



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Speciale på Kandidatuddannelsen i Socialt Arbejde

August 2013

Social ulighed i sundhed

En diskursiv analyse af folkesundhedspolitikken i Danmark fra år 2002 til 2012

Udarbejdet af: Lene Andersen

Studienummer: 20110810

Vejleder: Hans Wadskjær

Antal anslag: 233.066

Abstract

This master's thesis deals with the social inequality in health in Denmark and how the issue discursive is being tackled in the public health programs from the year 2002 until 2012.

The Danish national health politics has throughout the last decade been concerned with the habits of lifestyles concerning food, smoking, alcohol and exercise as a strategy to generate more social equality in health and lower the death rate of the population. Citizens socioeconomic position is important, with the underclass being most vulnerable for illness. This indicates that there are social conditions that interact with health. However, by targeting solely on the health behaviour of the underclass following a liberal discourse for self-care and rational choice, there has been no significant change in improving the social inequality in health. Since health interacts with peoples social positions, it is a problem that strategies do not concern all aspect of peoples social lives in the social practice.

The aim of the study: *Which discourses characterizes the public health politics in proportion to the governing of the social inequality in health and what possibilities do it provide in the practice of social work?*

The archive for analysis consist of the health programs made in 2002, 2011 and 2012, produced respectively by the Government of Denmark, National Board of Health and Aalborg Municipality.

Method: This study is based upon Norman Fairclough's Critical Discourse Analysis using the three dimensional model and taking a moderate socialconstructionistic position.

The theoretical framework is based upon Nikolas Rose's perspective of governmentality with a special focus on biopolitics. Furthermore the theoretical foundation apply Pierre Bourdieu's system of concepts which comprises habitus, capital and the distinction of social classes.

Findings: There has been a shift in the strategies of the health programs from 2002 until 2012. The order of discourses has changed from a liberal discourse based upon technologies of responsabilization moving to a socialdemocratic discourse. The socialdemocratic discourse is based upon strategies that involve structural solutions and thereby making the health choice easier, which is opposite from the Neo-liberal governance. The strategies has shifted from a individual perspective to the dominant aim of minimising the social inequality in health through a systemic perspective based on care principles. The social work is discursive being included throughout the many social programs available in the community, which is set out to improve living conditions, where they all will have a joint objective of improving health.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Kapitel 1: Indledning.....	4
1.1 Social ulighed i sundhed.....	5
1.2 Kritik af monokausale faktorer.....	6
1.3 Social ulighed i sundhed som et socialt problem.....	8
1.4 Styring af sundhedsadfærden.....	10
1.5 Definition på underklassen.....	12
1.6 Definition på sundhed.....	13
Kapitel 2: Specialets fokus.....	16
2.1 Problemformulering.....	17
2.2 Afgrænsning.....	17
2.3 Litteraturvandring.....	19
2.3.1 Social inequality in health: Dichotomy or gradient?.....	20
Kapitel 3: Videnskabsteoretisk position og metode.....	22
3.1 Socialkonstruktionisme.....	22
3.1.1 Refleksioner vedrørende videnskabsteoretisk position.....	24
3.1.2 Kvalitetssikring.....	25
3.2 Faircloughs kritiske diskursanalyse.....	27
3.2.1 Diskurs.....	28
3.2.2 Ideologi og hegemoni.....	28
3.2.2.1 Diskursorden.....	30
3.2.3 Den tre-dimensionelle model.....	31
3.2.3.1 Tekstanalyse.....	32
3.2.3.2 Diskursiv praksis.....	34
3.2.3.3 Social praksis.....	35
3.2.4 Refleksioner over kritisk diskursanalyse.....	36
Kapitel 4: Teoretisk position.....	38
4.1 Bourdieus begrebsapparat.....	38
4.1.1 Habitus.....	39
4.1.2 Kapital.....	40
4.1.3 Distinktion.....	41
4.2 Governmentality.....	45
4.2.1 Biomagt.....	48
Kapitel 5: Analyse af sundhedspolitikken.....	52
5.1 Analyse af tekst og diskursiv praksis.....	52
5.1.1 Tekstanalyse af 'sundt hele livet' 2002.....	52
5.1.2 Diskursiv praksis 'sundt hele livet'.....	58
5.1.3 Tekstanalyse af 'Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?' 2011.....	62
5.1.4 Diskursiv praksis 'Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?'.....	68
5.1.5 Tekstanalyse af 'Aalborg i front med sundhed' 2012.....	72
5.1.6 Diskursiv praksis 'Aalborg i front med sundhed'.....	78
5.1.7 Delkonklusion.....	82
5.2 Analyse af den sociale praksis.....	83
5.2.1 Delkonklusion.....	91

