 Metode.....	15
2.1 Epistemologiens betydning for metoden	15
2.2 Genealogi - en analytisk metode	16
2.2.1 Genealogi som samtidshistorie	16
2.3 Genealogiens teoretiske indspark.....	18
2.3.1 Styringsmentalitet	19
2.3.2 Det pastorale magtperspektiv.....	20
2.3.3 Subjekt.....	23
2.3.4 Viden	24
2.3.5 Magt	26
2.4 Analytisk nedslag	27
2.4.1 Empiri	29
2.5 Analysestrategi	30
3 Analyse.....	33
3.1 Den sunde borger!	33
3.1.1 Et tekstlæsningstrin	33
3.1.2 Et reproduktionstrin.....	39
3.1.3 Et analytisk trin	42
3.2 Styringsmentalitet	47
4 Konkluderende diskussion	51

4.1 Sundhed som sandhed i en konkurrencestat	51
4.1.1 Fra helbredelse til sundhedsfremme	51
4.1.2 Sundhed som middel til konkurrence	53
4.2 Styringsmentalitetens betydning for positionering	55
4.2.1 Borgerens subjektpositioner	55
4.3 Specialets metodiske greb	59
4.3.1 Genealogiens historieskrivning	59
4.3.2 Styringsmentalitet i et pastoralt perspektiv	60
5 Afsluttende betragtninger	63
Litteraturliste.....	67
<i>Bilag I Sst(2011), Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?</i>	71
Vedlagt som ekstra materiale til specialet	71
<i>Bilag II Sif(2009), Den sunde by</i>	71
Vedlagt som ekstra materiale til specialet	71

Abstract

The thesis wants to focus on how the public administration is trying to organize citizens based on a management mentality that is shaped by the fact that health is truth. At the same time, the thesis wants to focus on how the importance and the consequence of management mentality help to construct certain citizens, and, thus this thesis wants to focus on and challenge the positions that the citizens have.

The aim of the thesis is to create a knowledge-political intervention in order to expand the frontiers of the way healthcare is understood, which will challenge the knowledge discipline that health, is a part of. The thesis therefore contributes - in academic terms - to create a stir in the understanding of health, the management mentality established, and hence the positions that will be established in relation to the citizen.

The framework for the thesis is based on the genealogy which is about writing the story of today. The way genealogy is applied is understood as a knowledge-political intervention and has a focus on identifying and illuminating inconvenient facts. The use of genealogy as a knowledge-political intervention affects the theoretical framework chosen to support the possibility of writing a different history of health.

With a result of genealogy and with concepts as pastoral power, knowledge, power and subject, the thesis can conclude that the public administration is largely trying to organize citizens' action by management mentality. That happens by presenting health as truth, which helps to reduce the citizen positions in relation to health. The truth is undisputedly presented based on certain factors about what health is, and how healthcare should be done. The discourse – health as truth – therefore leads to a direct claim for the citizen to be healthy both for the individual and the public good.

Pastoral power as a control mentality becomes particularly evident when the government puts up to or encourages individuals to change their behaviour, and, thus, gets individuals to adopt and embed health as truth as their own goals or own truth. Pastoral power functions are being controlled from a distance, and the goal is that it is the citizens who must change themselves.

Therefore the positions that are available for citizens can be roughly characterized as to be loyal to themselves and the community by choosing health or deselect this and thus risk being marginalized. Simultaneously, the thesis also displays that some citizens have the ability to choose different positions of subjects to a greater or lesser extent by adding other discourses greater value than the discourse on health as truth.

1 Indledning

Kapitlet har til formål at bibringe de indledningsvise overvejelser, der har bragt specialiet frem sin problemformulering. Jeg tager i det følgende udgangspunkt i sundhedens mere og mere omfangsrige betydning og indflydelse på vores samtid herunder den måde, hvorpå vi forstår og italesætter sundhed, bl.a. med udgangspunkt i herskende sundhedsforståelser.

1.1 Sundhed som trend

Sundhed er på alles læber. Vi taler om det! Vi gør det! Vi spiser det! Og ikke mindst er vi det! Eller også er vi det ikke. Men, hvis ikke vi er sunde, hvad er vi så? Er vi så usunde?

Når snakken falder på sundhed, accepterer vi stiltiende begrebet som det rene, som det gode, som det vi ønsker. Det vi *vil* have mere af – det vi *skal* have mere af. Vi sundhedsmærker vores fødevarer, vi idrætscertificerer vores børnehaver og SFO'er, og vi brander os på internetsider som Endomundo og Facebook for også at vise omverdenen, at vi har levet op til vores borgerpligt. Vi læser sundhedsstyrelsens pjecer – eller vi ved i hvert fald, at de eksisterer. Vi hører nyheder og følger de nye kommissioner, anbefalinger og retningslinjer, som det offentlige, medierne, vores omgangskredse m.m. på forskellig vis formidler til os. Vi lægger øre til informationsstrømme, der fortæller os, at danskerne for ofte dør af kræft, er for fede, drikker for meget sodavand, ryger for meget og bevæger sig for lidt.

Men hov – noget må være gået galt. Har vi ikke levet op til de forventninger staten / fællesskabet / samfundet stillede? Formentlig ikke. I så fald vil vi ikke være for tykke, for dovne og for syge. Billedet af den skuffede forældre toner frem på nethinden – jeg er usund – jeg har syndet!

Det interessante er dog, hvorvidt denne tilstand er ”lovlig” – *kan* jeg være usund. *Må* jeg være usund? Er den usunde borger en medborger eller en modborger – en tikkende bombe under samfundet?

1.2 Sundhed i det offentlige rum

Når vi kigger ud over mediebilledet, er det tydeligt, at sundhed er kraftigt eksponeret, og dækningen af sundhedsområdet i de danske medier er steget markant de seneste år. En analyse fra efteråret 2012, foretaget af kommunikationsbureauet Effector, viser, at de otte største dagblade i Danmark havde 412 historier om sundhed over en periode på bare tre måneder, hvor 62 af dem ryddede forsiden. På tre ud af fire dage kan læserne altså finde sundhed på

forsiden af et af de otte største dagblade¹. B.T., der har valgt at udråbe sig selv som Danmarks sundhedsavis, fungerer alene som afsender af 24 pct. af de 62 forsidehistorier om sundhed, hvorved de ligger suverænt i front i forsidedækningen af sundhedsstoffet. (Effector, 2012) BT er ifølge journalist Peder Nederland defineret som Danmarks sundhedsavis med følgende begrundelse:

”Nu er B.T. også blevet Danmarks sundeste avis og kalder os meget naturligt 'Danmarks Sundhedsavis'. Danskerne er i disse år mere end nogensinde optaget af at gøre noget ved vores livsstil. Vi kæmper imod de store folkedræbere som hjertesygdomme, diabetes, kolesterol-plager og overvægt. B.T.s læsere går mere end nogen andre forrest i denne kamp og har vist en sjældent stor interesse for dette stof. Derfor er stoffet ofte på forsiden af avisen, og derfor fylder det meget på bt.dk. Det er derfor meget naturligt, at vi som avis og som nyhedssite med bt.dk gør alt, hvad vi kan for at få danskerne til at leve sundere og bevæge sig mere.”
(BT, 2009)

Der forekommer altså i det offentlige rum en stærk italesættelse af, at sundhed er det borge-
ren stræber efter og skal stræbe efter. Det kommer ligeledes til udtryk i den måde, hvorpå
den nuværende regering tænker sundhed og forebyggelse på. Ugebrevet Mandag Morgen
skriver, at:

”Regeringen lægger op til et markant kursskifte i forebyggelsespolitikken. Det næste årti skal være forebyggelsens årti, fastslår sundhedsminister Astrid Krag. Hun vil lave konkrete og forpligtende mål for sundheden de næste 10 år og lancerer nu et udspil med seks konkrete fokusområder i håb om at få danskerne til at leve sundere og længere. Ministeren vil bruge hele værktøjskassen som rådgivning, kampagner, forbud, afgifter og borgermøder for at sikre danskerne flere gode leveår.” (Andersen, 2012)

Vores opmærksomhed er altså rettet mod sundhed, hvad enten vi vender mod regeringens
tanker og målsætninger eller mod de medier, som informerer og inviterer til dialog i forhold
til aktuelle sundhedstematikker.

1.3 Sundhed – definition og betydning

Begrebet sundhed er dog en svær størrelse at indfange og – selvom vi bruger begrebet i
flæng – lader det sig kun vanskeligt definere. En ofte anvendt definition af sundhed er frem-
sat af Verdens Sundhedsorganisation (WHO) i 1948, der beskriver sundhed som, at: *”Sund-
hed er en tilstand af fuldkommen legemlig, sjælelig og socialt velvære og ikke blot fravær af
sygdom og gener.”* (WHO, 1948)

¹ Jyllands-Posten, Politiken, Berlingske, Børsen, Ekstra Bladet, B.T., MetroXpress og 24 Ti-
mer

Det brede sundhedsbegreb – som WHO's sundhedsdefinition hører til – er et sundhedsbegreb, hvor krop og psyke hænger sammen, og hvor det enkelte menneskes sundhed udformes i et dynamisk samspil mellem arv, livsstil, levevilkår og sundhedsvæsenets indsats.

I det brede sundhedsbegreb vægtes der derfor ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse men derimod også livskvalitet eller det, der i WHO's terminologi handler om psykisk og socialt velbefindende. Ifølge Folkesundhedsrapporten sættes der fokus på sundhed og salutogenese – altså de processer og forhold, der skaber, udvikler og fastholder sundhed hos det enkelte menneske, i grupper og/eller i samfundet. (Sif, 2007, p.37)

I 1970'erne og 1980'erne var der en ukuelig tro på, at sundhed for alle var opnåeligt, hvilket udmøntede sig i WHO's strategi *Sundhed for alle år 2000*, hvor det brede sundhedsbegreb blev eksemplificeret med de fire mål: at lægge år til livet, at lægge sundhed til livet, at lægge liv til årene og lighed i sundhed. (Ibid., p.38). På denne måde blev uddannelse, boligforhold, fødevarer, miljø mv. inddraget som væsentlige elementer i sundhedsstrategien. Folketinget vedtog endvidere i 1988, at *Sundhed for Alle år 2000* skulle danne grundlag for Danmarks sundhedspolitik. (Sst, 2000).

WHO's strategi *Sundhed for alle 2000* – og dermed også sundhedsdefinitionen "[...]har været inspirationskilde for det danske folkesundhedsprogram." ifølge specialkonsulent i Sundhedsstyrelsen, Marianne Kristensen. (Ibid.) Når det offentlige fokuserer på forebyggelse og sundhedsfremme med udgangspunkt i sundhedsdefinitionen, etableres der dermed også et nyt forhold mellem det offentlige og borgeren, hvor det offentlige får mulighed for at bevæge sig ind på områder, der tidligere i højere grad var private.

Sundhedsdefinitionen bidrager endvidere til, at sundhed bliver idealiseret, hvilket bl.a. kommer til udtryk i følgende citat:

"Fra at være en normaltilstand, der kendetegner alle, der ikke er syge, bliver sundheden et uopnåeligt fikspunkt, som alle mennesker ikke desto mindre er forpligtede til at nærme sig. Med WHO's definition er alt blevet sundhed, samtidig med at ingen enkeltpersoner længere kan være sunde." (Mortensen, 2001)

Når det offentlige derfor tager definitionen til sig som en del af sit sundheds- og forebyggelsesprogram, har det derfor også betydning for det fokus, der bliver på sundhed i offentligheden – altså at sundhed er i alt. Men det giver tillige det offentlige mulighed for at træde ind på områder, der forstås eller opleves som private – i sundhedens navn. Når det offentlige tænker sundhed på en bestemt måde, bidrager det altså til at placere sundhed centralt i den måde, hvorpå vi tænker liv og livsførelse på, og hvordan vi forstår os som borgere.

Tillige bidrager det også til, at det offentlige får et langt større ansvar for og deltagelse i den enkeltes sundhed og sundhedsfremme. Sundhed bliver nemlig et ideal – en sandhed – og sundhedsfremme bliver dermed et middel til at tilstræbe sig idealet.

WHO's sundhedsdefinition kan altså med ovenstående in mente antages at have stor betydning for den måde, hvorpå vi tænker sundhed og dermed også for de sundhedsfremmeinitiativer, der igangsættes i offentligt regi. Marianne Kristensen fra Sundhedsstyrelsen pointerer, at *”Det er blot ikke altid synligt, at de tilgrundliggende anbefalinger kommer fra WHO[...]*” men *”[...]således har både WHO's overordnede og mere specifikke sundhedsfaglige arbejde uomtvisteligt haft stor betydning for Danmark, fordi det har været brugbart i det nationale arbejde.”* (Sst, 2000)

Det brede sundhedsbegreb har altså stor betydning for, hvordan det offentlige har tænkt og tænker sundhed og dermed også sundhedsfremme i Danmark. Det interessante er derfor også, hvordan der arbejdes med at gøre borgeren sund eller mindre usund, altså hvilke styringsmekanismer og værktøjer der sættes i anvendelse for at skabe borgere, der er sunde. Som tidligere nævnt vil sundheds- og forebyggelsesminister Astrid Krag bruge alle tilgængelige redskaber til at få danskerne til at leve længere og sundere. Der nævnes rådgivning, kampagner, forbud, afgifter og borgermøder som mulige redskaber til at få borgeren til *”at makke ret”* – i denne kontekst forstået som at blive sund. Vi har altså at gøre med instanser, som vil ændre noget ved borgerne, og måske bidrager idealiseringen af sundhed netop til, hvad man vil gøre ved borgeren, og hvordan. Der sættes altså nogle mekanismer i spil for at ændre på borgeren, og disse mekanismer giver borgeren forskellige muligheder for at agere heri, og det er netop dette, jeg finder interessant at lade være specialets omdrejningspunkt.

1.4 Specialets problemformulering og afgrænsning

Jeg har i de indledningsvise betragtninger søgt at skabe en ramme for projektets forståelse af sundhed i relation til det brede sundhedsbegreb og dermed også WHO's sundhedsdefinition som en forståelse af sundhed, der har stor betydning for og indflydelse på forståelsen af sundhed som et ideal. Slutteligt har jeg søgt at præsentere, hvorledes de samfundsmæssige udfordringer, der dominerer vores tid, også har betydning for den måde, hvorpå vi tænker sundhed og dermed også for de positioner, som borgeren har til rådighed. Jeg ønsker derfor med dette speciale at fokusere på de mekanismer, som det offentlige sætter i anvendelse for at få borgeren til at agere på en bestemt måde, og hvorledes dette har betydning og konsekvenser for muligheden for at være borger, hvilket leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan kommer styringsmentalitet til udtryk i forbindelse med det offentlige italesættelse af sundhed, og hvorledes har det betydning og konsekvenser for de muligheder, borgeren har for at være borger?

Specialet vil tage sit udgangspunkt i en antagelse om, at sundhed italesættes som et ideal eller en sandhed, hvilket etablerer bestemte former for styring i relation til at få borgeren til at blive mindre usund. En styringsmentalitet kan forstås som, at de autoriteter, der forsøger at strukturere andres handlinger, er formet af de for tiden mere eller mindre indlysende sandheder i styringstænkningen. Netop derfor kan der til forskellige tider blive identificeret bestemte regelmæssigheder i de strategier, programmer og teknikker, der benyttes af autoriteterne til at realisere bestemte målsætninger (Miller & Rose, 1992). Specialet ønsker derfor at fokusere på, hvordan det offentlige med udgangspunkt i en styringsmentalitet, der er formet af, at sundhed er sandhed, forsøger at strukturere borgerens handlinger. Samtidig ønsker specialet at fokusere på, hvordan de strategier, der er en konsekvens af styringsmentaliteten bidrager til at konstruere bestemte borgere, og dermed ønsker specialet tillige at fokusere på og udfordre de positioner, som borgeren har til rådighed.

Der fokuseres i specialet på det offentlige fokus på sundhed velvidende, at det offentlige er indlejret i en lang række aktørers forståelse for og italesættelse af sundhed. Bevæggrunden for at udvælge det offentlige, som udgangspunkt for specialets optik er, at det offentlige netop har en særlig relation til – og måske også indflydelse på – borgeren, qua den måde vi har opbygget vores samfund på, med en tæt relation og afhængighed mellem stat og borger. Det offentlige kan altså karakteriseres som en betydende autoritet, der forsøger at strukturere borgerens handlinger, og netop derfor har de programmer, teknikker etc., der iværksættes på baggrund af styringsmentalitet mulighed for stor indflydelse på den enkelte borger.

1.4.1 En videnspolitisk intervention

Specialet bidrager dermed til at sætte fokus på de betingelser og muligheder, borgeren har, når staten italesætter sundhed som sandhed og dermed iværksætter styringsmentalitet i relation hertil for at påvirke borgeren til at blive mindre usund. Specialet vil altså tilstræbe at nå til klarhed om de betingelser, vi tænker og handler under i vores samtid. Ved at gøre klart, hvad der står på spil, når det offentlige styrer på en bestemt måde og i relation hertil anvender bestemte former for tænkning og handling, så bidrager det til, at borgerne kan påtage sig et bestemt ansvar for konsekvenserne af at tænke og handle på bestemte muligheder.

Derfor vil specialet sætte fokus på 'ubekvemme fakta' med udgangspunkt i Mitchell Dean, der har forbundet Michael Foucaults perspektiver på magt med en synliggørelse af ubekvemme fakta. Termen 'ubekvemme fakta' har Dean lånt af Max Weber, og tager sit udgangspunkt i, at der ofte er diskrepanser mellem overordnede styringsprogrammer på den

ene side og på den anden side praksis. Det skal forstås således, at de overordnede styringsprogrammer ofte af deres fortalere bliver artikulert i udelukkende positive termer. (Dean, 2006, p.81) Termer som det kan være svært at være uenige i, som eksempelvis også er tilfældet, når talen falder på sundhed, og initiativer der har til formål at bidrage til øget sundhed. De ubekvemme fakta tvinger os altså til, at ”[...]overveje de forgreninger af vores handlinger og forpligtelser og påpeger uoverensstemmelsen mellem bestemte programmers selvrepræsentation og deres strategiske effekter.” (Ibid.)

Studier af praksis frembringer ofte fakta, der ikke er overensstemmende med fortalernes italesættelse. Det har Mitchell Dean eksemplificeret ved studier af teknikker i forhold til empowerment, hvis eksplicite formål ofte er, at hjælpe marginaliserede grupper til at blive selvhjulpne, men også deltage aktivt i de politiske processer (Ibid., p.127). Dog viser en række studier af praksis, at empowerment er mere orienterede mod at producere bestemte subjekter, end de er forbundet med en egentlig ’emancipatorisk selvrelation’ hos borgeren. De ubekvemme fakta belyser dermed, at de teknikker, der sættes i anvendelse i empowerment er udviklet i henhold til bestemte forestillinger om frie subjekter. Dermed bliver endemålet for empowerment at skabe subjekter, som er i overensstemmelse med disse forestillinger og dermed ikke en reel frigørelse til at træffe andre eller modstridende beslutninger og handlinger, end det var tiltænkt.

De ubekvemme fakta skal derfor forstås som en slags skyggesider af magten, som ofte ikke medreflekteres, fordi en række menneskelige praksisser er kendetegnet ved, at de bliver betragtet som indlysende nødvendige eller uskyldige. Det opnår en sandhedsværdi.

Specialets fokus på ubekvemme fakta og dermed, at der er sider af magten, der ikke medreflekteres netop fordi, der er bestemte sandheder, fremgangsmåder etc., der fremhæves som evidente, gør, at jeg med dette speciale ønsker at bidrage til at sætte det uskrevne eller det utalte i spil. Jeg ønsker altså røkke ved de herskende sandheder omkring sundhed i relation til den betydning, det har for borgeren, for derved at bidrage til at give borgeren andre eller flere mulige positioner.

Formålet med specialet bliver dermed at lave en videnspolitisk intervention. Den politiske intervention - med inspiration i Karlsen (Karlsen, 2008, p.32) – skal forstås indenfor følgende tre områder:

- Specialets videnspolitiske intervention – er som det første kendetegnet ved at være rettet mod et særligt genstandsområde – en specifik vidensdisciplin – i dette tilfælde sundhed. I enhver vidensdisciplin er der en lang række faktorer, der virker understøttende og legitimerende herfor, eksempelvis givne diskurser, teorier og begreber. (Ibid., p.32f)

I sundhed som vidensdisciplin bidrager bestemte diskurser, teorier og begreber til at opretholde skellet mellem indenfor og udenfor vidensdisciplinen, hvilket garanterer dens identitet. Det er netop denne forhandling om afgrænsning, der udgør en central del af vidensdisciplinens videnspolitik. Videnspolitik, der ifølge Karlsen, ”[...]består af en lang række forskellige og åbenlyse og mere eller mindre udtalte administrative og faglige regler, procedurer og redskaber hvorigennem den vidensproduktion en vidensdisciplin indgår i, ordnes og forvaltes.”(Ibid., 2008, p. 33) Intervention er dermed et indspark i en sådan videnspolitik, fordi den bidrager til at udfordre grænserne for den vidensdisciplin, som den intervenserer i. Det gør den ved at bidrage til andre diskurser og benytter andre begreber, end de begreber, der normalt alvis fremsættes og anvendes.

- For det andet er formålet med en videnspolitisk intervention alene at anstifte bevægelse. (Ibid.) Der tages altså med en intervention ikke stilling til, hvorvidt vidensdisciplinen har ret, om viden er sand eller falsk, eller hvorvidt en reformering er nødvendig, eller hvilken retning den i så fald vil skulle tage. Det vil sige, at jeg ikke tager stilling til, hvorvidt det er rigtigt eller forkert, at det offentlige ophæver sundhed til sandhed og dermed anvender bestemte styringsmentaliteter for at gøre borgerne mindre usunde. Men interventionen bidrager til at skabe ny viden, der udfordrer såvel det offentliges styring af sundhed og borgerens ageren heri. Dermed adskiller interventionen sig fra kritik i mere traditionel forstand og interventionen placerer sig altså ikke i opposition til noget andet. Dens anlæggende er alene at skabe røre i og røkke ved selvforståelsen i relation til den vidensdisciplin, der intervenseres i.
- Det tredje og sidste punkt angår de midler, som benyttes i interventionen. Midlerne må til en vis grænse operere indenfor traditioner og discipliner, som allerede forefindes i de discipliner, der intervenseres i.(Ibid., p.34) Dermed kan specialets analytiske apparat ikke anskues som absolut eller hævet over den vidensdisciplin, den søger at intervensere i, men derimod opererer den indefra ved at anvende de ressourcer, som vidensdisciplinerne allerede rummer til egne formål. Det vil sige, at for at røkke ved sundhedsvidenskabelige paradigmer er det nødvendigt at bidrage i relation til de måder, hvorpå viden anerkendes indenfor feltet.

Med en videnspolitisk intervention placerer jeg mig derfor ikke som den objektive forsker, der forsøger at finde sandheden. Tværtimod tager specialet sit udgangspunkt i socialkonstruktionismen, hvorved det sættes i en teoretisk og metodologisk ramme, der er betydnende for, hvordan jeg ser på såvel kultur, historie og sprog som individ. Socialkonstruktionismen bruger præmissen om en kritisk indstilling overfor den viden, som tages for givet og

dermed alle betydningers principielle kontingens til at fremmedgøre sig fra det selvfølgelige og ligger dermed i tråd med tanken om de ubekvemme fakta. Derved kan der stilles en række nye spørgsmål til det allerede kendte, og dette åbner muligheden for at stille nogle andre spørgsmål og fokusere på, hvad der kunne have været anderledes.

Specialets udgangspunkt er dog ikke, at fordi alt i princippet kunne være anderledes, at det så ophæver eller opløser al tvang og regelmæssighed. Tværtimod finder jeg, at det sociale felt er både regelbundet og regulerende, og jeg ser endvidere, at dette ligger implicit i den socialkonstruktionistiske præmis, nemlig ved at viden og social handling hører sammen, samt at viden er historisk og kulturelt indlejret. (Burr, 1995, p.3ff)

Jeg tager derfor ikke udgangspunkt i en ontologisk læsning af socialkonstruktionismen, men min videnskonsstruktion baserer sig på en erkendelsesteoretisk forståelse heraf. Det vil sige en *epistemologisk* relativisme, hvor der levnes plads til, at verden eksisterer ontologisk uafhængig af os. Vi er med andre ord ikke årsag til verden, og vores opfattelse af verden vil altid være indlejret i diskurs. Det vil sige, at verden nok så virkelig, men for os som socio-kulturelt indlejrede subjekter findes den aldrig prædiskursivt - vi har ingen adgang til verden, foruden gennem de begreber, kategorier og diskurser vi løbende konstruerer om den (Søndergaard, 1996). Således understreger den epistemologisk relativistiske position det forhold, at verden *er* og på sin vis griber ind i vores erkendelse - lige så vel som vores erkendelse kan gribe ind i materialitet, eksempelvis i forbindelse med at sociale praksisformer aflejres i fængsler, skoler, huse etc.

Min tilslutning til socialkonstruktionismen som min position i relation til projektet har betydning for min metodiske fremgangsmåde. Det betyder nemlig, at det ikke er genstanden i sig selv, der bestemmer de teoretiske og metodiske valg. Projektets ramme herunder valg og fravalg er derimod med til at konstruere genstanden og den måde, hvorpå den undersøges. Den bidrager dermed til, at den videnspolitiske intervention gribes an, som beskrevet i ovenstående. Sluttelig er det væsentligt at understrege, at de konklusioner, projektet medfører, er en konsekvens af den metodiske og analytiske ramme, jeg sætter i anvendelse.

1.5 Specialets struktur

Specialet er struktureret på følgende måde:

Kapitel 2 har indledningsvist til formål at præsentere og gennemgå genealogiens analytiske redskaber, og hvordan de forventes implementeret som specialets metodiske ramme. I den forbindelse redegøres der for styringsmekanismer, herunder governmentality og pastoralmagt, samt begreberne, magt, viden og subjektivering. I kapitlet argumenteres der endvidere

for det nedslag, der danner det analytiske fundament. Slutteligt argumenteres der for den analysestrategi, der har betydning for struktureringen af den efterfølgende analyse.

Analysen udfoldes i **kapitel 3**, hvor den empiriske analyse ønskes dirigeret ud fra tre trin, der har til formål at strukturere analysen og bidrager dermed til en operationalisering af den genealogiske metode. De teoretiske betragtninger, der er redegjort for i kapitel 2 inddrages indenfor de respektive trin, der hvor det findes relevant for at belyse projektets problemstilling.

Efter den genealogiske analyse vil jeg – i **kapitel 4** – diskutere de metodiske og analytiske greb og deres betydning for specialet. Endvidere ønsker jeg i dette kapitel at fokusere på de analytiske og teoretiske udfordringer, der i særlig grad har fået min opmærksomhed i forbindelse med analysen, herunder konkurrencestatens betydning for sundhed som sandhed samt borgerens mulighed for ageren på baggrund af eller på trods af styringsmentalitet herunder etablering af modmagt til sundhed som ideal. Sidstnævnte har i særdeleshed til formål at bidrage til, at specialet ikke alene kommer til at omhandle idealborgeren, der lader sig styre efter hensigten, men også sætter fokus på den store gruppe, der ikke bekender sig til idealet.

Afsluttende og konkluderende betragtninger vil være at finde i **kapitel 5**.

Sundhedsstyrelsens rapport *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* er vedlagt som **Bilag I**. og rapporten *Den sunde by - Dokumentation af de faktorer, som påvirker sundhed i den tætte by og forstaden som led i udvikling af bæredygtig planlægning* fra Statens Institut for Folkesundhed er vedlagt som **Bilag II**.

2 Metode

Dette kapitel indeholder specialets metodiske og teoretiske overvejelser og betragtninger. Indledningsvist redegøres der for betydningen af specialets epistemologiske udgangspunkt og dennes betydning for metoden. Følgelig fokuseres der på anvendelsen af en genealogisk metode herunder, hvordan den bidrager til besvarelse af specialets problemformulering samt de teoretiske greb, der sættes i anvendelse. Efterfølgende redegøres der for det analytiske nedslag samt det empiriske grundlag for den genealogiske analyse, hvilket slutteligt munder ud i specialets analysestrategi.

2.1 Epistemologiens betydning for metoden

Den metodiske vinkel, som jeg anlægger i specialet, har til formål at vise, at opfattelsen af sundhed kunne være anderledes, da det er baseret på forhold og beslutninger, der ikke er givet på forhånd, men som heller ikke kan betegnes som tilfældige, fordi de er et produkt af såvel den historiske udvikling som den politiske debat.

Specialet er gennem valget af teoretiske og analytiske perspektiver baseret på en epistemologisk videnskonstruktion, der fokuserer på, hvordan en given opfattelse af virkeligheden emergerer. De vigtigste analytiske og teoretiske redskaber til at besvare problemformuleringen hentes hos den franske filosof Michael Foucault i form af hans begreb om pastoralmagt, og hans genealogiske historieskrivning.

Foucault tilbyder et analyseapparat, der gør det muligt at anskue, at når sundhed bliver et ideal, så påvirkes styringstænkningen heraf og udgør en styringsmentalitet. Denne styringsmentalitet har betydning for og indflydelse på, hvilke borgere der konstrueres, altså hvilke positioner borgeren har mulighed for at optage.

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Foucault, fordi han netop har beskæftiget sig med, hvordan styringsmentalitet påvirker og danner borgere såvel som institutioner over tid, indenfor en lang række forskellige emner, eks. i relation til sindssyge, vores forståelse af straf og seksualitet.

I og med at specialets ærinde netop har til formål at lave en videnspolitisk intervention i relation til sundhed som sandhed og borgerens mulighed for at være borgere, finder jeg, at Foucaults teoretiske apparat kan give mig muligheden herfor, netop ved at sætte fokus på, at tingene kunne være anderledes. Foucaults perspektiver på viden, sandhed og sprog giver endvidere ikke anledning til – med mit socialkonstruktionistiske perspektiv – at skulle lave væsentlige fortolkninger heraf.

Deontologiseringen af den pragmatiske opfattelse af sundhed afhænger af det analytiske blik, der anlægges, og derfor er kombinationen af pastoralmagt og viden, magt og subjektivering netop et strategisk valg, da det har konsekvenser for, hvilken genstand der emergerer analytisk. Metoden danner hermed grundlaget for, at jeg kan belyse den selvfølgeligelige opfattelse af sundhed som ideal, og de styringsmentaliteter dette afstedkommer samt de mulighedsbetingelser dette giver borgeren i form af magt og modmagt.

2.2 Genealogi - en analytisk metode

Analysen tager sit udgangspunkt i Foucaults perspektiv på genealogien. Genealogien danner for Foucault fra begyndelsen af 70'erne grundlaget for hans fremtidige metodiske arbejde. Den bliver dermed arvtager for hans hidtidige arkæologiske søgen efter anonyme regler i en given vidensforvaltnings samtid. (Kristensen, 1985, p.63) Dette strategiske moment i hans vidensudvikling sammenfatter han bl.a. i sine værker *Surveiller et punir* (Overvågning og straf) og *La volonté de savoir* (Viljen til viden), der netop belyser, hvordan fortiden anvendes til at beskrive nutidens historiske muligheds og fremkomstbetingelser, altså hvordan vi i vores dagligdag handler, tænker og vurderer.

Begrebet genealogi er hos Foucault hentet hos Friedrich Nietzsche, der ligesom Foucault kan antages svær at placere i relation til deres videnskabelige placering. Men centralt i Nietzsches filosofi er, at der kun findes én virkelighed, nemlig denne verden, og at der ikke findes en mening eller sandhed bag ved den, som fornuften er i stand til at vise os. (Nietzsche, 1969, p.93) Sagt med andre ord, er der ikke en sand virkelighed bag ved diskursen. Dermed er sproget på ingen måde en præcis gengivelse af virkeligheden, og at verden er så kompleks, at sproget kun bliver et upræcist billede af den.

En tankegang, der udløber i forskellige postmoderne retninger herunder poststrukturalistiske ideer. Det er også i dette spind af fælles tanker, at Foucault 'møder' Nietzsche, da Foucault til trods for, at han aldrig selv hverken har benævnt sig postmodernistisk, poststrukturalist eller lignende, så er det i forhold til de tanker, han bedst kan placeres (Gabardi, 2001, p.67).

2.2.1 Genealogi som samtidshistorie

Genealogi handler om at skrive historier. Grundlæggende søger genealogien med hjælp fra fortiden at skrive nutidens historie, som Foucault beskriver på følgende måde:

"I would like to write the history of this prison, with all the political Investments of the body that it gathers together in closed architecture. Why? Simply because I am interested in the past? No if one means by that writing a history of the past in terms of the present. Yes if one means writing the history of the present." (Foucault, 1995, p.30f).

Fortiden er altså ikke interessant i sig selv, men fordi den indvirker på, hvordan vi i samtiden tænker, handler og vurderer vores hverdagsliv - genealogien handler netop om at skrive *"the history of the present"*. Dette skal ikke forstås således, at vores nutidige praksisser er en afspejling af en historisk logik eller en kausalitet, men derimod at nutiden er historiens efterkommer og dermed også et produkt af fortiden. Kort sagt kan genealogien beskrives som en form for historieskrivning, der søger at problematisere vores opfattelse af de institutioner og vidensformer, som vi i samtiden tager for givet. Det gøres ved at vise, at institutioner og vidensformer har historiske rødder, som er langt fra, hvad vi forbinder med disse institutioner og vidensformer i samtiden. Disse har altså problemstillinger, der tager sit udgangspunkt i andre institutionelle sammenhænge, men som reaktualiseres på andre måder i samtiden.

Anvendelsen af genealogien som metode, med udgangspunkt i Foucault, afdækker ikke sundhedens virkelige indhold eller oprindelse, men derimod et udtryk for en historie, der lægger vægt på, hvordan materielle, mangfoldige og kropslige forhold har spillet sammen i skabelsen af det, vi forstår som nuet. Foucault beskriver det som, at *"Derigennem gør denne analyse det muligt at erstatte en genetisk analyse af afstamning med en genealogisk analyse – man skal ikke forveksle genesen og afstamningen med genealogien – en genealogisk analyse, der rekonstruerer et helt netværk af alliancer, kommunikationer og støttepunkter."* (Foucault, 2008, p.127)

Genealogien hjælper dermed også til at understrege, at der ikke findes nogen nødvendigheder i historien, men derimod meget som opfattes som nødvendigt – og det er netop disse opfattede nødvendigheder, som genealogien vil undersøge – og dermed bidrage til at vi kan spørge om:

"Hvilke kræfter, hvilke forbindelser, konstellationer og strategier har forlenet visse ting med et skær af nødvendighed og 'naturlighed'? Hvilke processer, procedurer og apparater har skabt og skaber den viden og de sandheder vi tager for givet? Hvad har denne vilje til viden, denne tørst efter sandhed, denne stræben efter at bemægtige os verden betydet?"
(Nilsson, 2009, p.75)

Spørgsmål, der alle i større eller mindre grad har indflydelse på dette speciales anvendelse af genealogi og direkte på valget af genealogi som metode. Specialet ønsker at undersøge, hvordan styringsmentalitet kommer til udtryk i nutidige diskurser omkring sundhed som sandhed – som ideal – og borgerens mulige positioner i relation hertil. Her bliver genealogien netop en metode til at studere, hvad styringsmentalitet forårsager, og hvordan borgere bliver til, som følge af dens virkninger og implikationer.

Den genealogiske analyse sigter dermed imod en bevidstgørelse vedrørende, hvem vi er, og hvor vi kommer fra med den hensigt at bringe det usagte i spil i relation til de værdier, som vi vurderer verden ud fra, og dermed også bidrage til, at vi ser verden på nye måder. Genealogien bliver derfor i dette projekt rammen, der bidrager til at lave en videnspolitisk intervention i relation til projektets sigte, og har altså analytisk til formål at lave en historie om den styringsmentalitet, der er formet af, at sundhed er sandhed, og de borgere der bliver konstrueret heri, for derved at bidrage til andre måder at se såvel sundhed, styringsmentalitet som borgeren på.

2.3 Genealogiens teoretiske indspark

Enhver historieskrivning er underlagt og under påvirkning af den samtid, hvori den tager sit afsæt. Det betyder dermed også, at den teori, metode og praksis, jeg sætter i anvendelse, er underlagt de muligheder, jeg kan få øje på, både hvad angår teori og praksis. Hvad angår teori anser jeg heller ikke dette som en stabil og fasttømret enhed, men derimod under kontinuerlig forandring i forhold til den praksis, som den møder.

Det teoretiske fundament for den genealogiske analyse er begreber som pastoralmagt, subjekt, magt og viden. Pastoralmagt er et perspektiv, som Foucault netop udvikler i sine genealogiske studier af styringsmentalitet i moderne samfund og benyttes hovedsageligt til at belyse elementer ved magtudøvelsen i det moderne vestlige velfærdsamfund. Et centralt træk ved den pastorale magt er, at magt og viden, er forbundet på en særlig måde, nemlig ved, at der findes en bestemt sandhedshændelse sted i forbindelse med udøvelsen af magt. Magten udøves først og fremmest over individerne i kraft af fremstillingen af og bindingen til en bestemt sandhed om dem selv – altså en magt-viden relation, som Foucault også kalder for subjektivering.

Subjektivering er netop den mindst gennemskuelige – og mest udbredte – form for magt, der udøves i det moderne samfund. Nemlig en grundlæggende intervention i hverdagslivet ved, at borgeren pålægges og påtages bestemte sandheder om sig selv. Jeg sætter altså pastoralmagtsbegrebet i anvendelse som et metodisk og analytisk greb, fordi sundhed bliver anvist som ideal eller sandhed, og at denne idealisering har betydning for dels den moderne styringsmekanisme, og dels for hvordan borgere kan være borgere – altså borgerens mulige positioner.

Pastoralmagt kan endvidere anskues som en analytisk ramme indenfor hvilken, der findes en relation mellem subjekt, magt og viden. Begreberne har altså til formål at udfolde pastoralmagtsbegrebet analytisk og skal dermed forstås og tænkes ind i specialet som teoretiske begreber, der formes med og i min konkrete praksis.

I det følgende går jeg i dybden med pastoralmagt, som jeg finder særdeles anvendelig i forhold til at belyse den styringsmentalitet, der er på spil, når sundheden italesættes som sandheden – som idealet – og dermed også de positioner, der er til rådighed for borgeren. Pastoralmagt bliver dermed måden, hvorpå jeg søger at indkredse og begribe styringsmentalitet på i det offentliges italesættelse af sundhed. Inden opholder jeg mig ved begrebet styringsmentalitet, der er afgørende for forståelsen af projektets problemformulering og for relevansen af pastoralmagtsbegrebet.

Jeg forholder mig slutteligt i afsnittet særskilt til begreberne subjekt, magt og viden, men såvel teoretisk som i praksis, kan begreberne ikke holdes adskilt, da de på en og samme tid betinger hinanden og er betinget af hinanden. Derfor vil alle begreber også indgå i hvert afsnit, men opdelingen har til formål at trække det særlige frem for hvert begreb, samt hvordan jeg ser dets relevans analytisk.

2.3.1 Styringsmentalitet

Foucaults begreber og perspektiver på magten udvikles altid gennem empiriske studier. Disse studier tager først og fremmest form af genealogier. Genealogien tager som allerede nævnt udgangspunkt i, hvordan magten er transformeret gennem tid på baggrund af fx politiske kampe, tilfældigheder, små eller store forskydninger i en række lokale praksisser, som med tiden bliver til mere eller mindre tydelige magtformer i samfundet.

Som beskrevet indledningsvist kan styringsmentalitet forstås som, at de autoriteter, der forsøger at strukturere andres handlinger, er formet af de for tiden mere eller mindre indlysende sandheder i styringstænkningen. Styringsmentalitet bliver dermed bestemte svar på bestemte problemer i en bestemt historisk kontekst. Med andre ord kan styringsmentalitet være en række løsningsmodeller, der på forskellige tider bliver anset som såvel legitime som rationelle. (Jensen, 2005)

Styringsmentalitet har til formål at strukturere styring, og styringstænkningen er reguleret af videns- eller sandhedsregimer, som gør det muligt at udøve magt på bestemte måder. Det skyldes, at de udgør mere eller mindre sammenhængende systemer af antagelser og forudsætninger. Disse systemer af antagelser og forudsætninger bliver mere eller mindre taget for givet i magtudøvelser. (Rose, 2003, p.185)

Foucault plæderer dog ikke for, at autoriteter er bevidste eller kalkulerende aktører, men derimod er de formet af de kollektive styringsmentaliteter, der er dominerende på et givent tidspunkt. Styringsmentaliteterne er ikke nødvendigvis implicite for den, der anvender dem, men snarere, at de er indlejret som en naturlig eller rigtig fremgangsmåde i forhold til de givne mål.