5.3 Metode refleksion.....	92
Kapitel 6: Konklusion.....	93
Kapitel 7: Perspektivering.....	98
Kapitel 8: Referenceliste.....	100

Forord

Jeg har igennem længere tid været interesseret i sundhed i relation til det sociale arbejde, hvor jeg igennem forskellige medier, er blevet opmærksom på den store sociale ulighed, der findes i sundhed. Som følge af søgninger på nøgleordet social ulighed i sundhed, blev jeg opmærksom på forfatteren Signild Vallgård ved Folkevidenskab på Københavns Universitet, som har skrevet mange kritiske debatindlæg, artikler samt bøger med udgangspunkt i den danske folkesundhedspolitik, herunder den sociale ulighed i sundhed. Dette emne har vakt min interesse, fordi jeg kunne se et problem i den måde den sociale ulighed i sundhed blev søgt reduceret, idet indsatser i forhold til borgernes sociale forhold ikke blev italesat som et led i at skabe mere social lighed i sundhed. Mit speciale på Kandidat Uddannelsen i Socialt Arbejde ved Aalborg Universitet, har derfor omhandlet diskurserne i sundhedspolitikken indtil år 2012, for at se om der bliver åbnet op for, at det sociale arbejde kan få sin indflydelse med sociale indsatser, der kan bidrage til bedre sundhed for mennesker med lav social position. Specialet tager derved udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse, der baserer sig på eksisterende empiri.

Det har været en længerevarende proces, hvor mit fokusområde krævede en diskursanalytisk tilgang, hvilket har været spændende at prøve kræfter med. Det har været en proces, hvor jeg har tilegnet mig nye erfaringer gennem brug af den kritiske diskursanalyse som kvalitativ metode og samtidig stiftet bekendtskab med mange aspekter, der findes inden for den sociale ulighed i sundhed.

En stor tak til de medstuderende, der igennem vores uformelle snakke, har hjulpet mig et stykke hen ad vejen i kombination med min vejleder. Endvidere en stor tak til Mia Bendixen for kritisk gennemgang.

Lene Andersen

Aalborg, august 2013

Kapitel 1: Indledning

Det politiske fokus på folkesundhed har været næsten ikke-eksisterende i Danmark fra år 1950 indtil 1990'erne. Her kom der fra politisk side fokus på sundhedsproblemet grundet lavere middellevetid i befolkningen i forhold til de lande vi ellers sammenligner os med, hvor der blev lagt mest vægt på de største folkesygdomme som kræft og hjerte-karsygdomme (Vallgård 2003:21,131-132). Det var endvidere først i 1998, da den daværende socialdemokratiske regering satte fokus på den sociale ulighed i sundhed, at det blev til et politisk problem i Danmark. Det politiske fokus kom dog mange år efter WHO's rapport *Sundhed for alle i år 2000*, hvilken blev offentliggjort i år 1984, samme år som den svenske regering satte fokus på at bekæmpe den sociale ulighed i sundhed (ibid.:170-172).

I Danmark kom der således politisk fokus på at skabe mere lighed i sundhed ved ”*at skabe 'et bedre liv' for de dårligst stillede*” (ibid.:171). Fra politisk hold var perspektivet, at indsatser mod bedre sundhed og længere middellevetid, kun vedrørte en særlig gruppe af borgere og derfor at problemet med ulighed i sundhed primært kun vedrørte dem. Endvidere påpeges det, at de udsatte mennesker som den socialdemokratiske regering i 1998 tænkte på, er en heterogen gruppe bl.a. bestående af kontanthjælpsmodtagere, ufaglærte med ustabile arbejdsforhold, sindslidende, langtidsmodtagere af dagpenge, misbrugere og borgere, som ofte er i kontakt med social eller sundhedssektoren. Der er her tale om 20 % af Danmarks befolkning, med vidt forskellige vilkår, hvilket vanskeliggør spørgsmålet, om det er de sociale forhold, der betinger sygeligheden eller om det er omvendt (ibid.:175-176). Løsningerne blev således kun målrettet 20% af Danmarks befolkning i ønsket om mindsket ulighed, hvor der blev lagt mest vægt på denne gruppes adfærd i forhold til livsstilen, som en forklaring på øget syge- og dødelighed, uden at der fra politisk hold blev set på de faktorer, der kunne være årsag til denne livsstil. Ifølge Signild Vallgård¹ kom der således fokus på at ændre gruppens adfærd gennem individrettede forebyggelsesindsatser i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (hvilket efterfølgende benævnes KRAM) (ibid.). Behandlersystemet skulle således varetage ekspertrollen, til at hjælpe gruppen af borgerne imod bedre sundhed, når denne ikke selv formåede at styre sig derhen, hvor myndighederne ønskede (ibid.183).