2.3.2 Det pastorale magtperspektiv

Foucault anvender begrebet pastoralmagt til at illustrere et historisk slægtskab mellem kristendommen og en lang række teknikker, praksisser og diskurser, som har afgørende betydning for den måde, hvorpå vi gør stat i dag. (Foucault, 2008, p.176ff) Pastoralmagt er altså et perspektiv på styringsmentalitet, som synes særlig relevant for analysen, fordi pastoralmagt netop fokuserer på, hvordan selvstyring muliggøres. I en nutidig kontekst, hvor en stor del af den offentlige italesættelse af sundhed lægger op til forskellige former for selvstyring – ikke mindst på grund af at det offentlige oftest ikke fysisk er til stede ved borgeren – finder jeg det relevant, at pastoralmagten bliver rammen for den måde, hvorpå jeg sætter styringsmentalitet i anvendelse.

Det følgende søger indledningsvist at give et kort indblik i den pastorale magts fremkomst i moderne samfund – altså på hvilken måde den pastorale magt identificeres og udøves – samt kort at redegøre for dets ophav for derefter at forfølge det pastorale magtperspektivs dimensioner. Formålet er at give et overordnet indblik i pastoralmagtperspektivet og dermed bidrage til at præcisere hvilke dimensioner i det pastorale magtperspektiv, som jeg specielt vil fokusere på, og som er gennemgående i specialet.

Ifølge Foucaults studier er det i perioden mellem midten af det 16. og 18. århundrede, at pastoralmagten qua historiske udviklingers udfald og sammenfald danner en moderne styringsmentalitet, der fører til fremkomsten af pastoralmagt. Foucault kalder mere generelt dette for en 'governmentalisering af staten'. (Foucault, 2000, p.201ff; Foucault, 2008, p.125f) Formålet med at beskæftige sig med governmentaltitet var for Foucault dels at "[...]gå ud af institutionen for at erstatte den med magtteknologiens globale perspektiv." (Ibid., p.127), dels at fokusere på "[...]den forskydning eller overgang til det ydre i forhold til funktionen" (Ibid.) og slutteligt at fokusere på en "[...]decentrering eller overgang til det ydre forholdet til genstanden." (Ibid., p.128) Eksempelvis i stedet for at analysere på sundhedsvæsenet som institution, så er fokuset på en rekonstruktion af sundhedsvæsnets alliancer, kommunikationer og støttepunkter og dermed frigøre magtrelationerne fra sundhedsvæsnets. I forlængelse af perspektivet på governmentaltitet kan den kristne pastorale ledelsestradition identificeres som en blandt andre i en genealogi, der søger at kortlægge governmentaltitet.

Den pastorale magt er altså ifølge Foucault blevet sammenflettet på mangfoldige måder med opbygningen af den administrative stat. Den administrative statsopbygning er koblet sammen med, at borgeren tildeles rettigheder og pligter indenfor et politisk fællesskab. I den sammenhæng kan den pastorale magt karakteriseres ved at sammenkæde styring af staten med selvstyring. (Foucault, 2000, p.206)

Det er netop denne kobling mellem styring af staten og selvstyring, der er særlig interessant i det pastorale magtperspektiv, fordi den pastorale magt netop er forbundet med autoriteters anbefalinger af, hvordan selvstyring muliggøres.

Pastoralmagten er – selvom den har sin oprindelse langt tidligere – i transformerede udgaver stadig gældende i samtiden. Det interessante ved pastoralmagt i moderne stater er derfor også, at den bliver udøvet 'på afstand' forstået således, at den ikke tvinger borgerne til at udøve deres selvstyring på bestemte måder. Den pastorale magt derimod griber ind i individets private sfærer med henblik på at lede dem i retninger, der på en og samme tid er fordelagtig for såvel den enkelte som for befolkningen som helhed. Pastoralmagten forsøger således at få borgerne til frivilligt at acceptere bestemte forestillinger om, hvordan de bør praktisere deres selvstyring. Dermed bliver den pastorale magt praktiseret overfor borgere, som i princippet selv kan og har mulighed for at bestemme deres handlinger, og det er indenfor dette spektrum, at de bliver styret. (Foucault, 2000, p.206f)

Der tages i den pastorale magt udgangspunkt i hyrden som metafor for den politiske leder og har på forskellig vis tråde tilbage til oldtidens grækere og romere. Hyrden er den, der må vise vejen mod frelsen for flokken ved at rådgive flokkens medlemmer om, hvordan de skal styre deres selvstyring (Foucault, 2008, p.134ff; Dean, 2006, p.136). Hyrdens magt giver sig altså til kende i form af en forpligtelse eller vedligeholdelsesopgave og ikke som – i hvert fald ikke først og fremmest – en eklatant fremvisning af magt og overlegenhed. (Foucault, 2008, p.138)

Den kristne indarbejdning af den pastorale ledelsesforståelse tager ifølge Foucault anderledes form end ved hyrdemetaforen og bruges ikke længere blot til at beskrive den guddommelige ledelse, men derimod også til at beskrive den mellem menneskelige ledelse – og dermed begynder pastoralledelse at tage form af en egentlig magtform. (Karlsen, 2008, p.24f) Hvor sjæleledelse i de tidligere hyrdemetaforer var frivillig og episodisk, så tager den kristne sjælepraksis et helt andet afsæt, bl.a. fordi at sjæleledelse ikke rigtigt er frivilligt, er en permanent anordning, og det er ”[...]angående alt og hele livet igennem at man vejledes.” (Foucault, 2008, p.195) Den pastorale ledelsesforståelse bliver dermed en socialteknologi med det formål at sætte rammerne for, hvorledes man burde lede andre i deres selvledelse. (Karlsen, 2008, p.24f)

Denne mellem menneskelige ledelse betød dermed også en skærpelse af hyrdeskikkelsens – i form af pastoren – rolle i forhold til sin flok. Han havde ikke længere blot til formål at sikre flokken og den enkeltes overlevelse, men derimod at stå som ansvarlig for den enkeltes handlinger, tanker, følelser og moralske værd. (Ibid., p.25) Der sker altså en forskydning fra det hinsides til det dennesidige.

For at kunne tilvejebringe den nødvendige viden benyttede den pastorale ledelse sig særligt af to selv-teknikker, henholdsvis 'selveksamination' og 'samvittighedsrådgivningen'. Selveksaminerings-teknikkerne har taget form som *"[...]et redskab til at opgøre hvordan man klarede opgaven med at administrere sig selv. Det vil sige at gøre status over, om man gjorde fremskridt i forhold til at mestre sine lidenskaber og således i sidste ende (for)blive herre over sig selv."* (Ibid.)

I relation hertil fungerede samvittighedsrådgivningen som et kriseinstrument, hvor *"man ved hjælp fra en ven, kunne blive i stand til at genvinde et tabt herredømme over sig selv"* (Ibid.) Under den kristne pastorale ledelse smeltede disse to teknikker i midlertidigt sammen og dannede en forpligtende enhed, *"hvormed man iværksatte en bestandig og aldrig fuldendt selvransagelse som ansporede den enkelte til at etablere en detaljeret viden om sig selv, sine handlinger, tanker og følelser."* (Ibid., p.26)

Denne viden havde altså ifølge Foucault til formål, at pastoren kunne overtage den og retlede vedkommende. Der dannede sig altså en ny sandheds- og videnspraksis, nemlig bekendelsen (Foucault, 1994, p.65), og den blev derved pastorens ledelsesredskab *"[...]idet den bekendende – gennem den sandhedsproduktion der fandt sted pålagdes og påtog sig en bestemt identitet (for eksempel synderen) i kraft af hvilken, han samtidig underkastedes og underkastede sig en bestemt ledelse af sig selv (for eksempel at give afkald på sit syndige kød.)"* (Karlsen, 2008, p.26)

Bekendelsen kan altså ifølge Foucault antages – i det mindste siden middelalderen – at være blandt de vigtigste ritualer, hvoraf man kan forvente sandheden produceret, og bekendelsen har fået en central rolle i såvel de religiøse som de sekulære kredse. Bekendelse har fået en form af at være der, en person vedkender sig egne tanker eller handlinger, og er ifølge Foucault blevet en af verdens højest vurderede teknikker for sandhed. *"Vi er blevet et i høj grad bekendende samfund."* (Foucault, 1994, p.66) Bekendelsen er altså at finde på alle niveauer, og når bekendelsen ikke kommer umiddelbart eller pålægges af indre kræfter, bliver den aftvunget. Foucault taler om, at *"[...]man bekender eller tvinges til at bekende. [...] I vesten er mennesket blevet et bekendende dyr."* (Ibid., p.67)

I de moderne stater bliver den tidlige kristendoms bekendelsespraksisser integreret i den forstand, at autoriteter og eksperter producerer viden om befolkningen med henblik på at vejlede dem indenfor alle livets aspekter. Man kan derfor sige, at den pastorale ledelse udmøntede et ledelsesforhold med det formål, at lede den ledte til at overdrage ledelsen af sit eget liv til en anden – i dette tilfælde pastoren og specialets tilfælde det offentlige.

Følgende har til formål at sammenholde det pastorale magtperspektiv med de dimensioner, der for specialets problemstilling er særligt interessante, og som har betydning for italesæt-

telsen af sundhed som sandhed og de positioner, borgeren har til rådighed. Der er særligt, med ovenstående betragtninger en mente, følgende dimensioner i den pastorale magt, som jeg finder interessante:

- Regelmæssigheder i det offentlige forestilling om en ideel væremåde – 'sundheden som sandhed' – er afgørende for, hvordan vi opfatter os selv til forskellige tider.
- Borgere bliver mobiliseret til at håndtere deres selvstyring i 'det sundes navn'
- Borgere må give afkald på de dele af deres umiddelbare opfattelse af dem selv, som netop ikke er i overensstemmelse med autoritetens – i dette tilfælde det offentlige – forestillinger om ideelle væremåder.

2.3.3 Subjekt

Det er ikke interessant – ifølge Foucault – at fokusere på, hvad subjektet er. Snarere er det interessant at fremsætte en alternativ historisk analyse. En alternativ historisk analyse af subjektet skal ikke forstås således, at alt kan siges og læses ud af diskurserne på alle tider og tidspunkter. Der findes udtalte regler, som bidrager til at sætte grænser for, hvad der på et givent tidspunkt kan vides, hvilket tillige har betydning for, hvad der kan tales om, og hvorledes der kan ageres. (Foucault, 2002, p.152ff; Foucault, 2003, p.446f)

Det er netop disse udtalte regler, som Foucault omtaler som 'vidensregimer' og 'praksisregimer', og de konstitueres historisk på baggrund af den videnspolitik, som udspiller sig i forbindelse med enhver vidensproduktion. Diskurser og praksisser bliver eller er derfor aldrig neutrale eller for den sags skyld autonome, men bliver til og udvikler sig med de øvrige magtstrategier, som de understøtter og understøttes af. (Karlsen, 2008, p.41) I det billede kan genealogien derfor også forstås og beskrives som analysen af, hvordan magt og viden kobles sammen i styringsmekanismer, der søger at skabe bestemte subjekter.

Dermed løsriver Foucault sig fra ideen om et overhistorisk subjekt, og dermed også på, at der i mennesket er en sandhed, som vi kan finde ind til. Subjektet går altså ikke forud for viden, men er derimod et resultat af den erkendelse og vidensproduktion, der skabes. (Ibid., p.42) Foucault siger endvidere herom, at: *"One has to dispense with the constituent subject, to get rid of the subject itself, that's to say, to arrive at an analysis which can account for the constitution of the subject within a historical framework."* (Kendall & Wickham, 1999, p.53)

Det betyder dog ikke, at Foucault ikke tillægger subjektet en aktiv rolle, hvilket han gør – subjekter er aktive i at producere sig selv – særligt aktive i at producere dem selv i relationen *"subjected to power"*. Subjektiveringsbegrebet har dermed også til formål at adskille sig fra det mere brugte term individ, der ofte tillægges rationelle egenskaber. (Ibid.)

Foucault tager udgangspunkt i, at der findes særlige subjektiveringsmekanismer, der bidrager til at magten skaber konkrete individualiteter i praksis. (Heede, 2007, p.57) Foucault peger på ændringer i de ydre rammer – som værende afgørende for vidensproduceringen af nye individtyper. (Ibid., p.62f) Det vil sige, at ændringer i eksempelvis det offentliges rolle i forhold til borgeren har betydning for, hvilke nye måder, man er borger på.

En anden interessant subjektiveringsmekanisme har sit omdrejningspunkt omkring disciplinering, som går ud på at få individer til at yde mere i et ”[...]rationelt samspil med andre og samtidig sikre livsmagtens greb om dem: kroppene gøres i én og samme proces stærkere og mere føjelige [...] kroppen bliver på én gang en ’politisk anatomi’ og en ’magtmekanisme’.” (Ibid., p.95)

Foucault italesætter endvidere de disciplinerende subjektiveringsmekanismer – disciplinerings teknikker – som værende rettet mod både samfundslegemet som helhed og med enkeltkroppens mikroplan i særdeleshed. Foucault italesætter disciplinens produktive karakter, når han hævder, at disciplineringsteknikkerne direkte konstruerer individer efter behov. Ved hjælp af analyser og differentiering skabes der i mængden særskilte individualiteter, der har til formål at sikre optimal udnyttelse og effektivitet, og dermed fabrikerer disciplinen individer. Denne teknik gør på en og samme tid ’individet’ til både mål og middel for sin udøvelse og sker ved enkle og slet skjulte mekanismer, såsom det hierarkiske blik, den normaliserende sanktion og den særlige kombination af disse, eksaminationen. De er altså en del af konstituerings teknikkerne omkring det moderne subjekt. (Ibid., p.97)

Slutteligt finder jeg det væsentligt at pointere, at Foucault fremhæver mindst to betydninger af ordet subjekt, nemlig subjekt for andre gennem kontrol og afhængighed samt fastnagling til ens identitet gennem bevidsthed eller selv-kendskab. Og det er måske den sidste form, der er den mest effektive – og derfor også den mest udbredte – i den moderne magts subjektiveringsmekanismer (Ibid., p.66), samtidig er det også dette perspektiv på subjektet, der sættes i anvendelse i pastoralmagtsbegrebet.

Der er særligt, med ovenstående betragtninger in mente, følgende dimensioner i subjekt og subjektiveringsmekanismer, som jeg finder interessante at inddrage analytisk:

- Disciplinering af den sunde borger – herunder hvilke typer af individualiteter, der er mulige.
- Konsekvenser for borgere, der ikke vælger de mulige individualiteter.

2.3.4 Viden

Foucault fokuserer i sin genealogiske metode på viden, som den viden, der har fået karakter af noget selvfølgeligt – en sandhedsværdi – og i særlig grad viden, der udgør sandheder om

dem, vi er. (Karlsen, 2008, p.42) I vores del af verdenen – den vestlige – vil det altså sige viden, der er produceret videnskabeligt, men også her indenfor vil der være særlige diskurser, der i overvejende grad hersker og har patent på sundheden. Men Foucaults anliggende er ikke, hvorvidt sandhedsværdierne er gyldige – altså om de er i overensstemmelse med virkeligheden – men derimod er han interesseret i, hvordan disse sandheder er fremkommet – altså hvilke betingelser, der har muliggjort deres sandhedsværdi. Det betyder for dette speciale, at vidensdisciplinen – sundhed som et vidensgenereret felt, der trækker på en lang række andre vidensdiscipliner indenfor såvel det natur-, samfunds- og humanvidenskabelige område – træder i centrum og bliver gjort til genstand for undersøgelse.

Det er derfor væsentligt at understrege, at den videnskabelige viden af sandheder ikke kan adskilles fra den måde, hvorpå den forvaltes. Produktion af viden og magtudøvelse forudsætter altid hinanden gensigt, hvilket Foucault formulerer på følgende måde:

Man må hellere indrømme, at magten producerer viden (og ikke blot ved at favorisere den, fordi den er tjenlig for den, eller ved at anvende den, fordi den er nyttig), at magt og viden medfører hinanden direkte, at der ikke er magtrelationer uden en korrelativ konstituering af et vidensområde, at der heller ikke er viden, som ikke på samme tid forudsætter hinanden og konstituerer magtrelationerne... Kort sagt; det er ikke det erkendende subjekts aktivitet, som vil producere viden, hvad enten den er nyttig eller genstridig overfor magten, men magt-viden-forholdet, de processer og kampe, som præger og konstituerer de, der bestemmer de mulige vidensformer og vidensområder. (Foucault, 2002, p.42)

Sandhedsfunktionen er til trods for, at Foucault ikke er interesseret i dets gyldighed alligevel væsentligt i dette speciale, der netop søger en videnspolitisk intervention, hvorved det på en og samme tid har til formål at udnytte og påvirke sandhedens funktion. Det betyder dermed også, at sandheden ikke er en afsløring, men kan derimod karakteriseres som en hændelse, der er bestemt af og påvirket af det råderum, der er tilstede. Denne underordning af sandhedsværdiens gyldighed medfører dog ikke en relativisme, da det netop vil forudsætte, at der bliver taget stilling til gyldigheden af sandhedsværdien. Derimod søger genealogien at skabe plads til at reflektere over andre måder at forstå sandheden på. (Karlsen, 2008, p.43)

Der er særligt, med ovenstående betragtninger in mente, følgende dimensioner i viden, som jeg finder interessante at inddrage analytisk:

- Viden som magtproducerende – eks. sundheds-, ernæringsvidenskaben, den medicinske, den psykologiske videns betydning for subjektivering af borgeren.
- Viden som værende kontingent – nye videnskabelige undersøgelser og myndighedernes anbefalinger, der ændrer sig over tid.
- Viden er udvalgt – der er ikke alle videnskaber, der kommer til orde.

2.3.5 Magt

Foucault er i hans genealogiske analyse ikke interesseret i magten som tema. Generelt kan man sige, at Foucault i sine senere forfatterskaber fralægger magten betydning i sig selv, men at den er underordnet selvet. Snarere er han interesseret i, hvordan vi konstitueres som subjekter. (Heede, 2007, p.37)

Begrundelsen for alligevel at beskæftige sig indgående med magt skyldes en interesse i, hvordan vi konstitueres som bestemte subjekter gennem magt-viden relationer. Foucault er fortaler for, at der må udvikles en magtanalytik, der afstår fra at forstå magten indenfor lovens, forbuddets, frihedens og suverænitets begreber:

”Magten forstået som mængden af institutioner og apparater, som tilsikrer borgerens underkastelse under en given stat. Ved magt forstår jeg heller ikke en underkastelsesmåde, som i modsætning til volden skulle have reglens form. Endelig siger jeg ikke til et generelt system af herredømme, som et element eller en gruppe udøver overfor andre, og hvis virkninger gennem successive anledninger skulle gennemstrømme hele samfundslegemet.” (Foucault, 1994, p.98)

Dermed er en analyse, som funderer sig på magt – ifølge Foucault – heller ikke en analyse, der bør forudsætte oprindeligt givne størrelser, som eksempelvis statens suverænitet eller de måder, hvorpå loven er udformet, da disse snarere blot er magtens endepunkter. Ved magt er det derimod væsentligt at forstå den mangfoldighed af styrkeforhold, som eksisterer i det område, hvori den udøves, og som bidrager til konstituering. Magten er ifølge Foucault overalt, *”[...]hvilket ikke skyldes, at den omfatter alt, men at den kommer alle steder fra.”* (Ibid., p.99)

Magten bliver derved det navn, term eller begreb, man giver en kompliceret strategisk situation i et givent samfund. Magten har derfor også en direkte producerende rolle, hvorfor den ikke placeres mellem de herskende eller de beherskede og derfor heller ikke som en kausalitet, der befinder sig foroven og ned. (Foucault, 1994, p.99f; Foucault, 2008, p.8)

Magten kan på den ene side forstås som intentionel såvel som intersubjektiv. Det vil sige, at ingen magt udøves uden en række hensigter og mål, men det betyder ikke, at magten er et resultat af et individuelt subjekts valg eller beslutning. Der er altså ingen, der kan antages at styre det samlede net af magt, der fungerer i et samfund. (Foucault, 1994, p.100)

Magten kan derfor ikke analyseres i den form, den hovedsageligt udøves på, hvilket i vores samtid vil være som et forsøg på at forme borgere med bestemte egenskaber og kapaciteter, hvorved de sættes i stand til at lede sig selv indenfor grænserne af disse – altså som subjektivering. En hovedpointe hos Foucault er altså, at magten er produktiv (i modsætning til en repressiv magt, hvor A bruger sin magt til at forhindre B i at gøre, som B ellers ville have gjort). Den produktive magt producerer netop subjekter! Det vil sige, at A benytter sin viden

om B (eller måske især om alle dem, der kan siges at repræsentere B) til at knytte hvert enkelt B til et særligt selvforhold, hvilket bidrager til at fremdisciplinere en særlig adfærd hos B. Det interessante er dermed, at B ikke oplever dette som et overgreb på sin personlige frihed, idet det opleves som en del af B's identitet.