¹ Signild Vallgård, cand. mag i historie og dr. med. Lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet og har især forsket i sundhedspolitikens historie i Danmark og de nordiske lande (Vallgård 2003:bagsideomslag).

I andre nordiske landes folkesundhedsprogrammer nævnes dog også stress, økonomisk tryk, socialt netværk, social kapital og arbejdsmiljøforhold som årsager til dårligere helbred samt det faktum at menneskers adfærd påvirkes uden at de selv kan influere herpå (Vallgård 2008:76). Der kan således ses et problem, i at der i målet om mere social lighed i sundhed i Danmark, ikke har været fokus på sociale faktorer, der kan medvirke til at bedre de sociale livsbetingelser i sammenhæng med sundheden.

1.1 Social ulighed i sundhed

Ifølge professor Finn Diderichsen², lever en ikke-uddannet mand i 2005 4,9 år mindre end en mand med en videregående uddannelse, hvor det for kvinder er 3,2 år. Ydermere ses, at mennesker med kortest uddannelse lever op til 10 år længere med dårligt helbred og sygdom end mennesker med høj uddannelse (Diderichsen 2011:27-28). Den nyeste undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed med opgørelse fra 2009 viser i tillæg hertil, at kløften mellem de sociale gruppers sundhed gradvist er øget gennem de sidste 25 år målt på antal leveår (Schmidt 2013). Som flere forskere påpeger er det således menneskers socioøkonomiske positioner, som har indflydelse på den sociale gradient³, i forhold til påvirkningen af sygelighed og dødelighed (Diderichsen 2011; Andersen 2008). Denne gradient i helbredsniveau, ses både i forhold til parametrene uddannelse, indkomst og socialgruppe. Menneskers erhverv har endvidere indflydelse på, hvilket arbejdsmiljø man arbejder under og generelt kan det siges at uddannelse, erhverv og indkomst, som er tæt knyttet til hinanden, således er vigtige variabler i forhold til helbred. Eksempelvis bliver flere lavt uddannede diagnosticeret med hjerte-kar sygdomme og lungekræft end borgere med længere videregående uddannelser (Diderichsen 2011:24-25). I Sundhedsstyrelsens undersøgelse om kost og motion, ses der endvidere en sammenhæng mellem lavt uddannelsesniveau og overvægt, hvilket bunder i en mere usund kost og manglende fysisk aktivitet målt i forhold til borgere med en højere uddannelse (Sundhedsstyrelsen 2010:57-71).

Sammenholdt med vores svenske naboer, ses der således tendens til en større absolut difference i dødelighed mellem arbejdere (Blue-collar) og kontor/funktionær (White-collar)

2 Finn Diderichsen (dr.med.) er professor i forebyggelse ved Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet i afdeling for Social Medicin (Lund, Christensen & Iversen 2011).

3 Gradient betyder ifølge ordbogen en hældning.

ansatte i Danmark end i Sverige. Endvidere har arbejderne i Sverige næsten samme dødelighed som danske kontor/funktionær ansatte (Vallgård 2008:75). Denne store forskel ses således på trods af at begge lande karakteriseres som universelle velfærdsstater (ibid.)