Der er særligt, med ovenstående betragtninger in mente, følgende dimensioner i magt, som jeg finder interessante at inddrage analytisk:

- Intentionelle strategier på flere planer – hvilke intentioner kan der karakteriseres.
- Magten producerer subjekter – hvilke subjekter produceres, når sundhed er et ideal.
- Magt og modmagt i indbyrdes relationer – magten er ikke hierarkisk, men kommer også nedefra.

2.4 Analytisk nedslag

Da det er umuligt at forfølge alle historiske linjer og forløb selv i en historisk afgrænset kontekst, har jeg valgt at udpege ét historisk nedslag, der danner rammen for den genealogiske analyse. Nedslaget tager sit udgangspunkt i en nutidig kontekst, hvilket vil sige på det offentlige italesættelse af og påvirkning af borgerens sundhed i, hvad vi forstår som velfærdsstaten. Velfærdsstaten kom til verden efter anden verdenskrig – og er født i samme tidsånd som WHO's sundhedsdefinition – med et mål om at skabe bedre betingelser for borgeren.

Nedslaget tager dog sit udgangspunkt i en politisk betragtning om, at velfærdsstaten som den fremstod i 1960'erne og 1970'erne, har ændret karakter. I modsætning til tiden i 60'erne og 70'erne har den 'nutidige velfærdsstat' ingen grænser for, hvad og hvor meget, den kan involvere sig i den enkeltes liv. Når talen falder på velfærdsstaten tales der ikke længere – eller kun i mindre omfang – om en statsliggørelse af det civile samfund, hvilket var en betydelig kritik af velfærdsstaten i sine begyndende dage.

Derimod omtales velfærdsstaten som en omkostningsbyrde for samfundet og som en hæmsko for den private sektor. Der har altså udviklet sig et langt større fokus på, at staten er til for økonomien frem for til borgeren. Ifølge professor i økonomi Ove Kai Pedersen er det en afgørende faktor for, at velfærdsstaten er under omlægning og en ny form for stat er under dannelse – det som han kalder for konkurrencestaten. Om den siger han bl.a.:

Konkurrencestaten er anderledes end velfærdsstaten. For det første er det en stat, der aktivt søger at mobilisere befolkningen og virksomhederne til at deltage i den globale konkurrence – i stedet for (som velfærdsstaten) at kompensere og beskytte befolkningen og virksomhederne mod konjunkturudviklinger i den internationale økonomi. For det andet er det en stat, som søger at gøre den enkelte ansvarlig for sit eget liv, ser fællesskabet

som knyttet til arbejdet og frihed som identisk med friheden til at realisere egne behov – i stedet for (som velfærdsstaten) at lægge vægt på moralsk dannelse, på demokrati som fællesskab og på frihed som muligheden for at deltage i de politiske processer.(2011, p.12)

Ove Kai Pedersen, har i 'Konkurrencestaten' søgt at redegøre for, hvordan verdensøkonomien har ændret sig radikalt de sidste 25 år, hvilket i globaliseringens navn selvsagt har haft betydning for dansk økonomi og politik. Hans ærinde har altså været at vise, at der er en sammenhæng mellem globalisering på den ene side og de sidste mange års forandringer i den danske velfærdsstat på den anden. Med dette perspektiv på globaliseringens betydning for verdensøkonomien viser, at den velfærdsstat, vi alle taler om, måske er på vej til at transformere sig til noget andet, end den var. Der er altså sket en reformering af velfærdsstaten, der fører til en introduktion af konkurrencestaten, som har et helt andet formål, end at sikre den enkelte og fællesskabet, og snarere har til formål at sikre konkurrencen, hvori borgeren bliver et middel til at opnå dette mål.

Hvor velfærdsstaten ifølge Ove Kai Pedersen var et politisk kulturelt projekt med en politisk kultur baseret på en moralsk eller eksistentiel opfattelse af fremtidens menneske, er dette billede afløst af forestillingen om det ”[...]opportunistiske menneske, som har fortrængt den politiske teori og moralfilosofien fra den offentlige debat og i stedet indsat økonomismen som samfundets ideologi nummer 1.” (Pedersen, 2011, p.15).

Dette kan bl.a. eksemplificeres i nutidige diskussioner om ældre, kontanthjælpsmodtagere og handicappede og ikke mindst usundhed, der i højere og højere grad italesættes som en byrde – en omkostningsmæssig byrde for staten – frem for mennesker med ressourcer, der på forskellig vis – og ikke kun økonomisk – kan bidrage til fællesskabet.

Ove Kai Pedersen plæderer for, at velfærdsstaten ikke oprindeligt var tænkt som et forvokset bureaukrati med det formål at sikre en mere ligelig fordeling af indkomst og formue. Snarere var det tænkt som en kulturinstitution til at skabe fremtidens menneske og samfund (Ibid.) – altså et dannelsesprojekt frem for et økonomisk projekt. I dette nye økonomiske projekt bliver de ældre, kontanthjælpsmodtagerne, de usunde og de handicappede derfor en klods omkring benet.

Det er netop denne transformation fra velfærdsstat til konkurrencestat, der gør dette nedslag interessant, fordi det offentlige forsøger at strukturere borgerens handlinger – altså gøre borgeren mindre usund – ud fra de i tiden mere eller mindre indlysende sandheder – altså at vi skal være en konkurrencedygtig nation. Den styringsmentalitet, der kommer til udtryk, og hvordan den kommer til udtryk, er altså påvirket af de herskende diskurser – ikke bare inden for sundhed – men også inden for de øvrige sandheder, der påvirker synet på sundhed. Transformationen mod konkurrencestaten er som nedslag derfor interessant, fordi rationalerne

omkring relationen mellem stat / det offentlige og borger er sat under pres af konkurrencen, hvilket har betydning for styringsmentalitet. Endvidere har konkurrencestaten og økonomismen som ideal betydning for de positioner som styringsmentalitet efterlader borgeren, fordi sundhed dermed ikke blot er den enkeltes overlevelse men også betydende for samfundets konkurrenceevne og dermed overlevelse. Jeg anser dermed konkurrencestaten som nedslag som særdeles anvendelig til at besvare specialets problemformulering.

2.4.1 Empiri

Der tages konkret udgangspunkt i udvalgte empiriske nedslag fra perioden. I forbindelse med udvælgelsen af empiri, har jeg lagt vægt på, at det skulle være udarbejdet af offentlige instanser, da specialet har det offentliges styringsmentalitet under lup. Efter denne afgrænsning har jeg stået tilbage med et utal af muligheder for at udvælge empiri, da området – det offentliges fokus på sundhed – er overvældende og omfangsrigt. Der bliver altså fra det offentliges side på en lang række niveauer udgivet pjecer, rapporter, anbefalinger etc. med det formål at gøre danskerne sundere.

Informationen om sundhed rækker altså fra forskningsenheder og sundhedsorganisationer, eksempelvis Statens Institut for Folkesundhed eller Sundhedsstyrelsen, over til, hvordan man i regionerne via eks. sygehusene har pjecer om vægttab eller rygning til kommunerne, hvor der er fokus på, at borgeren kan deltage i bestemte træningsforløb, rygestopkurser, træningsaktiviteter i byens rum etc.

Alle offentlige instanser kan altså antages at arbejde med dette område og på hver sin måde bidrage til sundere borgere. I udvælgelsen af min empiri har jeg valgt at fokusere på de statslige organisationer og enheders italesættelse af sundhed ud fra en antagelse af, at det netop er her, man ude i såvel regionerne som kommunerne, 'får' sin sandhed om sundhed fra. Det vil sige, at idrætscertificeringen af en SFO i en kommune, som oftest vil bygge på nogle af sundhedsautoriteterne eks. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om fysisk aktivitet.

I udvælgelsen af den konkrete empiri har jeg endvidere foretaget en række valg og fravalg, der har baseret sig på, at jeg har været opmærksom på empiri, hvor WHO's sundhedsdefinition blev eksplicit italesat som inspiration samt empiri, hvor borgerens – ønskelige – adfærd er i fokus, hvilket er udmøntet i nedenstående:

- **Den sunde borger!** Der tages udgangspunkt i to rapporter udgivet af henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Sundhedsstyrelsen rapport hedder *"Den nationale sundhedsprofil 2010 – hvordan har du det?"* (Bilag I), og er en rapport på baggrund af den indtil nu største undersøgelse af danskernes sundhed. Rapporten udgivet af Statens institut for folkesundhed hedder *"Den sunde by - Do-*

kumentation af de faktorer, som påvirker sundhed i den tætte by og forstaden som led i udvikling af bæredygtig planlægning.” (Bilag II) og fokuserer på, hvordan man ved hjælp af byplanlægning kan få sunde borgere.

2.5 Analysestrategi

Genealogien som metode giver dette speciale mulighed for analytisk at betragte sundhed i et samtidsperspektiv. Et samtidsperspektiv, hvor jeg ikke vil risikere at lade ændringerne i den kollektive bevidsthed, sundhedens fremskridt eller udviklingen i sundhedsvidenskaben, som Foucault ville sige ”[...]fremstå som en massiv, ydre, ubevægelig og oprindelig kendsgerning.”(Foucault, 2002, p.37). Foucaults genealogiske analyse udfordrer nemlig den etablerede historieskrivning ved at fokusere på diskontinuitet, når den almene opfattelse er, at nutiden bygger på en kontinuerlig historisk udvikling og vice versa. (Foucault, 2005, p.68)

Analysen vil konstrueres – med inspiration fra Betinna Rennison som tager et udgangspunkt i Steinar Kvaless tolkningstrin (Rennison, 2011; Kvale & Brinkmann 2009). Som Kvale påpeger, så begynder analysen i et projekt principielt allerede i de tidlige faser, hvilket vil sige i den indledende fase, eksempelvis problemformuleringsfasen eller i fasen, hvor man udvælger empiri. Det giver derfor ikke mening at anskue analysen som et isoleret stadium, og den analytiske proces, kan altså karakteriseres som løbende gennem hele arbejdsprocessen med specialet. Derfor kan analysen forstås som den strukturelle del af specialet, hvor jeg sætter mine metodiske og teoretiske overvejelser i anvendelse på konkret udvalgt empiri.

Den følgende struktur har altså til formål at skabe en fremgangsmåde, der gør det muligt, at navigere i den efterfølgende genealogiske analyse, og dermed har de analytiske trin alene til formål at bidrage til at strukturere analysen.

Et tekstlæsningstrin, der har til formål at søge en overordnet og umiddelbar forståelse af teksterne, hvorfor der stilles spørgsmål af typen (Rennison, 2011, p.40):

- Hvad handler teksten umiddelbart om?
- Hvad spørges der til i teksten, samt hvilke svar gives der herpå i teksten?
- Hvilket net af tekster er teksten en del af?

Et reproduktionstrin med det formål at reproducere tekstens selvforståelse i en kondenseret version, hvorfor der stilles spørgsmål af typen (Ibid.):

- Hvad er temaet i teksten?
- Hvilke nøglebegreber præsenteres og identificeres?
- Hvilke problemer og løsningsforslag italesætter teksten?

- Hvilke centrale passager synes at forstærke periodens eller tekstens budskab og betydningsindhold?

Slutteligt et analytisk trin, som lægger op til en mere analytisk læsning, hvorfor der stilles følgende spørgsmål (Ibid.):

- Hvilken sundhedsforestilling skrives frem?
- Hvilke begreber og modbegreber kan identificeres?
- Hvilke idealer og idealborgere dukker op?
- Hvad udpeges som genstanden for sundhed?
- Hvilke personkvaliteter tilskrives borgeren?

De tre analytiske trin anvendes i forhold til de enkelte tekster og bidrager derved til at kunne sætte såvel empirien som de teoretiske betragtninger i spil i den genealogiske analyse. Endvidere bidrager trinene til at skabe gennemsigtighed i analysen, altså hvorfor jeg når frem til de betragtninger, som jeg når frem til. Analysen afsluttes med et afsnit, hvor der med et eksplicit udgangspunkt i begreberne omkring styringsmentalitet og pastoralmagt sammenholdes de analytiske betragtninger, som trinene har genereret.

3 Analyse

Dette kapitel ønsker – med en genealogisk analyse – at bidrage til at besvare projektets problemformulering, altså hvordan styringsmentalitet kommer til udtryk i forbindelse med det offentlige italesættelse af sundhed, og hvorledes det har betydning og konsekvenser for de positioner, borgeren har mulighed for at optage.

3.1 Den sunde borger!

Analysen tager udgangspunkt i to offentlige rapporter, der begge tager sit afsæt i en nutidig kontekst. De er udvalgt på baggrund af de præmisser, jeg har beskrevet i metoden, som bl.a. er på baggrund af, at det er væsentlige autoriteter i relation til, hvordan det offentlige taler om og gør sundhed på. Det er altså autoriteter, som har stor betydning for, hvordan andre offentlige instanser arbejder med sundhed.

Jeg har endvidere valgt ét historisk nedslag, som er nutid, og denne nutid har jeg søgt at redegøre for, hvorfor jeg forstår og begrebssætter som konkurrencestaten. Jeg læser derfor rapporterne med denne optik in mente, hvilket ikke skal forstås således, at formålet er at konkludere, hvorvidt og hvordan jeg kan se konkurrencestaten i teksterne eller teksterne i konkurrencestaten. Men jeg læser rapporterne – og det øgede fokus på sundhed og sundhed som sandhed – i lyset af et øget konkurrencesamfund, og er opmærksom på og drager paralleller i det omfang, det findes relevant i sammenhængen mellem konkurrencestat og givne styringsmentaliteter.

Det følgende er struktureret ud fra tre analytiske trin, nemlig et tekstlæsningstrin, et reproduktionstrin og et analytisk trin for hver af de to rapporter. Rapporterne er analytisk adskilt i disse tre trin og er en skelnen, der har til formål at øge gennemsigtigheden og overblikket i analysen. Afslutningsvist bindes analysen sammen med udgangspunkt i styringsmentalitet og pastoralmagt, og det er særligt her, jeg samler trådene i relation til de dimensioner, som jeg i forbindelse med de teoretiske begreber pastoralmagt, subjekt, magt og viden har beskrevet i metoden.

3.1.1 Et tekstlæsningstrin

Tekstlæsningstrinet fokuserer på, hvad teksterne umiddelbart handler om, herunder hvad der spørges til i teksterne, altså teksternes anliggende – det de vil – samt hvilke svar og sandheder, de forsøger at italesætte. Endvidere fokuseres der på, hvilket net af tekster, de er en del af, samt om de evt. er en del af forskellige net af tekster.

Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?

Nationale sundhedsprofiler er undersøgelser af danskernes trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne danskere. ”Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?”, har til formål, ”[...]at indhente viden, der kan bruges som grundlag for at planlægge og målrette sundhedsindsatsen kommunalt, regionalt og nationalt i Danmark.” (Sst, 2011a)

Undersøgelsen baserer sig på en kvantitativ analyse – i form af et spørgeskema med en række spørgsmål om danskernes sundhedstilstand. Sundhedstilstanden dækker et bredt spekter fra madvaner, alkohol og fysisk aktivitet over til familieforhold og generel trivsel. Spørgeskemaerne var sendt ud til 298.550 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark, og 177.639 borgere besvarede spørgeskemaet, som de efterfølgende data i rapporten er genereret ud fra.

Den nationale sundhedsprofil er altså en undersøgelse af befolkningens sundhed i Danmark med henblik på ”[...]at følge folkesundheden i Danmark tæt.” (Sst, 2011, p.2) Ifølge Sundhedsstyrelsen er måden at følge folkesundheden på, bl.a. ved at generere data herom: ”Det er vigtigt at bruge data til at rette opmærksomheden derhen, hvor problemerne findes” (Ibid.) og endvidere forventer Sundhedsstyrelsen, at ”den nationale database vil være brugbare redskaber i kommunernes prioritering og planlægning af sundhedsarbejdet.” (Ibid.) Rapporten handler altså dels om at kortlægge danskernes sundhed, og hvad denne kortlægning bidrager til, nemlig at man i offentligt regi kan initiere konkrete sundhedsfremmeinitiativer.

Rapporten bærer derfor også præg af – understøttet af en lang række tabeller og data – at have faktuel karakter. Evidensbaseret fakta, der netop kan bidrage til, at opmærksomheden rettes hen, hvor problemerne er. Sundhedsprofilerne bliver dermed ifølge teksten et nyt værktøj;

”der mere præcist kan hjælpe med at pege på, hvor sundhedspotentialerne er. Hvilke risikofaktorer belaster vores sundhed? Hvordan er udbredelsen af dem i forskellige befolkningsgrupper og i kommunerne? Hvordan er sundhed, trivsel og sygdom relateret til uddannelse og samlivsstatus? Hvem skal vi særlig have øje for, når vi tilrettelægger sundhedsindsatser?” (Ibid., p.3)

Rapporten tager derfor også udgangspunkt i et videnssyn, der i særdeleshed baserer sig på medicinske eller naturvidenskabelige diskurser omkring krop, og en sundhedsopfattelse, der i høj grad er knyttet til en målbar krop.

Sundhedsprofilerne søger at være en del af målet i den Nationale handlingsplan for forebyggelse – en del af regeringens sundhedspakke 2009 – der siger, at danskerne i gennemsnit skal leve tre år længere i løbet af de næste 10 år, samt at danskerne skal være blandt de 10 lande i verden, som lever længst i år 2020. (Sst, 2011, p.3) Sundhedsprofilerne har dermed sin berettigelse i forhold til nogle målbare parametre om levetid, og trækker dermed på den del af WHO's strategiske mål, der handler om 'et længere liv – at lægge år til livet'.

Den nationale sundhedsprofil er dermed en brik i at kunne nå dette mål ved at undersøge potentialerne for forbedring, og den søger derfor at give et øjebliksbillede af danskernes sundhed. Profilerne kan derfor *"bruges som et monitoreringsredskab, når udviklingen i borgerens sundhed skal følges."* (Ibid.) og endvidere anvendes i evaluering af konkrete sundhedsfremmeinitiativer igangsat på baggrund af sundhedsprofilerne.

Den Nationale Sundhedsprofil spørger altså ind til borgerens helbredstilstand, og det er netop disse spørgsmål, der er særligt interessante for dette speciales anliggende. Der bliver spurgt ind til borgerens egen selv vurdering af helbred, fysisk og mentalt helbred, herunder KRAM² faktorerne, stress etc.

Rapporten beskriver sit fokus som værende både på det fysiske og det mentale helbred, men ud fra spørgsmålene at bedømme, er der en klar overvægt af fysiske parametre. Jeg vil i det følgende fremhæve nogle af de spørgsmålstyper, der har dannet grundlaget for de data, rapporten har genereret.

Det første spørgsmål borgeren har mødt er: *"Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?"* (hvor de 5 svarmuligheder spænder fra fremragende til dårligt) (Ibid., p.17) Spørgsmålet tager udgangspunkt i, at borgeren selv skal foretage en vurdering af sin egen helbredstilstand, hvilket borgeren vurderer inden, de øvrige spørgsmål er besvaret. Undersøgelsen indleder dermed spørgeskemaet med, at borgeren bekender overfor det offentlige i hvor høj grad, de lever op til de implicite forventninger.

I forhold til de mentale sundhedselementer spørges der ind til: *"Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset?"* (hvor de 5 svarmuligheder spænder fra meget ofte til aldrig) (Ibid., p.27) samt slutteligt spørges der til sociale relationer. Det skyldes, at der tages – et dokumenteret – udgangspunkt i, at der er en sammenhæng mellem sociale relationer og helbred, hvorfor der spørges: *"Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?"* (hvortil svarmulighederne spænder fra ja, over ofte til nej) (Sst, 2011, p.75)

² KRAM var en undersøgelse af danskernes sundhed i 2007 og 2008. Undersøgelsen blev kaldt for KRAM, fordi den havde fokus på følgende faktorer: Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Til trods for, at undersøgelsen er afsluttet lever faktorerne videre og anvendes og italesættes stadig som KRAM.

De mentale helbredsparametre i undersøgelsen dækker dermed over stress som symptom, samt de sociale relationer borgeren har eller ikke har. Endvidere er der et af spørgsmålene, der både dækker over fysiske og mentale parametre, nemlig spørgsmålet om, hvorvidt borgeren har været genereret af en lang række meget forskelligartede typer af smerter og ubehag: ”*Har du indenfor de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte (spænder fra skulder / ryg smerter eller ubehag til nedtrykthed / deprimeret og ulykkelighed) former for smerter eller ubehag?*” (hvortil der har kunnet svares Meget generet, Lidt generet eller Nej). (Ibid., p.35)

De øvrige spørgsmål har fokus på forskellige fysiske parametre, der spænder over bl.a. kost, fysisk aktivitet, rygning, BMI og alkohol. Spørgsmålene her går meget på adfærd, altså hvor mange cigaretter om dagen, som eksempel.