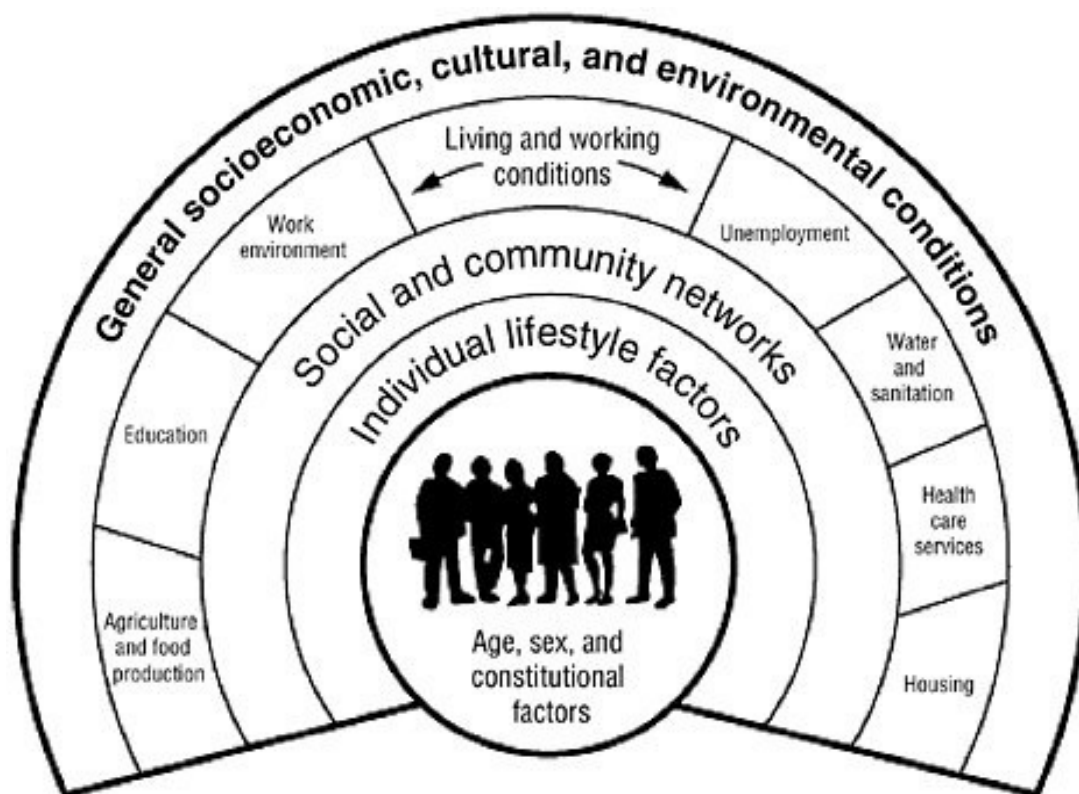
Endvidere påpeges det, ifølge professor Knud Juel fra Statens Institut for Folkesundhed at den øgede dødelighed, blandt borgere med kortest uddannelse, i 60-70% af tilfældene kan tilskrives alkohol og rygning, mens andre livsstilsfaktorer har mindre betydning (Schmidt 2013). Vallgård (2011), Mandag Morgen (2006) samt Dahlgren & Whitehead (1991) argumenterer dog for, at der kan ses mange andre (bagvedliggende) årsagsfaktorer til den øgede dødelighed, hvilket vil blive fremstillet i næste afsnit.

Juel hævder at grunden til den større dødelighed primært skyldes manglende rygestop og nedsættelse af alkoholforbrug, i forhold til borgere med længerevarende uddannelser, som har taget sundhedskampagnerne til sig. Han betoner derfor at løsningen for politikkerne er enkel: *”De skal få lavtuddannede til at holde op med at ryge og drikke”* og foreslår: *”fordobling af priserne på cigaretter, så lavtuddannede ikke har råd til at ryge så meget som nu”* (Schmidt 2013). I dette forslag ses den herskende diskurs i sundhedspolitikken, indebærende tiltag, der kan regulere menneskers adfærd, hvilket sker gennem afgifter, primært gennem forhøjede priser på tobak (Vallgård 2003:199). Så på trods af at antallet af rygere er faldet inden for de seneste årtier, viser det sig dog at det primært er borgere med lang uddannelse som har kvittet cigaretterne, mens det primært er underklassen, som er storrygere (Sundhedsstyrelsen 2010:4). Endvidere viser det sig at forestillingen om, at sundhedsgavnlig adfærd stille og rolig vil sive ned til underklassen fra de højere klasser, ikke fungerer i praksis, da viden i sig selv ikke er afgørende for adfærd (Vallgård 2011:19).