Alle spørgsmålene bliver beregnet og ved hjælp af tabeller gengives de i forhold, til alder, ægteskabelig, uddannelsesmæssig og jobmæssig status samt etnicitet og regional placering, således der tillige er mulighed for at se forskellen på forskellige grupperinger, og dermed målrette indsatsen, som tidligere beskrevet har været et mål for rapporten. Dette giver mulighed for at arbejde med WHO's strategiske mål omkring lighed i sundhed.

Undersøgelsen er baseret på, at Sundhedsstyrelsen ud fra deres definitioner omkring sundhed, og hvad der er vigtigt i relation hertil, har valgt nogle fokusområder. Dermed er der nogle typer af viden, der er fremherskende frem for andre videnskabelige paradigmer. Sundhedsstyrelsen har dermed bidraget til den måde, hvorpå den enkelte borger forstår og læser sundhed i relation til undersøgelsen. Det er derefter borgerens egen-vurdering i forhold til de respektive spørgsmål, der gør sig udslagsgivende for de svar, der gives herpå, men borgeren har ikke i sig selv indflydelse på spørgsmålene – altså selve undersøgelsesfeltet. Det er netop fastlagt af Sundhedsstyrelsen, hvorfor der er bestemte faktorer som undersøgelsen spørger ind til. Sundhedsstyrelsen bidrager dermed – med denne undersøgelse – til de mulige opfattelser af sundhed, der kan generes og dermed også til den måde, hvorpå borgeren kan være borger på.

Rapporten og undersøgelsen om sundhedsprofiler kan karakteriseres som at være én af en lang række offentlige undersøgelser, der som oftest tager et evidensbaseret udgangspunkt. Rapporten / undersøgelsen er endvidere baseret på andre undersøgelser, antagelser og diskurser omkring sundhed. Rapporten undersøger ikke i sig selv om stress har indflydelse på, at borgeren bliver syg, men tager udgangspunkt i andre videnskabelige rapporter, der understøtter dette. Der er dog ikke kildehenvisninger eller andet, og der kan derfor argumenteres for, at det er viden, der har opnået status af sandhed, hvorfor det ikke længere skal underbygges faktuel, men er blevet til fakta med en sandhedsværdi.

Teksten er dermed et net af tekster, der omhandler sundhed og sundhedsfremme. Tekster der ofte tager sit udgangspunkt i målbart og evidensbaseret viden, eks. at inaktivitet er skadeligt, fordi det kan forårsage overvægt – altså viden der er bundet op af en lang række af andre videnskabelige og forskningsbaserede resultater. Teksten om Den Nationale Sundhedsprofil skal derfor ses, som en del af et net af sundhedsviden, hvor sundhed i høj grad er målbare parametre. Denne bestemte form for viden bidrager ligeledes til, hvordan borgeren forstår sin sundhed, og dermed bidrager denne faktuelle type viden til, at styre borgerens oplevelse af sundhed til at være sundhed på en bestemt og målbar måde.

Teksten skriver sig endvidere ind i et net, af analyser, der på kvantitativ vis, ønsker at undersøge befolkningen, og dermed refererer den også i sin akademiske form til en bestemt måde at anskue viden på, nemlig i relation til naturvidenskabelige og samfundsvidenskabelige discipliner med et erkendelsesmæssigt udgangspunkt, der baserer sig på, at viden er noget, vi kan finde ind til, altså at der er en sandhed bagved.

Den sunde by – Dokumentation af de faktorer, som påvirker sundhed i den tætte by og forstaden som led i udvikling af bæredygtig planlægning

Rapporten om Den sunde by 2009 handler om, hvordan vi ved hjælp af byplanlægning kan få sunde borgere. Rapporten er blevet til på baggrund af en opfordring fra By- og Landskabsstyrelsen om at udforme rapporten som et baggrundsmateriale. Den bidrager til at dokumentere den indsats, der har været indtil nu i forhold til at byplanlægge sig til sundhed samt opfordre til og give praksiseksempler, der medfører at flere kommuner også i byplanlægningen fokuserer på sundhed. I modsætning til ovenstående rapport fokuserer denne i højere grad på midlerne til sundhed, hvor sundhedsprofilerne i højere grad fokuserer på årsagerne til, samt konkluderer på status af befolkningens helbred. Den sunde by er dermed et initiativ til at arbejde med sundhed – byen er rammen for sundhedsfremmeinitiativer. I følge rapporten har WHO's sundhedsdefinition

”[...]dybe konsekvenser for dansk bypolitik og byplanlægning. Et længere liv. Et sundere liv. Et rigere liv. Lighed i sundhed. Disse målsætninger ligger bag det brede sundhedsbegreb. Der har i årevis i Danmark – især i de kommuner, der har været med i det såkaldte netværk 'Sund by netværk' – været arbejdet med at implementere og praktisere det brede sundhedsbegreb på tværs af kommunens politiske udvalg og forvaltningsstrukturer.”(Sif, 2009, p.3)

Publikationen tager altså sit udgangspunkt i WHO's brede sundhedsbegreb, når der tegnes en profil af den sunde by og borger. WHO's sundhedsdefinition gennemsyrrer rapporten, og der sættes ind på en lang række områder for at skabe den sunde by – lige fra grundlæggende miljøforhold som rensset spildevand over til mulighedsbetingelser for fysisk aktivitet til, at byen er en smuk og æstetisk oplevelse. (Ibid., p.5) Ifølge publikationen viser en kortlægning

af kommunernes sundhedspolitik endvidere, at de fleste kommuner fremover vil arbejde med dette brede sundhedsbegreb, og de anbefaler, ”[...]at sundhed fremover indtænkes systematisk i byplanlægning og lokalplanlægning.”(Ibid.)

Det eksplicite fokus på det brede sundhedsbegreb i rapporten medfører, at der er fokus på nogle helt andre parametre end tilfældet er i rapporten om sundhedsprofiler. Ifølge rapporten finder den, at det brede sundhedsbegreb ”[...]der ikke blot vægter fravær af sygdom, men også fysisk, psykisk og social velbefindende er vidtgående realiseret.”(Ibid., p.6) Rapporten gennemgår, hvordan der er arbejdet med WHO’s sundhedsdefinition og de fire målsætninger, og rapporten kommer som udgangspunkt igennem mange af de samme årsager som i rapporten om sundhedsprofiler, nemlig omkring kost, fysisk aktivitet, rygning, alkohol, stress.

Rapporten tager derfor ligesom i ovennævnte udgangspunkt i sundhed som havende en sandhedsværdi, og tager grundlæggende fat i de samme parametre og bygger dermed også sin evidens på andre og tidligere resultater og antagelser omkring de forskellige faktorer og parametre, som har indflydelse på sundhed. Den viden, rapporten baserer sig på, tager dermed også udgangspunkt i medicinske diskurser, men også andre naturvidenskabelige og miljømæssige studier trækkes med ind i forhold til den enkeltes sundhed, eks. ”[...]er luftforurening fra brændeovne en gene og potentiel helbredstrussel i parcelhuskvarteret.”(Ibid., p.18)

Mere psykologiserede og sociologiske diskurser omkring sundhed bliver der tillige trukket på. Det sker særligt ved, at det – i det fysiske miljø – skal indtænkes for at skabe øget livskvalitet i forbindelse med målsætningen om, at lægge liv til årene, nemlig behov for: sikkerhed, overskuelighed, privathed, social interaktion og identitet. (Ibid., p.16) Rapporten trækker altså på en lang række forskellige antagelser og konklusioner om det sunde liv. Byen bliver dermed rammen for, at den sunde borger kan opstå.

Den sidste halvdel af rapporten er en slag ’best practice’ over måder, hvorpå sundhedsdefinitionen og dens målsætninger konkretiseres i forhold til udvalgte initiativer – 16 stk. – fra kommuner, der har arbejdet med sundhed i byplanlægningen. Initiativerne indeholder bl.a. indretning af byrum til fysisk aktivitet og bidrager dermed til, at ”[...]det sunde valg skal være det lette valg.”(Ibid., p.5), hvilket byplanlægningen søger at skabe en ramme for.

Teksten er lige som rapporten omkring sundhedsprofiler en del af feltet af videnskabelige rapporter, der har til formål at understøtte kommunerne i deres arbejde med sundhed og i særdeleshed sundhedsfremme. Teksten underbygger sine antagelser omkring sundhed på andre og tidligere undersøgelser uden at referere konkret dertil. Rapporten kan derfor ligesom ovenstående, karakteriseres som, at være en rapport, der understøtter tanken om sund-

hed som sandhed. Sundhed er blot i denne rapport mere end i ovenstående, der tages simpelthen flere parametre ind. Det kan formentligt skyldes, at denne rapport fungerer som anbefaling til, hvordan man kan arbejde med sundhed i kommunerne og dermed tænker en lang række faktorer ind, som kommunerne har mulighed for at gøre noget ved.

Den viden, rapporten genererer om sundhed, er dermed også en viden, der baserer sig på, at sundhed er i alt, og den sande sundhed, der i teksten bliver produceret, er derfor også omsigribende til at omhandle alle niveauer i livet, både nogle man som borger har direkte indflydelse på, men også en række parametre, der er uden for borgerens indflydelse.

Rapporten indskriver sig endvidere i en tradition af tekster, der har til formål at lave anbefalinger, altså at genere noget viden om, hvordan vi – i det her tilfælde det offentlige – skal indrette vores samfund. Anbefalinger eller 'best practice' har i sig selv en sandhedsværdi, netop fordi der signaleres 'at vi ved noget om det her', og når denne viden munder ud i en anbefaling, så medfører det tillige en styring af borgerens forståelse af sundhed såvel deres mulige positioner. Brugen af anbefalinger skriver sig derfor også ind en forståelse af, at bestemte former for viden, har en bestemt sandhedsværdi og dermed bidrager denne viden også til subjektivering af borgeren.

3.1.2 Et reproduktionstrin

I reproduktionstrinnet reproduceres teksten i en kondenseret version, der indeholder centrale tematikker, nøglebegreber, problematikker og løsningsforslag, samt hvordan centrale passager i teksten bidrager til periodens eller tekstens budskab.

Den nationale sundhedsprofil

Temaet er, at danskernes sundhedstilstand skal forbedres. For at sundhedstilstanden kan forbedres, er det nødvendigt at klarlægge, hvem der er usund på hvilken måde, for at sundheden derved kan øges ved konkrete og målrettede sundhedsfremmeinitiativer. Temaet er derfor også understreget af en antagelse om, at danskerne er for usunde, og at der derved i offentligt regi skal afstedkomme adfærdskorrigerende initiativer.

De nøglebegreber, der i særlig grad præsenteres og identificeres, er nøglebegreber, der bidrager til at definere sundhed og dermed bidrager sundhedsprofilen tillige til, hvordan vi – som borgere – forstår og afgrænser sundhed og dermed til subjektiveringen af borgeren. Spørgsmålene i sundhedsprofilen er med til at afgrænse og uddybe, hvad vi i nationalt og dermed i offentligt regi forstår og italesætter som sundhed. Sundhed kan altså ifølge den nationale sundhedsprofil, groft sagt indkredses til at omhandle sund kost, begrænset forbrug af alkohol, fysisk aktivitet, gode sociale relationer, reduktion af stress, smerter og ubehag.

Sundhed er altså ifølge profilen tæt knyttet til de faktorer, der øger sandsynligheden for sygdom, hvor sundhed derfor især italesættes som fraværet af sygdom. En væsentlig pointe i rapporten er da også, at det netop er risikofaktorerne, som tobak, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt, der har betydning for kroniske sygdomme:

”Når der er særligt fokus på disse risikofaktorer, er det fordi, de medvirker til udviklingen af en lang række kroniske sygdomme. Mange af de kroniske sygdomme, vi ser i dag, er i mange tilfælde mulige at forebygge og kan lindres og undertiden helbredes ved hjælp af livsstilsændringer. WHO skønner at mere end 70 % af sygdomsbyrden i verden er relateret til kroniske livsstilssygdomme.” (Sst, 2011., p.3)

I rapporten er sundhed dog ikke kun nævnt som værende fysiske målbare parametre, hvilket blandt andet kommer til udtryk ved spørgsmålet om sociale relationer. Men også her er sundhed koblet sammen med fraværet af sygdom og ikke livsglæde eller andre mulige værdier, som begrebet kunnet kobles på. I rapporten skriver Sundhedsstyrelsen, at *”Det er dokumenteret, at der er en sammenhæng mellem sociale relationer og helbred. Personer med stærke sociale relationer har generelt et bedre helbred, bliver mindre syge og kommer sig bedre ovenpå en sygdom end personer med svage sociale relationer.”* (Ibid., p.75) Stress er endvidere taget med, fordi *”[...]langvarig stress kan føre til alvorlig sygdom som fx hjerte- og karlidelser samt depression.”* (Ibid., p.27) Igen er der et fokus på sygdom og en udvælgelse af kriterier, der enten er eller har en tilknytning til sygdom.

Der kan derfor argumenteres for, at teksten i særdeleshed italesætter usund levevis som et problem, fordi det kan medføre sygdom. Usundhed er altså et problem fordi, det øger sandsynligheden for, at borgeren bliver syg. Der lægges endvidere op til, at borgeren ikke i sig selv, vælger en sund livsstil, men at det offentlige ved hjælp af konkrete initiativer, skal sætte ind, hvor problemerne er. Der ligger dermed også et menneskesyn til grund herfor, der handler om, at borgeren skal hjælpes til fornuft fra det offentliges side. Borgeren subjektiveres altså som en, der ikke af sig selv, vil tage det rigtige valg, og dermed er det nødvendigt at det offentlige blander sig på alle niveauer i borgerens liv, lige fra sociale relationer til rygning og styrer borgeren til et sundere liv.

Netop passagerne, hvor der er fokus på det målbare, altså at rapporten skal bidrage til en øget middellevetid samt værende bl.a. de sundeste i verden synes at forstærke relationen til konkurrencestaten. Det betyder ikke, at det er givet, at konkurrencestatens præmisser medfører sundhedsfremmeinitiativer. Men det kan medføre sundhedsfremmeinitiativer, netop fordi sundhedsfremmeinitiativer kan være relevante for konkurrencestaten. I princippet kan det ikke vides, om sundhedsfremme alene initieres, fordi det offentlige har den enkelte borgers ve og vel på sinde, men samtidig er der ikke nogle passager i teksten, der lægger op hertil.

Tværtimod er de rationaler, der præsenteres, netop rationaler, der handler om, at vi som samfund skal gøre noget, fordi vi som samfund skal leve længere, og fordi det ”[...]koster både os selv og samfundet dyrt.” (Ibid., p.3), hvis ikke vi er sunde, og vi ”[...]bebyrder borgerne og vores sundhedsvæsen.” (ibid., p.3).

Netop denne italesættelse af omkostninger og byrder placerer teksten i forlængelse af konkurrencestatens paradigme om en borger, der er ansvarlig for eget liv og sundhed. Når undersøgelsen ligger op til, hvorvidt borgeren selv ønsker at ændre sig, så kan der argumenteres for en implicit forventning til borgeren herom, altså at borgeren selv tager ansvar. Der er dog samtidig en dobbelthed i ønsket om borgeren, der kan selv, og så det offentlige, der alligevel ikke har tillid til borgerens evne eller vilje, hvorfor en lang række initiativer på sundhedsområdet anses som nødvendige.

Den sunde by

Temaet i teksten er, at den sunde by skaber sunde borgere. Der tages udgangspunkt i, at kommunerne ved hjælp af en ændret byplanlægning vil få sunde borgere. Bypolitik, miljøpolitik, sundhedspolitik og byplanlægning bliver altså i rapporten katalysator for, at der kan skabes ”[...]sunde rammer i byerne for danskernes liv og færden.” (Sif, 2009, p.3)

Det overordnede formål er det samme som i sundhedsprofilerne, nemlig at bidrage til at gøre borgeren sund, men fokuset i denne tekst tager et konkret udgangspunkt i rammerne som værende sundhedsfremmende i sig selv. Hvor ovenstående rapport derfor har ønsket at måle og veje borgeren med henblik på at konstatere sundhedstilstanden, så er denne rapport en udmøntning af, hvordan det offentlige kan arbejde med at gøre borgeren sund.

Udgangspunktet for at forstå og arbejde med sundhed italesættes ud fra det brede sundhedsbegreb og WHO's sundhedsdefinition og målsætninger. Det har betydning for den måde sundhed anskues og italesættes, og det har betydning for de initiativer, der fokuseres på. Det brede sundhedsbegreb har betydning for, at sundheden gøres til et elementært element i byplanlæggernes perspektiver – sundhed er i rapporten fundamentet for god byplanlægning. På baggrund af det brede sundhedsbegreb, handler sundhed nemlig også om trivsel, sikkerhed og en lang række andre faktorer, der ikke er sat under lup i den nationale sundhedsprofil. Rapporten søger altså at ændre på betingelser for, at mennesker bliver syge, hvilket netop er det rapporten om sundhedsprofiler lægger op til, nemlig at man ude i kommunerne skal omsætte viden til konkret praksis og initiativer.

Det brede sundhedsbegreb sætter nogle andre nøglebegreber i spil, eksempelvis borgerinddragelse er et væsentlig element, fordi det ”[...]skaber oftest trivsel og tilfredshed – det handler om at have kontrol over sit eget liv.” (Ibid., p.6) Der bliver dermed også fokuseret på parametre som sammenhængskraft og social kapital og ”[...]handler om vores psykiske og

sociale sundhed, herunder vores trivsel, vores behov for tryghed og lyst til at bruge nye muligheder.”(ibid., p.6) Rapporten breder dermed forståelsen af sundhed ud til netop at vedrøre alle elementer i borgerens liv, hvorfor sundhed bliver alt indenfor og udenfor, der vedrører borgeren. Rapporten bidrager dermed på den ene side til at fratage borgeren det individuelle ansvar for egen sundhed, men samtidig handler sundheden om, at inddrage borgeren generelt og dermed også i forhold til udmøntningen af sundhed.

Problemerne, der i særdeleshed er under lup, tager sit udgangspunkt i sygdomme eller sygdomsfremkaldende tilstande. Dermed ændrer den sig ikke fra rapporten om sundhedsprofiler, men den adskiller sig i forhold til at bidrage med konkrete løsningsmuligheder og dermed også nogle sandhedsværdier omkring disse løsningsmuligheder. Eksempelvis, at borgeren vil være mere fysisk aktiv, fordi der er muligheder herfor i nærmiljøet, eller at borgerinddragelse vil skabe mere trivsel.

Problemet er altså manglende sundhed, og løsningen bliver en sund by, fordi den giver sunde borgere. Der bliver dermed en kobling af den viden det offentlige har omkring sundhed til den konkrete styring af de omgivelser borgeren befinder sig i, hvilket har betydning for subjektiveringen af borgeren. Borgerens mulige positioner begrænses dermed også, fordi alt omkring borgeren indrettes og målrettes sundhed. Det bliver altså sværere at vælge sundhed fra.

Det er særligt tankerne omkring mobilisering af borgere, der forstærker konkurrencestatens paradigme. Det interessante ved denne mobilisering er i tråd med projektets indledende betragtninger omkring empowerment, altså at gruppen af borgere skal mobiliseres i en bestemt retning – nemlig mod sundhed. I mobiliseringen ligger der altså ikke, et mål om borgere, der vil selv eller kan selv ligeegyldigt udfaldet. Derimod er der et mål om borgere, der i relation til en bestemt viden – sandhedsproduktion – agerer og selv tager ansvar i relation hertil. Styringen af borgeren må derfor antages at være knyttet til, at borgeren skal være mindst muligt en byrde for fællesskabet – altså være sygdomsfri – og i dette perspektiv bliver sundheden et middel hertil.

3.1.3 Et analytisk trin

Det analytiske trin fokuserer på, hvilken sundhedsforestilling, der skrives frem, samt hvilke begreber og modbegreber, der kan identificeres. Trinet tager endvidere et fokus på de idealer og idealborgere, der kommer frem i teksten.

Den nationale sundhedsprofil

Rapporten fokuserer dels på graden af borgerens sundhed i form af de risikofaktorer, der kan medføre sygdom og dels på, at borgerens sundhed skal fremmes – altså at risikofaktorerne

skal minimeres. Der fremskrives altså en sundhedsforestilling, der i høj grad baserer sig på sundhed som fraværet af sygdom, og sundhed defineret som værende målt i forhold til, hvor mange risikofaktorer borgeren har.

Der tages i rapporten, som allerede nævnt, udgangspunkt i både det mentale og det fysiske, men for begges vedkommende er det beskrevet som relevant for sundhedsprofilen, fordi det har betydning for fraværet af sygdom. Sundhedsforestillingen, som den kommer til udtryk i den nationale sundhedsprofil baserer sig altså kun minimalt på ikke målbare parametre for reduktion af sygdom som betydende for sundheden. Dermed bliver sundhedsprofilen også i højere grad et biologisk produkt, forstået således, at udgangspunktet for at tale om sundhed, bliver i forhold til en optimering af og styrkelse af krop og sind.