1.2 Kritik af monokausale faktorer

Med det hyppigt anvendte begreb *livsstilssygdomme* i det offentlige rum, i stedet for eksempelvis termen folkesygdomme, argumenterer Vallgård for, at der ligges op til en forebyggelsespolitik, der kun udpeger adfærd som årsagsfaktor til sygdom og at denne adfærd bærer præg af, at der er truffet et personligt valg. Hun påpeger dog, at der ses mange årsagsfaktorer, som kan være medvirkende til at mennesker udvikler en livsstilssygdom udover de såkaldte KRAM faktorer (2011:18-19). Faktorer, der kan have indflydelse, er

blandt andet gener, foster- og barndomsvilkår, socialt netværk, fysisk og psykisk arbejdsmiljø (Vallgård 2011; Dahlgren & Whitehead 1991). Nedenstående figur illustrerer de faktorer, som påvirker vores helbred og giver derfor et mere nuanceret billede af, hvilke hovedårsagsfaktorer man har med at gøre.



Figur 1. Kilde: Dahlgren & Whitehead 1991

Årsag til sygdom påvirkes derved af mange faktorer og endvidere ses der påvirkning af vaner gennem gruppetilpasning og de rammer civilisationen sætter med dets priser, udbud, normer m.v. (Mandag Morgen 2006:21). Tankegangen om at det primært er menneskers adfærd, der skal rettes, har derfor ikke øje for at mennesker er forskellige eller at den fremmer diskriminationen af dem, der kan anses som selvforskyldte i deres sygdom. Ligeledes begrænser livsstils-tankegangen i forhold til adfærd faktisk handlemulighederne, idet den begrænser det offentlige engagement og ikke ser de langsigtede muligheder i strukturel forebyggelse (ibid.:29). At vi selv er herre over, hvilke sygdomme vi pådrager os med baggrund i vores vaner, bliver derfor udsat for massiv kritik (f.eks. Mandag morgen 2006; Vallgård 2011; Dahlgren & Whitehead 1991).

Stress er en stor risikofaktor for bl.a. hjerte-kar sygdomme, diabetes, stofskiftesygdomme og det psykiatriske område. Stress menes endvidere at ligge til grund for manglende evne til at tænke langsigtet, hvorfor man har svært ved at undgå de umiddelbare fristelser som rygning, alkohol og junk food. Social stress er især kendetegnet som kronisk stress hos mennesker med lav socioøkonomisk position og dermed hos nogle af de laveste i samfundshierarkiet (Mandag Morgen 2006:44; Andersen 2008:104). Undersøgelser har vist, at det vanligtvis ikke er fordi de kortuddannede er uoplyste om at f.eks. rygning er usundt eller at de ikke ønsker at stoppe, men at gruppen kan have svært ved at fastholde beslutningen om et rygestop. Baggrunden bag dette kan netop være at mennesker i de nederste dele af samfundshierarkiet, ofte har flere problemer at tumle med, hvorfor moralske prædikener ikke anses som en effektiv strategi (Andersen 2008:94). Det er påvist, at der er sammenhæng mellem økonomiske ressourcer og sundhed, hvor det påpeges at underklassen kan opleve stressorer på baggrund af de sociale roller de er placeret i. Endvidere kan den ophobede mængde af de ubehageligheder der opleves igennem livet, såsom dårlig kost, usunde omgivelser og dårlig arbejdsmiljø sammenholdt med generelt færre ressourcer at trække på give større sygelighed (Andersen 2008:106-107).

1.3 Social ulighed i sundhed som et socialt problem

Allerede i år 1991 blev det tydeliggjort, at individuel livsstil var en faktor for dårligt helbred i relation til den sociale ulighed i sundhed der eksisterede i Europa. Det var dengang påvist at især underprivilegerede grupper ofte havde en mere usund livsstil med rygning, usund kost, alkohol, sparsom motion og at de tog færre præventive sundhedstiltag til sig (Dahlgren & Whitehead 1991:45). I denne rapport blev der bl.a. argumenteret for, at det økonomiske råderum spillede ind for valg af mad, idet prisstrukturen gav begrænsede muligheder for næringsrig kost. Ydermere blev det påpeget at bopæl har signifikans, idet de sociale forhold i et segregeret socialt miljø, hvor flere har sociale problemer, er arbejdsløse eller lignende, kan få indflydelse på sundhedstilstanden (ibid.:24-28).

Da man fra politisk hold blev opmærksom på at Danmark lå bagud i forhold til middelalderen i forhold til andre lande vi normalt sammenligner os med, satte den tidligere VK-regeringen derfor det mål, at danskerne skulle være blandt de 10 lande

i verden, som lever længst i 2020 og at social ulighed skulle mindskes (Sundhedsstyrelsen 2010). Der var således politisk fokus på den sociale ulighed i sundhed, hvor man fra politisk hold ønskede at gøre noget ved situationen. Et socialt problem kan derfor anskues på baggrund af Rubington og Weinbergs definition: ”(...) *an alleged situation that is incompatible with the values of a significant number of people who agree that action is needed to alter the situation*” (2011:3). I henhold til, at social ulighed i sundhed kan italesættes som et socialt problem, sigter det således mod en ændring af forholdene, hvilket kan ske igennem det sociale arbejde. Socialt arbejde kan defineres ud fra Malcolm Paynes socialkonstruktivistiske optik, hvor social arbejder sammen med klienter i de institutionelle kontekster, er med til at skabe det sociale arbejde. Socialt arbejde bliver derfor til på baggrund af handlinger gennem sociale konstruktionsprocesser (Payne 2005:21-22).

Det sociale arbejde får dog ikke megen indflydelse, da det politisk blev tydeliggjort at fokus er på *det personlige ansvar*, henvisende til at borgerne selv skal tage ansvar for egen og sin nærmeste sundhed og derunder have friheden til at træffe egne valg (Regeringen 2009). I denne optik er der vægt på selvhjælp og individuelt ansvar med baggrund i en klassisk liberal diskurs. Vallgård henviser til Nikolas Rose, som netop påpeger at der ses en *selvansvarliggørelse*, hvor staten ikke vil være formynderisk (Vallgård 2003:163-164). Det kan derfor bære præg af en rational choice tankegang, hvor det forudsættes at mennesket altid foretager bevidste valg på baggrund af de alternative adfærdsformer der er, og vil derfor søge mod størst mulig nytte på baggrund af de fordele og ulemper som foreligger (Hagen 2003:227-228).

Vallgård pointerer, at Sverige har et folkesundhedsprogram, hvor sygdomme og årsagsbeskrivelser er mere omfangsrige. Leveforhold eller levevilkår sammenholdt med andre forhold har endvidere været mere eksplicit og spillet en større rolle i årsagsforklaringerne til sygdom end i Danmark. Idet de sociale forhold er blevet anerkendt som havende en stor rolle i relation til sundheden i Sverige, har dette bevirket at politikerne har taget dette ansvar på sig (Vallgård 2003:136-141). Således blev der lagt stor vægt på det samfundsmæssige ansvar og borgernes indbyrdes ansvar for hinanden indebærende solidaritet, som Vallgård benævner med en socialliberal eller velfærdsstatslig diskurs (ibid.:164). Der blev således søgt mod at skabe et godt og retfærdigt samfund med god sammenhængskraft, hvilket indebærer at der måtte

være lighed i sundhed. Strukturelle tiltag kom derfor i fokus, da social ulighed blev anset som en trussel mod velfærdssamfundet (ibid.:178,185). Vallgård argumenterer for at politikerne i Danmark anså sundhed som målet, hvori *friheden* for egen handlen blev set som et *middel* til sundhed, hvor friheden i stedet blev set som et mål i Sverige. Dette fokus på sundhed blev anset som tilstræbelsesværdigt, da det var et middel til det gode liv samt bedre offentlig økonomi i Danmark (Vallgård 2003:129-130). Det sociale problem, som social ulighed i sundhed kan indgå under, blev således tolket på anden vis i Danmark end i Sverige i relation til de årsagsmekanismer og indsatser, der var nødvendige.

I forhold til dansk kontekst, kan der dog stilles spørgsmålstegn ved om denne frihed til selv at vælge har båret frugt, idet Ph.d. Anders Lindelof ved Institut for Folkesundhed udtaler, at der efter 40 år med den biomedicinske diskurs vedrørende sundhed, ikke er sket bekæmpelse eller standsning af fedmeepidemien. Derfor ønsker han en ekskurs fra den hegemoniske diskurs. Han begrundet dette med at folkesygdommen/faktoren fedme, foruden at være et individuelt og biomedicinsk problem, er et socialt fænomen, da det anskues som et resultat af det samfund, som mennesket har skabt. Han henviser her til betegnelsen: ”[...] *'obesogenic environment'*, der beskriver nutidens samfund som et miljø, der fremmer fedme” (Nicolaisen 2011). Derved er han endnu en af de kritiske røster, som påpeger samfundsmæssige faktorer foruden de individuelle.