De ydre rammer, der dermed påvirker og har betydning for vidensproducingen af nye indvidtyper, tager dermed sit udgangspunkt i videnskabelige forklaringer omkring mennesket og sundhed. Der er altså diskurser omkring objektivitet, rationalitet, verificerbarhed altså forskningsmæssigt og videnskabeligt godkendte kriterier, der er styrende for de rammer, hvor indenfor sundhedsprofilerne anskues, og det har betydning for de subjekter, der skabes.

Viden produceres og anvendes derfor, i forhold til den videnspolitik, der har medicinske og naturvidenskabelige rødder, dvs. den sandhedsværdi, der produceres omkring sundhed, og den sunde borger tager sit udgangspunkt i den viden, der forskningsmæssigt indenfor udvalgte retninger af forskningen er frembragt.

Idealerne italesat af sundhedsprofilerne er da heller ikke til at tage fejl af. Det er tydeligt, at den sunde borger idealiseres, og den usunde borger skal forbedres. Den sunde borger er ifølge rapporten en, der spiser sund kost, er fysisk aktiv, har et begrænset forbrug af alkohol, ikkeryger, reducerer betingelserne for at stress kommer til udtryk, samt indgår i nogle gode sociale relationer. Idealborgeren er altså en borger, der vælger det gode / det rene liv uden fristelser, og dermed bidrager mest og slider mindst på eks. sygehusvæsenet. Der er altså i rapporten væsentlige disciplinerings teknikker i spil, og individualiteten kommer i særlig grad til udtryk i den måde, hvorpå borgeren subjektiveres ved at sætte individer i bås gennem en opdeling efter alder, køn, uddannelse, samlivsstatus, der tydeliggør, hvilken borger der er idealborger og bestemt også, hvilke type borgere der fordømmes.

I og med, at undersøgelsen er et spørgeskema til borgeren, vil de borgere, der har udfyldt spørgeskemaet ligeledes være gjort opmærksom på, hvilken en bås af individer, de er placeret sammen med. Rapporten handler endvidere om at adfærdskorrigere, fordi det for borgeren bliver tydeliggjort, hvilken adfærd man ønsker fra dem.

Denne segregering, analyse og differentiering af mængden er måske netop der, den moderne magt kommer til udtryk. Netop ved at differentiere borgeren i særskilte individualiteter kan der sikres en optimal udnyttelse og effektivitet, som netop ligger i tråd med tankerne om konkurrencestaten. Dermed bidrager den nationale sundhedsprofil også til – via disciplinerende teknikker – at producere individer, hvorved individet både gøres til et mål og et middel for udøvelsen.

I rapporten beskrives der kun lidt om, hvilket kvaliteter borgeren selv har i forhold til deres sundhed. I forbindelse med flere af spørgsmålene er de dog blevet spurgt efter, om de ønsker at ændre en given adfærd, hvilket mange gerne vil. Det interessante er selvfølgelig, hvorvidt de siger, at de vil ændre adfærd, fordi de har et reelt ønske herom, eller om de ved, at de burde have et reelt ønske herom, hvorfor de svarer som de gør.

Når Sundhedsstyrelsen i forbindelse med en sundhedsprofil spørger ind til sund kost eller fysisk aktivitet, ligger der et tilsagn om, hvilke forventninger eller forhåbninger der er på borgerens vegne, hvilket kan have betydning for, hvorvidt borgeren svarer ja eller nej til, om de vil ændre adfærd. Det bliver altså tydeligt for borgeren, hvis de har en adfærd som ikke er acceptabel i samfundet, at det kræver en ændring, hvis de gerne vil være en del af fællesskabets regler og normer. Det medfører, at der kan være en gruppe borgere, der alene af den årsag vælger at svare ja.

I modsætning hertil vil der være nogle, der alene i modstand over, at de forsøges styret vil sige nej. Dette spørgsmål, om hvorvidt borgeren ønsker at ændre adfærd, har tillige karakter af en eksamination, der siger noget om, hvorvidt disciplineringen er lykket – altså hvilke subjekter magten har bidraget til at producere. Dermed bliver borgerens besvarelser også en del af det offentlige eksamination af borgeren, hvor 'rettelisten' tager sit udgangspunkt i sandheden om sundhed og dermed, hvorvidt hensigterne er lykkedes.

I og med, at der er mange, der svarer ja til, at ville ændre deres vaner, ville ét syn på borgeren være, at hvis de vil, så gør de det også – af egen fri vilje. Det er dog ikke dette perspektiv, der danner grundlag for rapportens sigte, da den netop danner et videnskabsmæssigt fundament for, at andre offentlige instanser kan igangsætte initiativer til at nå de borgere, der endnu ikke lever op til idealet. Borgerperspektivet må derfor konstateres at være, at borgeren ikke af sig selv ændrer adfærd, men at det er det offentlige opgave, at ændre borgerens adfærd. Personkvaliteterne må derfor også være, at der er en gruppe borgere, der som udgangspunktet er passive i forhold til at vælge et sundere liv.

Til trods for – eller måske netop pga. – at borgeren anskues som passiv, har sundhed med den nationale sundhedsprofil inviteret sig helt ind i privatlivet hos den enkelte. Dette var ikke tilfældet i velfærdstaten, hvor rollen var, at beskytte og kompensere borgeren. I modsætning

hertil giver konkurrencestaten det offentlige mandat til at komme helt ind i privatlivet for at mobilisere borgeren. Udgangspunktet er ikke moralsk dannelse, demokrati som fællesskab eller frihed som muligheden for at deltage i politiske processer som var velfærdsstatens mantra, men derimod at borgeren har et ansvar i forhold til fællesskabet. En præmis der kan medføre, at den enkelte skal påtage sig et individuelt ansvar for at forbedre sin sundhed.

Det offentliges rolle bliver derfor at få den enkelte til at påtage sig sit ansvar, hvilket der allerede i spørgsmålene lægges op til, når der spørges til, om borgeren ønsker at ændre adfærd. Borgeren bekender altså overfor det offentlige dels deres synder og dels deres hensigt om forbedring. Dette bidrager til, at det offentlige får en viden om, hvordan de skal tilrettelægge sundhedsfremmende initiativer, og hvordan de skal tilrettelægge det forskelligt til de forskellige individtyper, der er søgt opsplittet. Det er netop også rapportens hensigt at kunne målrette forskellige initiativer til forskellige grupper, og dermed ”[...]/rette opmærksomheden hen, hvor problemerne findes.”(Sst, 2009, p.2)

Den sunde by

Den sundhedsforestilling, der skrives frem i den sunde by, er, at borgerens sundhed skal understøttes af en lang række initiativer, der involverer den måde, hvorpå vi tænker, indretter, bruger og gør by på. Borgeren er altså ikke sund, medmindre at det at være sund er det lette valg. Ambitionen er derfor at ændre på omgivelserne for derved at ændre på borgerens adfærd. Sundhedsforestillingen baserer sig endvidere eksplicit på det brede sundhedsbegreb, hvilket dermed også har betydning for, at sundhed ikke blot er fraværet af sygdom, men derimod alle de parametre, der på den ene eller den anden måde har indflydelse på et menneskes sundhedstilstand. Sagt med andre ord, så er der sundhed i alt.

Med en sundhedsforestilling, der rækker ind over alle aspekter i borgerens liv, bliver det at vælge sundhed fra en stor udfordring, fordi der i dette fravalg også vil være et fravalg af fællesskab. Hvis det offentlige rum, med byerne i centrum, bliver et sted, hvor man kan være, hvis og såfremt man agerer på en bestemt måde, så kan byen ikke blot invitere til deltagelse, den kan også ekskludere dem som af forskellige årsager vælger fra.

Borgerinddragelse kan på en og samme tid give mulighed for indflydelse, men det interessante er hvorvidt indflydelsen opleves som reel, eller om der kun er mulighed for at tilkendegive og bidrage i forhold til allerede besluttede rationaler og værdier. Hvis sidstnævnte er tilfældet giver borgerinddragelsen formentlig ikke trivsel eller tilfredshed, men måske snarere afmagt eller resignation. Rapporten forholder sig dog ikke til mulige modreaktioner / modbegreber, men arbejder alene med at bekræfte sundhedsbegrebet, altså understrege at de præmisser, der er i sundhedsbegrebet, de er korrekte. Der tvivles ikke på sundhedsforestillin-

gen, dels at sundhed kan forstås sådan, eller at sundhed skal tænkes ind i alle aspekter af omgivelserne.

Idealborgeren i rapporten bliver dermed også en borger, der ikke blot har fravær af sundhed som et sundhedskriterium, men derimod i princippet først er sund, når alle omgivelser er sunde, når de indgår i gode relationer og har medbestemmelse. Genstanden for sundhed er derfor udvidet markant og vil som udgangspunkt derfor også være meget sværere at leve op. Idealborgeren i denne rapport er infiltreret af, at sundhed både angår livsstil, levekår, alder, arvelige forhold og sundhedsvæsenets muligheder for forebyggelse og behandling. En stor del af dette sundhedssyn, har borgeren ikke direkte indflydelse på. Det bliver de nyeste videnskabelige afgørelser, der har betydning for, hvor sund den enkelte er. Er der eksempelvis fokus på forurening fra skorstene, vil borgeren der bor i et parcelhusområde med mange brændeovne automatisk blive udsat for ikke blot forurening, men vil i det hele taget blive mindre sund.

Netop i forbindelse med ændringen af rammerne – i det her tilfældet byen – så peger Foucault netop på ændringer i de ydre rammer, som værende afgørende for vidensproduceringen af nye individtyper. Der er altså i sund by subjektiveringsmekanismer i spil, der bidrager til, at magten skaber konkrete individualiteter i praksis. Når byens rum bliver omdannet til en sund by, så bidrager magten altså til at skabe bestemte individer – i praksis kan det så betyde overvågning, udstødelse eller bedømmelse. I dette tilfælde rettes magten altså både mod samfundslegemet som helhed, altså den måde vi indretter vores samfund på, men også mod enkeltkroppens mikroplan. Byens rum og indretning heraf kan derfor karakteriseres ved at disciplineringsteknikkerne, som byplanlægningen afstedkommer, konstruerer individer efter behov, hvorfor der også her kan identificeres individualitet med egenskaber, som også var tilfældet for den nationale sundhedsprofil.

Man kan – ligesom i sundhedsprofilen – argumentere for, at sundhedens rækkevidde i den sunde by, ændrer karakter. Der er i sig selv ikke noget nyt i, at byens indretning understøtter eller opfordrer til bestemt adfærd. Parkerne var tidligere til rekreation og pænt brug, hvor græsset var til pynt og ikke til leg. Så byens rum bidrager til at adfærdskorrigere. Det nye er, at måden hvorpå, der adfærdskorrigeres tager sit udgangspunkt i at få den sunde borger.

Generelt omtales borgeren ikke som en, der i sig selv har initiativ til at ændre på noget, men derimod skal det offentlige ændre på noget, for at ændre borgeren. Borgeren skal inddrages og høres, fordi det giver glade borgere, der trives og ikke fordi, at beslutningerne bliver bedre eller mere kvalificeret af, at dem der bruger byen har indflydelse på byen.

Borgerinddragelse får dermed også karakter af nogle af de problematikker, jeg beskrev indledningsvist omkring empowerment, nemlig at borgeren skal inddrages, men kun så frem, at borgeren understøtter de regler og tankesæt, som det offentlige ønsker, at de skal.

Det vil sige, at borgeren ikke skal mobiliseres til at være modborgere i relation til, at byens rum skal understøtte fysisk aktivitet, men derimod mobiliseres til at ville rummene og bruge rummene, som det offentlige har fremanalyseret er bedst. Netop derfor ligger der også en disciplinering af borgeren og en italesættelse af sundhed som sandhed, fordi hvis ikke vi kan benægte sundheden, altså hvordan vi forstår sundhed, så giver det en ringe mulighed for at agere modborger, at ville noget andet.

Med udflytningen af sundhed i det offentlige rum giver det dels det offentlige en helt anden mulighed for overvågning af borgeren, men måske endnu vigtigere borgernes interne overvågning af hinanden og ikke mindst overvågningen af sig selv. Når området udenfor lægger op til fysisk aktivitet, bliver det sværere at give en forklaring på, hvorfor man ikke er aktiv. Man ser andre være aktive, andre italesætter aktiviteten, så hvis borgeren vælger fra, kan der være en reel mulighed for at vælge fællesskabet fra.

Hvis det offentlige rum alene giver anledning til bestemte former for aktivitet og samvær, risikerer borgeren fordømmelse ved at vælge noget andet. Dermed bliver konkurrencestatens syn på fællesskabet som knyttet til arbejde – i det her tilfælde sundhedsarbejdet i det offentlige rum og frihed som frihed til at realisere egne behov underlagt en sundhedsdiskurs. Det medfører, at friheden til at realisere egne behov er knyttet til et behov om sundhed, et behov om et længere liv og et rigere liv. Det bliver dermed friheden til at kunne realisere sin egen sundhed, der kommer i centrum.

3.2 Styringsmentalitet

Omdrejningspunktet for specialet er, hvordan styringsmentalitet kommer til udtryk i forbindelse med det offentliges italesættelse af sundhed, og hvorledes det har betydning og konsekvenser for de muligheder, borgeren har for at være borger. Jeg vil derfor med dette afsnit analytisk stille skarpt på styringsmentalitet og i særdeleshed pastoralmagt som det begreb, der binder magt, viden og subjekt sammen på i relation til rapporterne. I nedenstående vil jeg derfor ikke opretholde den analytiske struktur, de ovenstående trin har været opbygget efter, da jeg vil inddrage rapporterne, når de er relevante.

Foucault udvikler som nævnt i metoden begrebet pastoralmagt i sine genealogiske analyser af moderne samfund. Netop derfor er det interessant at fokusere på, hvordan pastoralmagten – som styringsmentalitet – kommer til udtryk i konkurrencestatens betingelser for og italesættelse af sundhed. Som allerede nævnt i ovenstående analytiske trin, så ønsker det offentli-

ge noget med, om og for borgeren for begge rapporters vedkommende. En styringsmentalitet kan netop forstås, som de autoriteter – i det her tilfælde det offentlige – der forsøger at strukturere andres handlinger i form af herskende sandheder – i det her tilfælde omkring sundhed, men bestemt også omkring, hvad der motiverer og mobiliserer borgeren.

Styringsmentalitet er derfor de løsningsmodeller, der på nuværende tidspunkt bliver anset som legitime og rationelle. Det betyder, at den position som viden – i form af sundhedsfaglig viden – har, får betydning for styringsmentaliteten og dermed magten i form af viden til at tage patent på sandheden om sundheden. Denne patent på sundheden giver mulighed for at udøve magt på bestemte måder, og denne styring er reguleret af viden- og sandhedsregimer. Det vil sige, at viden omkring, at hjerte- og karsygdomme forøges, usund kost eller fysisk inaktivitet, bliver til en sandhed, der berettiger, at det offentlige iværksætter bestemte løsningsmodeller. Netop fordi, at der indenfor sundhed er et bestemt system af sammenhængende antagelser, så bliver disse taget for givet i magtudøvelserne heraf. Sandheden omkring sundhed er altså faktuel, og denne faktualitet giver nogle bestemte muligheder i udøvelsen af magt.

Intentionerne fra det offentlige – i dette tilfælde Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed – skal dog ikke betragtes som værende kalkulerende aktører, der alene vil magten, men derimod er de også indlejret i de herskende sandheder omkring sundhed, og hvordan det offentlige understøtter borgeren i det sunde liv. Sandheden omkring sundhed er altså så stærk, at de instanser der har med det at gøre, ikke forestiller sig, at det kunne være på en anden måde. Dette vidensbillede bliver kun udfordret, når og hvis der kommer nye og mere valide forskningsmæssige resultater.

Vidensbilledet har dermed afgørende betydning for, hvordan borgeren opfatter sig selv. Efter borgeren har udfyldt sundhedsprofilen opfatter borgeren såvel sundhed som begreb og egen sundhed ud fra de sandheder omkring sundhed, der præsenteres heri. Dermed bliver borgeren også mobiliseret til at håndtere deres egen selvstyring i det sundes navn, hvorved de styres til en bestemt adfærd. Det offentlige påtager sig dermed pastorens rolle til at retlede borgeren, og styringsmentaliteten kommer netop til at handle om, hvorledes det offentlige leder andre i deres selvledelse.

Den sunde by er netop et eksempel herpå, netop fordi det offentlige ikke – som et politi – er ude og kontrollere den enkeltes handlinger, så leder det offentlige borgeren til at selvlede sig selv i forhold til at blive den sunde borger. De ydre rammer bliver altså ændret således, at borgeren i højere grad end ellers, vil kunne selvlede sig til at blive en sund borger.

Pastoralmagten bliver altså styret fra afstand, og det er ikke styringsteknikker som tvang, men derimod indrulleres det som frivillige aktiviteter, som borgeren med sin frie vilje vælger

som det bedste for dem selv. Den pastorale magt udøvet via rapporterne er dermed magten, der griber ind i de private sfærer med henblik på at lede borgeren i retninger, der såvel er mere fordelagtige for den enkelte som for hele samfundet. Begge rapporter – og i særdeleshed den sunde by – ligger altså op til initiativer som borgeren frivilligt accepterer i form af bestemte forestillinger om, hvordan selvstyringen skal forekomme. Altså at byens rum gør det let at træffe det sunde valg – det rigtige valg.

Det offentlige påtager sig dermed også rollen som hyrden eller pastoren, der leder samfundet mod frelse ved netop at rådgive om, hvordan de skal agere – altså styre sig selv. Det offentlige fremstilles dermed som værende ansvarlig for borgerens handlinger, tanker, følelser og moralske værd. Det kommer især til udtryk i rapporterne ved, at borgerne italesættes som nogen, der har en usund levevis, og det er det offentlige, der har ansvaret for at lave initiativer, der ændrer herved. Altså, fokuset er ikke på borgeren som aktiv i sig selv, men derimod på, at det offentlige skal gøre borgeren aktiv. Denne rolle har flere niveauer og ses selvfølgelig som den overordnende offentlige instans, men også i form af de initiativer, disse instanser har til udøvelse af praksis ude i kommunerne.

Særligt i den nationale sundhedsprofil kan bekendelsen som et ledelsesredskab identificeres, når borgeren spørges efter, hvor meget de ryger, drikker etc. Det forventes altså, at borgeren går til bekendelse omkring deres eventuelle syndige liv. Netop denne bekendelse producerer en sandhed, der bidrager til borgerens identitet som enten sund eller usund. Når der er relativt mange, der samtidig ønsker at forbedre sig, bliver det tydeligt, at der er en gruppe, der godt ved, at de ikke er sunde nok, hvilket kan medføre en underkastelse af en bestemt ledelse af sig selv. Det kunne være at melde sig på rygestopkursus, når de næste gang ser det udbudt eller lignende. Sundhedsstyrelsens undersøgelse, der baserer sig på en kortlægning af danskernes sundhed, baserer sig derfor også på en forventning om, at der kan produceres sandhed om borgeren. For borgerens vedkommende har 2/3 af de mulige valgt at svare, hvorfor der er en majoritet, der også har fundet det vigtigt at bekende og bidrager dermed også til den sandheds- og vidensproduktion, der er omkring sundhed.

Den vidensproduktion, der er omkring sundhed, bidrager dermed også til, at borgeren bliver nødt til at lægge afstand til de opfattelser af dem selv, der lægger langt fra det offentlige perspektiv på sundhed. Det bliver svært at være bekendt at vælge et andet liv, når man dermed lægger både sit eget liv til last men også fællesskabet. Hvis fællesskabet netop i konkurrencestaten handler om fællesskabet i forbindelse med arbejde, så ligger der dermed også nogle økonomiske rationaler bag. Hvordan kan man vælge det sunde liv fra, når fællesskabet i form af fælles økonomiske institutioner – eks. sundhedsvæsenet – bliver belastet?

Inklusion i fællesskabet betyder dermed også, at borgeren skal påtage sig de sundhedsforestillinger, som det offentlige plæderer for og lade dem blive sine egne. Sundhed er ikke længere et individuelt anliggende, men er derimod blevet et offentligt anliggende påvirket af konkurrencestatens tanker omkring individ og fællesskab. Styringsmentalitet – i form af pastoralmagt – bliver dermed anvendeligt fordi, den både taler til frihed og til fællesskab. Borgeren bliver dermed selvledt i form af sin frihed til at blive inkluderet i fællesskabets rammer.