1.4 Styring af sundhedsadfærden

Midlet til at styre borgernes forbrug og dermed hjælpe dem til bedre helbred kan ske igennem afgifter, hvilket kom til udtryk i 2009, hvor afgifterne på tobak, is, chokolade, sukkervarer og sukkerholdige sodavand blev forhøjet samt at der skulle afgift på mættet fedt (Regeringen 2009). Dog kom det aldrig til udfoldelse i praksis, fordi daværende oppositionspolitikere bl.a. argumenterede for at den ville ramme socialt skævt og gav for høje priser på fødevarer (Jensen 2012). Efter kommunal reformen i 2007, fik kommunerne hovedansvaret for forebyggelse og sundhedsfremmende initiativer og dermed, hvordan sundhed bedst kunne integreres i f.eks. skole området og botilbud. Det er således op til den enkelte kommune selv at forvalte, hvilke tilbud de finder bedst (Regeringen 2009). Staten fralægger sig således meget af ansvaret for at lave initiativer på strukturelt niveau. Dog gør Sundhedsstyrelsen, som

bekendt, hvert år brug af diverse kampagner for at oplyse alle borgerne omkring sundhed (sundhedsstyrelsen 2010).

Sundhedsvæsenet, som har skulle påtage sig rollen i at få borgere til at ændre adfærd, oplever at borgere med kort eller ingen uddannelse, er dem som har sværest ved at ændre livsstil (Piil 2006). I praksis på en medicinsk afdeling har jeg selv, som uddannet sygeplejerske, oplevet at det ofte er borgere med lav social status, som indlægges med sygdomme, der kan relateres til dårlige eller uhensigtsmæssige adfærdsvaner og som ikke har ressourcerne til at ændre herpå. Da det kan være en såkaldt vanskelig gruppe at have med at gøre i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse, kan der opstå tanker om at det er borgerens egen skyld (Piil 2006). At det er borgerens egen skyld at han/hun bliver syg, kan ses som et resultat af livsstil og derved som resultat af individuel adfærd truffet på grundlag af egne valg (Vallgård 2011:13).

Ifølge Vallgård er den danske sundhedspolitik præget af den moralske underklasse diskurs i sammenhæng med en kulturel underklasse diskurs. Her tolkes der, at personer der ikke opfylder de vanlige normer og værdier i samfundet i forhold til et godt liv, må have nogle personlige mangler (Vallgård 2008:76). Det sociale problem vil ifølge denne kausalforklaring, bestå i at mennesker som overtræder de moralske forventninger kan anses som patologiske (Rubington & Weinberg 2011:21). Den monokausale årsagsforklaring tager således ikke højde for andre kausalforklaringer, der kan eksistere i forhold til at forklare menneskers adfærd og dermed sundhedsmæssige problemer, idet forklaringer på sociale problemer også kan tage udgangspunkt på meso- og makroniveauer (Rubington & Weinberg 2011). Derved kan det ses som vanskeligt at gøre tiltag i det sociale arbejde, når der kun er fokus på menneskers sundhedsadfærd i forhold til at mindske den sociale ulighed der er på sundhedsområdet.

Dahlgren og Whitehead har endvidere argumenteret for, at man bør undgå at mennesker bliver irettesat for deres fejl og beskyldt dem for egen usundhed. De påpeger det er en forenkling af situationen og betoner : ”[...] *as a strategy it has been shown to be ineffective in changing behaviour [sic!] because it makes people defensive and resistant to change.*” (Dahlgren & Whitehead 1991:45). Der ligger i stedet op til andre strategier for at bedre menneskers sundhed (ibid.). Denne indsigt står derved i stærk kontrast til den måde

sundhedspolitikken har været italesat og indlejret på i Danmark, hvor individet ses som selvforskyldt i sin egen usundhed og hvor indsatsmulighederne er få.