4 Konkluderende diskussion

I indeværende kapitel vil specialet indledningsvist diskutere diskursen om sundhed som sandhed i relation til konkurrencestaten, herunder konkurrencediskursens betydning for sundhed som sandhed. Efterfølgende diskuteres, hvordan styringsmentalitet skaber subjekter, og hvilke muligheder borgerne har for at udfordre de tilgængelige positioner. Slutteligt diskuteres de metodiske valgs betydning for specialet.

4.1 Sundhed som sandhed i en konkurrencestat

Specialet har taget sit udgangspunkt i et historisk afgrænset nedslag, der er valgt med inspiration i tankerne omkring konkurrencestaten. Det har dels bidraget til en afgræsning af en historisk periode og dermed til udvælgelsen af konkret empiri, og dels har det bidraget til en analyse, der ikke blot skriver sig ind i nutiden, men endvidere har bidraget til en bestemt historieskrivning heraf.

Valget af konkurrencestaten har altså haft betydning for den optik, hvormed jeg har læst rapporterne. Jeg finder det derfor væsentligt at diskutere, på hvilken måde jeg ser sammenhængen mellem konkurrencestaten og sundhed som sandhed, og dermed også nedslagets betydning for specialets konklusioner.

Konkurrencestaten som optik har medført, at jeg ikke blot har læst sundhed som sandhed alene i relation til eller som et produkt af sundhedsdiskurser. Jeg har tillige læst det som, værende i tilknytning til eller under indflydelse af konkurrencediskurser. Det skal forstås således, at jeg ikke anskuer disse diskurser som upåvirkede af hinanden, tværtimod. Derfor vil jeg i det følgende diskutere, hvordan de netop påvirker og udfordrer hinanden, og hvilken betydning det kan have for den styringsmentalitet, der etableres.

4.1.1 Fra helbredelse til sundhedsfremme

For at kunne diskutere, hvordan diskurser om sundhed og konkurrence har indflydelse på hinanden samt betydning for den styringsmentalitet, der fremkommer, vil jeg i det følgende gå i dybden med fremkomsten af en egentlig sundhedsdiskurs. Udgangspunktet herfor er ikke en antagelse om, at sundhed som sandhed udspringer af konkurrencestaten, men at der er en række faktorer, der har indflydelse på etablering af sundhed som sandhed.

Det følgende tager udgangspunkt i den medicinske diskurs påvirkning og indflydelse herpå. Bevæggrunden for at tage udgangspunkt i den medicinske diskurs er, som analysen har belyst, at den medicinske diskurs i høj grad indvirker på den måde, hvorpå vi forstår sundhed.

Tillige har der i rapporterne været et stort fokus på sundhed italesat som helbredelse eller reduktion af sygdom.

Lægevidenskaben har bredt sig i takt med store landvindinger i forhold til at helbrede og udrydde en lang række sygdomme og dermed løftet folkesundheden. Det har bidraget til udviklingen af bestemte sundhedsdiskurser omkring helbredelse og har dermed også har kunnet bidrage til at indgyde håb for et godt og langt liv. Mads Peter Karlsen identificerer, at der i 1700-tallet udvikler sig nogle tendenser i kølvandet af de medicinske landvindinger, hvor lægen ændrer karakter til, at være agent i et nyt projekt, der implicerer en forestilling om, at befolkningens sundhed er et statsligt anliggende. En ændring, der bliver forløberen for – med et Foucaults perspektiv – velfærdstatens socialmedicinske læge. (2008, p.79).

I den forbindelse påbegyndes der en sammensmeltning mellem læge og præst og i slutningen af det 18. og i begyndelsen af det 19. århundrede, bliver forestillingen om, at det kunne være nyttigt, hvis præsten er i stand til at bedrive en form for medicinsk praksis genstand for en detaljeret diskussion i store dele af Europa. Enkelte steder betyder det, at teologistuderende benytter lejligheden til at gå til medicinske forelæsninger samtidig med, at der bliver efterlyst uddannelsestiltag, der kan udruste præsten med medicinske kundskaber. Disse tiltag og strømninger udmønter sig i en debat omkring præstelæger, hvor argumentet for en større sammensmeltning kort sagt handler om, at en præst, der er udrustet med medicinske kundskaber, vil kunne gavne syge borgere og dermed staten. (Ibid., p.86)

Det understreges endvidere i diskussion om præstelæger, at præsten præcis har det, som lægen mangler, nemlig befolkningens tillid. Lægepræsten indspiller sig dermed i, hvad Karlsen kalder for en løsning på to presserende styringsstrategiske problemer i en spirende sundhedspolitisk diskurs – på den ene side at undgå kvaksalveri og på den anden side at lede borgeren til sundhed uden tvang. (Ibid., p.90)

Der sker altså et større fokus på sundhed i takt med, at lægevidenskaben præsterer mere og mere. Der sker endvidere et øget fokus på, at sundheden skal ud til borgeren, hvilket bidrager til implementering af styringsmentalitet. I slutningen af det 18. århundrede kommer dette bl.a. til udtryk ved – hvad man i samtiden kaldte for – sundhedspolitiet. Det var et sundhedspolitisk projekt, der ifølge Foucault ikke var dikteret fra oven, men snarere som en opdukken af en række forskelligartede bekymringer for sundheden – på mange forskellige steder i samfundet. Sundhedspolitiet udgjorde dermed en styringsstrategi. (Ibid.)

Når WHO's sundhedsdefinition dermed tager sit udgangspunkt i, at sundhed er andet end blot fravær af sygdom, så er dette altså ikke i sig selv karakteristisk eller nytænkende for perioden efter anden verdenskrig. Derimod er det tendenser, der har været skabt betingelser for allerede langt tidligere, og kan identificeres at have rødder tilbage til det 18. århundrede,

hvor fremkomsten af en egentlig sundhedsdiskurs ser dagens lys. Et lys hvor sygdom forstås som 'sundhedstab' og dermed noget, der lettere løses gennem forebyggelse end gennem behandling.

4.1.2 Sundhed som middel til konkurrence

Sundhed som sandhed er altså ikke et fænomen, der i sig selv er knyttet til eller et produkt af konkurrencestaten. Det betyder dog ikke, at konkurrencestaten ikke har betydning for sundhed som sandhed. Konkurrencestaten kan endvidere antages at påvirke eller medvirke til et nutidigt stort fokus på sundhed som sandhed, fordi det er anvendeligt i konkurrencestatens mål om en øget konkurrenceevne.

Sundhed som sandhed får nogle andre betingelser og en anden status i konkurrencestaten, end den har haft tidligere. Ifølge Professor i filosofi Uffe Juul Jensen fra Aarhus Universitet har vores syn på sundhed flyttet sig fra et kollektivt syn på sundhed, der er blevet skabt igennem velfærdsstatens systemer til et mere individualistisk syn på sundhed. (Nielsen, 2010)

Der kan altså argumenteres for, at konkurrencestaten bidrager til en transformation af sundhed fra, at fællesskabet giver sundhed til individet, til at individet med sin sundhed bidrager til fællesskabet. Staten har med konkurrencestatens optik en interesse i at holde os kollektivt sunde, hvilket vil sige, at jo sundere vi er, jo bedre for fællesskabet. Samtidig hermed pålægges den enkelte et individuelt ansvar for at blive sund og dermed bidrage til fællesskabet.

I dette perspektiv handler den enkeltes sundhed – læst ind i konkurrencediskurser – derfor om at sikre staten / nationen / virksomheden / fællesskabets interesser. Udfordringen for konkurrencestaten bliver så, at målet om at mobilisere så mange borgere som muligt, der kan bidrage til nationens konkurrence, kræver, at den styringsmentalitet, der etableres, rent faktisk har indflydelse på borgeren.

Når det offentlige på en lang række niveauer sætter ind i relation til sundhed, så er det fordi, det kan betale sig – på alle mulige måder – at befolkningen bliver sundere. Samtidig så står det offentlige overfor en befolkning, hvor en stor gruppe borgere ikke er sunde, hvilket kan skyldes, at den styringsmentalitet der etableres ikke virker efter hensigten. Måske er det også derfor, at Astrid Kragh, som jeg i indledningen refererede til, proklamerede forebyggelsens årti med redskaber, der spændte fra tvang, forbud til vejledning.

I hvert fald er der en stor gruppe borgere, der ikke kobler sig på eller kan koble sig på den etablerede styringsmentalitet, og det interessante er derfor om konkurrencestaten, og de styringsmentaliteter, der sættes i anvendelse, bidrager til inklusion i det sunde fællesskab eller til eksklusion til det usunde.

Som sundhedsprofilen viser, er der en klar overvægt af højtuddannede, der scorer tilfredsstillende – altså havde en høj grad af sundhed – i undersøgelsen sammenlignet med lavt uddannede eller folk uden uddannelse. Hvorfor dette kan være, understreger Betina Verwohlt fra Aalborg Universitets Center for Sundhedskommunikation, med følgende: *”Højtuddannede har ofte lettere adgang til sundhed end de lavest uddannede. De har typisk bedre råd til gode og friske råvarer, og så har de ofte mere fleksible arbejdstider, som gør det lettere at få tid til at dyrke motion i hverdagen.”* (Ringgaard, 2013)

For Verwohlt bliver vilkårene for at leve et sundt liv koblet til økonomi, fleksibilitet etc. I modstrid hertil kan man i så fald argumentere, at den arbejdsløse dermed vil dyrke endnu mere motion, fordi vedkommende har meget tid. Men sundhedsprofilen viser jo, at det ikke tilfældet, hvorfor der må være andre faktorer, der spiller ind i relation til det sunde valg.

Måske skyldes det netop, at de lavere uddannede er sværere at nå i relation til styringen, fordi der tages et forkert udgangspunkt i relation til gruppen. Eksempelvis opleves styringsmentalitetens præmisser ikke relevante eller også er det en gruppe, for hvem sundhed ikke opfattes som hverken løsningen på deres problemer eller målet for deres indsats.

Konkurrencestatens iver for at få alle med, kan måske netop give bagslag og medføre, at der er en gruppe borgere for hvem, sundhed opleves som uopnåeligt – en gruppe som resignerer. Der kan opleves for stor afstand til idealet i relation til de udfordringer, perspektiver, problematikker etc. borgeren står i.

Når sundhed bliver anvendt som en måde at optimere befolkningen på, som et led i den globale konkurrence, så har det til formål, at borgeren kan yde i så høj en grad som muligt. Når den usunde, den fede, den rygende altid omtales som noget, vi skal ændre på, så skyldes det, at konkurrencestaten ikke kan overleve uden konkurrencedygtige borgere. I dette lys bliver sundhed ikke målet – jo måske som motivation for den enkelte – men for staten bliver sundheden et middel til en mere effektivt styret organisation – nemlig samfundet.

Der kan altså argumenteres for, at vi italesætter sundhed som målet og dermed også stigmatiserer usundheden, og at dette er under påvirkning af de generelle samfundsmæssige udfordringer og strømninger. Samtidig kan der argumenteres for, at sundhed i sig selv faktisk ikke er målet, men derimod et middel, som konkurrencestaten finder anvendeligt i målet om en øget konkurrence. Sundhed som sandhed bliver dermed et anvendeligt middel til at nå målet om at klare sig i konkurrencen, hvorfor det finder sin relevans og brugbarhed i konkurrencestaten. Italesættelsen af sundhed som målet for den enkelte bidrager dermed til en realisering af midlet for staten og bliver dermed en del af den styringsmentalitet, der etableres.

Som ovenstående belyser, så er sundhedsdiskursen om sundhed som sandhed ikke forudsat konkurrencediskurser. Tværtimod er det diskurser, der fungerer sideløbende med hinanden, og som er under gensidig påvirkning af hinanden. Samtidig finder jeg dog, at konkurrencediskursen, som findes indenfor alle områder i styringen af staten, har afgørende indflydelse på diskursen om sundhed som sandhed.

Sundhed som sandhed er et vigtigt redskab i konkurrencestaten for at bidrage til nationernes konkurrence, såvel som folkeskolerne, arbejdspladserne etc. er. I dette lys er sundhed som sandhed et redskab i konkurrencestaten, der er relevant eller interessant, fordi det bidrager. Hvis ikke dette var tilfældet kunne man forestille sig, at andre sandheder end sandheden om sundhed vil blive dyrket, og / eller andre styringsmentaliteter vil blive iværksat.

4.2 Styringsmentalitetens betydning for positionering

Som analysen har belyst, har den styringsmentalitet, der sættes i anvendelse, betydning for de positioner, som borgeren har til rådighed – altså den subjektivering af borgeren, der finder sted. Diskursen om sundhed som sandhed tillader ikke mange måder at være borger på. Groft sagt kan der plæderes for, at der kun er muligheden for at være en sund borger, eller en borger der gerne vil være sund. Der er ikke rigtig plads til at vælge sundheden fra, for hvem vil både gøre skade på sig selv og på samfundet? Dermed generer sandhed som sundhed modborgere eller medborgere.

Samtidig viser det sig, at borgerne langt fra er sunde, så der er selvfølgelig nogle, der tager andre positioner, eller går udenom de positioner, der etableres. Det interessante er derfor også at diskutere borgeren, der ikke er idealborger i forhold til sundhed, altså borgeren der gør modmagt, eller borgeren der udstødes.

4.2.1 Borgerens subjektpositioner

En stor del af de kampagner, rapporter, anbefalinger etc., der udarbejdes, retter sig mod, at få borgeren til at agere på en bestemt måde. Der bliver altså fremsat nogle ideer om en idealborger – i det her tilfælde den sunde idealborger – der lytter til anbefalinger, kostråd og lignende, og som tager dem til sig som deres egne anskuelser. Man kan dermed sige, at styringsmentaliteten er lykkedes.

Men for en stor gruppe borgere er styringsmentaliteten ikke lykkedes, hvilket Betinna Verwohlt forklarer som, at ”[...]løftede pegefingre kan nemlig give bagslag.” (Ringgaard, 2013). Det giver Lars Thorup Larsen, som er lektor i statskundskab på Aarhus Universitet, hende ret i og uddyber, at:

”Vi har en tendens til at overvurdere betydningen af at sprede viden til befolkningen. I de forebyggelsesstrategier, man har lavet siden 1970’erne, har der ligget en antagelse om, at folk lever deres liv rationelt. [...] Man forestiller sig, at folk sætter sig ind i den viden, der er tilgængelig. Men de folk, som læser nyheder om sundhed, og som søger information på internettet, det er folk, som har en uddannelse. Som regel er det folk, som i forvejen går op i sundhed.” (Ringgaard, 2013)

Der bliver altså peget på, at der er nogen, der ikke følger trop i relation til sundhed, fordi de ikke går op i sundhed, og samtidig fokuseres der på kommunikationen omkring sundhed retter sig mod de uddannede. Dette ligger endvidere op til den diskussion jeg havde i foregående afsnit vedrørende, at der er borgere for hvem, den valgte styringsmentalitet ikke har nogen effekt.

I det følgende vil jeg brede denne diskussion ud, nemlig om borgeren er en, der enten kobler sig på pr. automatik, eller en der ikke magter at koble sig på, og dermed diskutere denne opdeling i enten eller. Dette har til formål at anskueliggøre synet på borgerens mulighed for at træffe andre valg, fordi de mener, at andre valg – end de offentlige anbefalinger – er bedre eller mere relevante for dem.

Jeg vil derfor inddrage postmarxisten Ernesto Laclau, der ligesom Foucault har en subjektforståelse, der tager udgangspunkt i, at individer bliver sat i bestemte positioner af diskurserne. De bliver altså subjektiveret og dermed interPELLERET med en særlig identitet. (Laclau & Mouffe, 2001, p.107)

I enhver diskurs findes der altid udpeget nogle positioner, som subjektet kan indtage, hvilket i en sundhedsdiskurs om sundhed som sandhed betyder, at borgeren tilbydes nogle positioner, hvortil der knytter sig nogle forventninger om, hvordan man skal opføre sig, hvad man kan sige etc.

Det interessante er ifølge Laclau, at én diskurs aldrig kan etablere sig så totalt, at den bliver den eneste diskurs, der bidrager til at strukturere det sociale. Der er nemlig altid flere diskurser – ofte modstridende – i spil. (Ibid., p.106f) Samtidig hermed er subjektet fragmenteret, hvilket betyder, at det ikke bare positioneres et sted af en bestemt diskurs, men derimod i mange forskellige positioner af mange forskellige diskurser. (Jørgensen & Phillips, 1999, p.53)

Det betyder dermed også, at borgeren i dette sundhedsperspektiv ikke blot har én position til rådighed, og kun er påvirket af eller underlagt én diskurs, men at der er multiple diskurser og positioner i spil. Det har selvsagt betydning for, hvorvidt borgeren kobler sig på det offentlige styringsmentalitet. Borgeren indtager altså en lang række subjektpositioner i løbet af en hverdag og en borger vil kunne være ’mor’, ’kone’, ’læge’, ’maratonløber’ og ’kunstinteres-

seret', og alle disse subjektpositioner bidrager på forskellig og til tider modstridende vis til identitetsdannelsen.

I de fleste tilfælde vil borgeren ikke opdage disse forskellige subjektpositioner medmindre, at modstridende diskurser samtidigt forsøger at organisere i eller påvirke det samme sociale rum, hvorved man bliver interPELLeret i forskellige positioner på en gang. (Ibid., p.54) Falder maratonløbet, som man har glædet sig til, eks. på datterens fødselsdag, så skal man vælge om, man eksempelvis på dagen vil lade sig interPELLere som mor eller som maratonløber.

Det betyder, at subjektet bliver overdetermineret, hvilket vil sige, at det samtidigt bliver positioneret af flere forskellige modstridende diskurser, hvorimellem der opstår konflikt. Som udgangspunkt er subjektet altid grundlæggende overdetermineret, netop fordi diskurserne i Laclaus perspektiv, altid er kontingente. Der er ikke noget, der udpeger en entydig subjektposition for subjektet, og kun i det tilfælde, hvor der er foregået en hegemonisk proces (en fastlåsning på tværs af diskurser) kan dette være tilfældet, hvorved en bestemt diskurs står tilbage som den sande diskurs. (Ibid., p.54; p.61) I diskursen om sundhed som sandhed vil diskursen for nogle borgere stå tilbage som den sande diskurs, hvorved andre diskurser bliver underlagt betydningen og de subjektpositioner, der er knyttet hertil.

Der er borgere, for hvem en subjektposition som den sunde borger ikke er mulig. Det kan skyldes, at der er en lang række mulige positioner til rådighed inden for en lang række af andre mulige diskurser – diskurser som i højere grad giver mening for borgeren. Det underbygger professor i journalistik og statskundskab på Syddansk Universitet Erik Albæk, når han siger, at:

”Det er folk, som i forvejen går op i sundhed, der følger forskeres og myndighedernes anbefalinger om, hvad vi bør spise. [...] Hvis man er politisk interesseret, læser man politiske nyheder og kigger på valgplakater, men hvis man overhovedet ikke går op i politik, ser man dem ikke. [...] Sådan er det også med sundhed: Hvis man i forvejen går op i at leve sundt, lytter man til anbefalingerne. Hvis man ikke går op i det, hører man ikke efter.” (Ringgaard, 2013)

Endvidere er der borgere, der gerne vil kunne påtage sig en subjektposition indenfor sundhed som sandhed, men af forskellige årsager ikke kan eller magter, hvilket i høj grad får indflydelse på borgerens mulige subjektpositioner og dermed borgerens forståelse af sig selv.

Laclau baserer endvidere sin subjektforståelse på Jacques Lacans teorier, hvilket bidrager til, at give subjektet en 'motor' (Jørgensen & Phillips, 1999, p.55), og det er måske netop her, at Laclaus subjektforståelse adskiller sig mest fra Foucault. Foucault anskuer også subjektet som aktivt, men aktivt forstået som aktivt i at producere sig selv. Motoren derimod bidrager til, at subjektet hele tiden forsøger at finde sig selv i diskurserne.

Det skal ikke forstås som et individuelt indre, der kommer til udtryk, men at identiteter er noget, man påtager sig, noget man tildeles, og noget man forhandler i diskursive processer, hvorfor identitet i denne optik forstås helt igennem socialt. Borgeren og dennes identitet bliver altså dannet via de diskursive sociale processer, men det er ikke givet, hvilke diskurser og subjektpositioner borgeren vælger, samtidig med at borgeren her har en stræben – jf. Lacan – til at blive mere hel. Det er også i det lys, at vi skal se borgeren, der går i opposition til de kampagner, anbefalinger etc., og dermed helt bevidst ikke ønsker at påtage sig den sunde subjektposition. Et eksempel herpå er en boganmelder, der anmelder Professor Bente Klarlunds bog, der netop hedder *Sandheden om sundhed* og kommer til følgende reaktion:

”Jeg sad en dag og læste i bogen uden for en café. Der var lidt vin i glasset, gulerodskage (om end økologisk, gluten - og fedtfri) på tallerkenen, og pakken med cigaretter (kun 10!) lå sikkert i tasken. Og så nåede jeg til afsnittet om rygning. Den massive skræmmekampagne og opremsningen af alle de forfærdelige konsekvenser af rygning (som jeg jo godt kender) blev til sidst for meget. Jeg klappede bogen sammen. Og tændte en smøg i protest.” (Fedders, 2010)

Eksemplet er netop et billede på borgeren, der i modstand eller modmagt, netop handler direkte modsat det tilsigtede, og er netop et billede på en borger, der i højere grad lægger sig op af andre diskurser og dermed påtager sig andre subjektpositioner, eks. den kritiske borger. Laclau beskriver dette ved: *”[...]if one social group exercises power over another, this power will be experienced by the second group as irrational.”* (Laclau, 2007, p.85)

Afsnittet har altså anskueliggjort mulighedsrummet for den enkelte borger, og dermed søgt at indfange de borgere, der ikke lader sig subjektpositionere (af egen vilje eller fordi de ikke magter at koble sig på til trods for, at det er det, de ønsker) som sunde borgere omkring diskursen om sundhed som sandhed.

Samtidig er sundhed som sandhed så omsiggribende, at man kan diskutere borgerens mulighed for at vælge positionen fra uden, at det har konsekvenser for borgerens indlemmelse i eller udstødelse af fællesskabet. Og her er netop begrebet sundhed en svær størrelse, fordi det for den enkelte er vanskelig at fornægte. Og samtidig opstilles der sjældent alternativer til forståelsen af sundhed, som kunne agere modvægt.

Så selvom alt er kontingent – ifølge Laclau – og subjektet i praksis kan vælge andre subjektpositioner, så ændrer dette ikke på, at der vil være nogle diskurser og subjektpositioner, der foretrækkes og har højere status. Hvis man som borger derfor vælger andre subjektpositioner, må det derfor også betyde, at det kan bidrage til en marginalisering. Hvis vi derfor afviser betydningsfulde diskurser i samfundet – i dette tilfælde sundhedsanbefalinger – så er det ikke uden betydning for etableringen af nye diskurser og subjektpositioner omkring borgeren:

”Alligevel spiser ufaglærte Svend og Emma fra Snedsted i Vestjylland stadig alt for meget sukker og dårlig fedt. Universitetsuddannede Sara og Emil fra Nørrebro i København er derimod nærmest fanatiske med kun at få sunde madvarer indenbords.” (Ringgaard, 2013)

I sundhedsdiskurserne etableres der dermed nye – videnskabelige – betragtninger om, hvorfor borgerne ikke følger rådene, og bidrager samtidig til at udbrede nye diskurser om, at det er bestemte borgere, der ikke gør det rigtige, og i sidste ende nye styringsmentaliteter. Dette bidrager dermed yderligere til de subjektpositioner, borgerne kan påtage sig.

4.3 Specialets metodiske greb

Formålet her er at diskutere de metodiske greb specialet har sat i anvendelse herunder betydning af valg og fravalg, og hvad det har betydet for de mulige konklusioner, som specialet kan drage.

4.3.1 Genealogiens historieskrivning

Specialet har med genealogien som metode søgt at sætte forskellige teoretiske og analytiske greb i anvendelse. Projektets overordnede erkendelsesteoretiske udgangspunkt har været socialkonstruktionistisk, og det er herigennem, at den genealogiske metode har haft sit råderum. Det betyder, at det ikke er genstanden, der har bestemt de teoretiske og metodiske valg, men tværtimod er det sådan, at specialets filosofiske og teoretiske ramme har været med til at konstruere såvel genstanden som den måde, hvorpå den er undersøgt.

De betragtninger specialet har medført, er altså en konsekvens af den genealogiske ramme og de teoretiske begreber, der er blevet operationaliseret i metoden. Mere konkret har det haft betydning for, hvordan jeg har anskuet og udvalgt min empiri, der ikke skal forstås som et identisk billede af virkeligheden eller repræsentativt for alle tekster, men derimod udvalgt ud fra nogle kriterier som i sig selv har betydning for de betragtninger, der har været mulige. Jeg er derfor helt bevidst om, at den udvalgte empiri, dels er kontingent men også er en konstrueret virkelighed.

Den teori jeg qua den genealogiske metode har tilføjet analytisk har ikke i væsentlig grad udfordret mit socialkonstruktionistiske udgangspunkt, men har uden de store fortolkninger kunnet anvendes indenfor den analytiske ramme.

Måden, hvorpå jeg har tænkt og sat genealogien i anvendelse på, er forstået som en videnspolitisk intervention og har haft et fokus på at identificere og belyse ubekvemme fakta. Den videnspolitiske intervention har derfor søgt at anvende genealogien som metode til at være rettet mod et bestemt genstandsområde – en specifik vidensdisciplin – altså sundhed.

Brugen af genealogien som en videnspolitisk intervention har dermed været specialets operationalisering af genealogien. Det har dermed haft betydning for det teoretiske begrebsapparat, der er valgt til at understøtte muligheden for den historieskrivning af sundhed som sandhed som betydende eller ligefrem begrænsende for borgerens mulige positioner.

Specialet har i analysen kun i mindre grad trukket historisk tilbage i tiden i det konkrete empiriske nedslag og den valgte empiri. Det skyldes, at jeg har ønsket at gå i dybden analytisk med nutidige tekster vel vidende, at det ikke har været muligt at indfange alle de historiske præmisser, der har bidraget til den nutidige konstruktion heraf. Jeg har for at skabe historiske tråde søgt at arbejde med transformationen fra velfærdsstat til konkurrencestat samt trukket tråde til det brede sundhedsbegreb herunder WHO for at tydeliggøre at sundhed som sandhed ikke er en nutidig konstruktion, men derimod er en historisk efterkommer.

Jeg har endvidere i dette kapitel udfoldet andre historiske tråde omkring etablering af en sundhedsdiskurs, der har bidraget at diskutere sundhed som sandhed i relation til konkurrencestaten, og dermed udfordret mine perspektiver på konkurrencestatens betydning for sundhed som sandhed.

4.3.2 Styringsmentalitet i et pastoralt perspektiv

Begrebet styringsmentalitet har været et væsentligt omdrejningspunkt i dette speciale qua sin centrale placering i problemformuleringen. Iværksættelsen af styringsmentalitet har i særlig grad taget sit udgangspunkt i pastoralmagtsbegrebet, som jeg har fundet særdeles anvendelig til netop at forholde sig til styringsmentalitet, når sundhed er sandhed. Det skyldes i særlig grad, at pastoralmagten tager udgangspunkt i selvledelse og bekendelse, som i høj grad kan identificeres i nutidige sundhedsrapporter, anbefalinger etc.

Valget af pastoralmagt som den væsentlige styringsmentalitet i specialet skyldes ikke, at pastoralmagt er den eneste form for styringsmentalitet, der kan identificeres. Andre styringsmentaliteter end den pastorale magt kommer endvidere til udtryk i sundhed som sandhed, eksempelvis er der i relation til såvel alkohol og rygning en lang række forbud. Disse har dog ikke været i specialets primære søgelys, men jeg er opmærksom på, at pastoralmagt fungerer samstemmende med en lang række andre styringsmentaliteter, og dermed kun i ringe grad kan analyseres adskilt fra de øvrige. Der, hvor pastoralmagten måske netop kommer til udtryk er der, hvor forbuddet ikke kan nå ind eller for at skabe grobund for, at et senere forbud kan etableres.

Pastoralmagt som styringsmentalitet har for specialets vedkommende været særdeles relevant for at belyse det offentliges styring af borgeren, netop fordi den ofte foregår mere skjult end det eksplicite forbud. Man kan derfor forestille sig, at forbuddet kan bidrage til at subjektivere borgeren på en anden vis end tilfældet er med pastoralmagt. Derfor er de positioner, som borgeren har mulighed for at optage, derfor også påvirket af, at jeg har fokuseret på pastoralmagt som styringsmentalitet.

5 Afsluttende betragtninger

I disse afsluttende betragtninger konkluderer jeg overordnet i forhold til projektets problemformulering.

Jeg har i dette speciale analyseret, hvordan det offentlige anvender styringsmentalitet i deres italesættelse af sundhed som sandhed, og hvordan dette har betydning for de borgere, der konstrueres, altså de positioner som borgeren har til rådighed. Min bevæggrund for at beskæftige mig hermed er et ønske om at sætte fokus på de ubekvemme fakta i sundhed som sandhed og dermed den styringsmentalitet, der etableres.

Formålet med projektet har været at lave en videnspolitisk intervention. Den har haft til hensigt, at udfordre den videnspolitik som sundhed som sandhed er en del af, altså at skabe bevægelse eller røre og dermed bidrage til at udfordre tænkningen og borgerens mulige positioner. Udgangspunktet for, at lave en videnspolitisk intervention har været, at det synes som, at sundhedsbudskabet ophøjes til en sandhed, som det er svært ikke at være enig i. Netop dette aspekt – altså sandhedsværdien – har betydning for den styringsmentalitet, der sættes i anvendelse for at få borgeren til at reagere på bestemte måder – altså blive mere sund. Det har ledt frem til specialets problemformulering, der har lydt:

Hvordan kommer styringsmentalitet til udtryk i forbindelse med det offentlige italesættelse af sundhed, og hvorledes har det betydning og konsekvenser for de muligheder, borgeren har for at være borger?

Projektets fokus har dels været den styringsmentalitet det offentlige etablerer, og dels været hvordan borgeren bliver påvirket heraf, altså den betydning og de konsekvenser, styringsmentalitet har for borgeren.

Jeg vurderer, at den genealogiske metodes tilgang har været anvendelig til at skabe en ramme, hvori jeg har kunnet sætte specialets teoretiske begrebsapparat i anvendelse. Genealogien har altså fungeret som en metodisk ramme, der har bidraget til, hvordan jeg forstår og sætter begreberne, styringsmentalitet, pastoralmagt, subjekt, magt og viden i anvendelse – nemlig som middel til at skabe en nutidshistorie omkring sundhed som sandhed og bidrage til at lave en videnspolitisk intervention.

Den videnspolitiske interventions intention har ikke været at levere en modhistorie med det formål, at forkaste historien om sundhed som sandhed, for derved at postulere, at dette ikke er tilfældet. Modhistorien har derimod til formål at sætte de mekanismer, begreber, historier under lup, som sundhed som sandhed ikke giver mulighed for kommer frem.

Intentionen har heller ikke været at beklage, at styringsmentalitet fremkommer på en bestemt måde, og dermed har betydning for, hvilke borgere, der konstrueres, men bidrage til en italesættelse af, hvordan borgere konstrueres i sundhed som sandhed.

Endvidere har det heller ikke været mit formål at tale for eller imod sundhed. Snarere har jeg med min alternative historie villet gøre opmærksom på og bearbejde den grænse for vores måde at tænke og tale om blandt andet sundhed, samfund, videnskab og individ på. Foucaults analytik og hans begreb om pastoralmagt har givet mulighed for at stille spørgsmålet om det offentlige rolle i det moderne samfund på en anden måde, således det ikke bare handler om, hvorvidt sundhed er godt eller skidt, men derimod også kommer til at handle om, hvorledes relationen er mellem det offentlige og borgeren i forlængelse af forskellige historisk kontingente styringsstrategier.

Jeg må derfor konkludere, at det offentlige med udgangspunkt i forskellige former for styringsmentalitet i høj grad forsøger at strukturere borgerens handlinger, ved bl.a. at præsentere sundhed som sandhed, hvilket bidrager til at begrænse borgerens mulige positioner i relation til sundhed. Sandheden bliver ubestridt præsenteret ud fra nogle bestemte faktorer, om hvad sundhed vil sige, og hvordan sundhed skal gøres. Sundhed som sandhed medfører derfor et direkte krav til borgeren om at være sund både for den enkelte og samfundets bedste. Borgerens mulige positioner kan altså groft karakteriseres som, at implicere, at borgeren enten kan være loyal overfor sig selv og fællesskabet ved at vælge sundheden eller fravælge dette og dermed risikere at blive marginaliseret.

Pastoralmagt som styringsmentalitet kommer i særdeleshed til udtryk, når det offentlige lægger op til eller opfordrer den enkelte borger til at ændre adfærd, og dermed får den enkelte borger til at overtage og indlejre sundhed som sandhed som deres eget mål eller egen sandhed. Pastoralmagten fungerer ved at blive styret på afstand, fordi målet bliver, at det er borgeren selv, der skal ændre sig. Når borgeren derved bliver spurgt om, hvad de vil ændre, eller at byens aktive rum medfører, at borgeren træffer 'det nemme valg' og bliver aktiv, er dette eksempler på, at det offentlige ønsker at styre borgeren ved hjælp af at skabe et fundament for selvstyring. Det offentlige er ikke 'ude' ved borgeren, derfor skal borgeren selv vælge de rigtige valg qua den vidensdisciplin, som sundhed som sandhed baserer sig på.

Specialet har taget udgangspunkt i konkurrencestaten som begreb for den historiske periode, der har været specialets analytiske genstandsfelt. Det er ikke konkurrencestaten, der medfører sundhedsdiskursen sundhed som sandhed, men konkurrencestaten har formålet at videreføre disse tanker og bruge dem som en del af en styringsmentalitet. Pastoralmagt som styringsmentalitet er i dette perspektiv anvendeligt, fordi det netop lægger et ansvar over på den

enkelte borger for at påtage sig sundheden. Samtidigt er det vigtigt at understrege, at pastoralmagt ikke er den eneste form for styringsmentalitet, der etableres i konkurrencestaten.

Pastoralmagten bidrager endvidere til konstruktionen af borgeren, og de mulige positioner, der etableres. Sundhed bliver den enkeltes ansvar og det bidrager til at positionere borgeren som en modborger eller en medborger. Borgerens mulige positioner bliver i sundhedsdiskursen sundhed som sandhed begrænset, og der er en lang række valg borgeren ikke kan træffe uden at opleve marginalisering. Til trods for denne marginalisering er der en stor gruppe borgere, der ikke matcher det offentliges budskab, hvilket dels kan skyldes, at de subjektiveres til modborgere og dermed ikke ser sundheden som en mulighed for dem.

Alternativt har jeg belyst, at der er borgere for hvem, sundhedsdiskursen ikke opleves som relevant eller oplever andre diskurser som mere relevante. De tager andre subjektpositioner og i disse tilfælde opleves sundhed som sandhed kun i mindre omfang som værende begrænsende for deres mulige positioner for at agere som borgere.

Litteraturliste

- Andersen, Niels Åkerstrøm (1999), *Diskursive analysestrategier – Foucault, Koselleck, Laclau & Luhman*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne
- Burr, Vivian (1995), *An Introduction to Social Constructionism*, New York: Routledge
- Dean, Mitchell (2006), *Governmentality - Magt og styring i det moderne samfund*. (ovs.) af Villadsen, k. & Treebak, I., København: Forlaget Sociologi
- Foucault, Michel (1994), *Viljen til viden – Seksualitetens historie 1*. København: Det Lille Forlag.
- Foucault, Michel (1995), *Discipline & Punishment – The Birth of the Prison*. New York: Vintage.
- Foucault, Michel (2000), *The subject and power*. (in) Rainbow, Paul *Power: The essential works of Foucault*, (3th. edt.), New York: The New Press)
- Foucault, Michel (2002), *Overvågning og straf – fængslets fødsel*. København: Det lille forlag.
- Foucault, Michel (2003), *Ordene og tingene – En arkæologisk undersøgelse af videnskaberne om mennesket*. (1.udg.), (3.opl.), Gyldendals Bogklubber.
- Foucault, Michel (2005), *Vidensarkæologien*. Aarhus: Philosophia.
- Foucault, Michael (2008), *Sikkerhed, territorium, befolkning – Forelæsninger på Collège de France 1977-1978*. (1. udg.), (1.opl.), Gyldendals Bogklubber.
- Gabardi, Wayne (2001), *Negotiating Postmodernism*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Heede, Dag (2007), *Det tomme menneske – Introduktion til Michael Foucault*. København: Museum Tusculanums forlag.
- Jensen, A. Fogh (2005), *Mellem ting: Foucaults filosofi*. København: Det Lille Forlag.
- Jørgensen, Marianne W. & Phillips, Louise (1999), *Diskursanalyse – som teori og metode*. København: Roskilde Universitetsforlag.
- Karlsen, M. Peter (2008) *Pastoralmagt – om velfærdssamfundets kristne arv*. København: Anis.
- Kendall, Gavin & Wickham, Gary (1999) *Using Foucault's Methods – Introducing Qualitative Methods*. London: SAGE Publications.

Kristensen, J. Erik. (1985): *Foucaults videnspolitik – Mod en omvurdering af viden og Sandhed*. (in) Schmidt, Lars-Henrik og Jens Erik Kristensen (red.), *Foucaults blik - om det moderne menneskes fødsel*. Århus: Modtryk.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009), *Interview – Introduktion til et håndværk*. (2.udg.). København: Hans Reitzels forlag

Laclau, Ernesto (2007), *Emancipation(s)*. New York: Verso.

Laclau, Ernesto & Mouffe, Chantal (2001), *Hegemony and Socialist Strategy - Towards a Radical Democratic Politics*. (2. edt.). New York: Verso.

Nietzsche, Friedrich (1969), *Moralens genealogi – Et stridsskrift*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Nilsson, Roddy (2009), *Michel Foucault – En introduktion*. København: Hans Reitzels forlag.

Pedersen, O. Kaj (2011), *konkurrencestaten*. København: Hans Reitzels.

Rennison, B. Wolfgang (2011), *Ledelsens genealogi – offentlig ledelse, fra tabu til trend*. København: Narayana Press, Samfundslitteratur.

Rose, Nikolas (2003): *At regere friheden – en analyse af politisk magt i avanceret liberale demokratier*, (in) Borch, Christian og Larsen, Lars T.; *Perspektiv, magt og styring – Luhmann & Foucault til diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.

Rapporter

sst (2011), *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?*. København: Sundhedsstyrelsen – Rosendahls-Schultz Distribution.

Sif (2007), *Folkesundhedsrapporten – Danmark 2007*. (red.) Kjølner, M., Juel, K., Kamper-Jørgensen, F.. København: Statens Institut for Folkesundhed

Sif (2009), *Den sunde by - Dokumentation af de faktorer, som påvirker sundhed i den tætte by og forstaden som led i udvikling af bæredygtig planlægning*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.

Artikler

Andersen, T. K. (2012), *Astrid Krag vil bruge det tunge skyts i forebyggelsen*. (in) Mandag morgen.

Nielsen, J. D. (2010), *Er du rigtig sund?*. (in) kommunikatøren Vol. (7) februar 2010.

Miller, P. & Rose, N. (1992), *Political Power beyond the State- Problematics of government*. (in) British Journal of Sociology Vol. (43) nr. 2 06/1992: P.173-205.

Mortensen, N. (red) (2001), *I sundhedens navn*.(in) Distinktion Vol. (3) – tidsskrift for samfundsteori. Århus: Århus Universitet – Institut for statskundskab.

Sst (2000), *WHO's strategi "Sundhed for alle 2000" har været inspirationskilde for det danske folkesundhedsprogram*. (in) Vital nr.1 – april 2000. København: Vital – sundhedsstyrelsen.

Søndergaard, Dorte M. (1996), *Social konstruktionisme: et grundlag for at se kroppen som tegn*. Sociologi i Dag Vol. (26), no. (4).

Internetsider

BT (2009). Set den (23-05-2013)

[http://www.bt.dk/motion/danmarks-sundeste-avis fra d. 25/9/09](http://www.bt.dk/motion/danmarks-sundeste-avis-fra-d-25/9/09)

Sst (2011a) *Den nationale sundhedsprofil – fakta*. Set den (24-05-2013)

<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kommunal%20sundhedsplanlaegning/DenNationaleSundhedsprofil.aspx>

Effector (2012), *Sundhed på forsiden sælger aviser*. Set den (19-05-2013)

<http://www.effector.dk/content/sundhed-p%C3%A5-forsiden-s%C3%A6lger-aviser>

Fedders, L. E. (2010), *sandheden om sundhed bliver aldrig sjov*. Set den 19-05-2013)

<http://videnskab.dk/blog/sandheden-om-sundheden-bliver-aldrig-sjov>

Ringgaard, A. (2013), *Mange danskere er ligeglade med sundhed*. Set den (19-05-2013)

<http://videnskab.dk/krop-sundhed/mange-danskere-er-ligeglade-med-sundhed>

WHO (1948), *WHO definition of Health*. Set den (19-05-2013)

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Bilag I Sst(2011), Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?

Vedlagt som ekstra materiale til specialet

Bilag II Sif(2009), Den sunde by

Vedlagt som ekstra materiale til specialet