Livsstil skal dog som mere kompleks end kun adfærd og anskues som et socialt fænomen, hvor bl.a. Max Weber betegner begrebet livsstil som hele den måde man lever sit liv på. Det gælder altså menneskets *livsform* set som et sammenhængende hele, blandt andet indebærende boligindretning, arbejde, sociale relationer, spise og drikkevaner og tøjstil og menneskets livschancer, der betinges af levekår. Livsstilen ses som del af social sammenhæng, idet den bekræfter social status og formes af den gruppe man omgiver sig med (Vallgård 2011:21). I kraft af at menneskers livsstil er underlagt levekår og normer, argumenterer Vallgård for at denne tankegang må oversættes til folkesundhed, hvor forebyggelsen må have mere fokus på grupper end individer, for at kunne ændre personers og befolkningsgruppers adfærd. Hun betoner derfor at forebyggelsesindsatserne vil være mere virkningsfulde, hvis livsstilen og dens adfærdsformer, ses som sammensat af de normer og af de sociale og fysiske omgivelser mennesker lever under. Livsstil bør således ses i en bredere optik end kun som enkeltstående adfærdsformer, der har medindflydelse på menneskets sundhed (ibid.:22-24). Der kan således stilles spørgsmålstejn ved om det sociale arbejde kan få indflydelse i at mindske den sociale ulighed når livsstil kun anses som vaner.

1.5 Definition på underklassen

For at tydeliggøre, hvilken mening der ligger bag anvendte ordvalg som underklassen og sundhed, vil der i det følgende blive præsenteret en definition af begreberne.

Da underklassen italesættes som en primær målgruppe i relation til social ulighed i sundhed, vil jeg præcisere betydningen af ordvalget underklassen. Her har jeg ladet mig inspirere af Olsen et al.s udlægning af, hvordan det danske klassesamfund er inddelt.

At der stadig eksisterer klassesamfundet italesættes normalt ikke i den offentlige debat, men der ses dog væsentlige forskelle i levekår for både under og arbejderklassen, som har andre levekår i forhold til middelklassen (Olsen et al. 2012:7,12-13). Borgerne deles op i fem klasser, hvor parametrene for inddelingen beror på borgernes position i arbejdslivet samt deres uddannelse, idet disse har indflydelse på, om man tilhører samfundets mere underprivilegerede eller dem med magt og mange ressourcer. Disse fem klasser kan siges at

være en samtidig klasseopdeling, der kan ses som en videreudvikling af SFIs opdeling af socialgrupperne i Danmark anno 1960 (ibid.:31). Det drejer sig om overklassen, højere middelklasse, middelklasse, arbejderklassen – faglærte og ufaglærte samt underklassen, som er personer der primært er på overførselsindkomster eller står udenfor arbejdsmarkedet mere end 80% af året. Underklassen udgør 20% af Danmarks befolkning i alderen 18-59 (eksklusiv studerende), hvilket er opgjort efter menneskes individuelle position (ibid.:36-37,88). Dog er sådanne distinktioner aldrig fuldstændig entydige, idet mennesker med f.eks. en tidligere lederstilling kan være på førtidspension grundet sygdom (ibid.:38) og endvidere kan det antages at mennesker tilhørende arbejderklassen kan have ressourcer eller en livsstil, der kan svare til mennesker tilhørende underklassen. Der kan således stilles spørgsmål ved om det er muligt at generalisere, da der kan være forskel på menneskers personlige ressourcer indenfor de forskellige samfundsklasser. Socialt udsatte borgere indgår også i underklasse kategorien, men overordnet tænkes på mennesker med kortest uddannelsesniveau med lav social position. Endvidere vil begrebet **aktør** blive anvendt når det drejer sig om socialarbejdere og andre ansatte i offentlig regi, der indgår i relationer med borgerne.

1.6 Definition på sundhed

Jeg ønsker at gøre det eksplicit, hvad begrebet sundhed indebærer, da sundhed er et begreb som er vanskeligt at definere entydig. Derfor udfoldes flere forståelser af sundhed, hvoraf jeg læner mig op ad WHO's definition, mens jeg er bevidst om at forskellige producenter kan have en anden forståelse.

Lektor i etnologi Lene Otto⁴, påpeger at det kan anses som et snævert begreb indebærende det at (for)blive rask og dermed fravær af sygdom, men også som et mere bredt begreb indebærende det at fremme livskvaliteten (Otto 2009). En fælles definition af sundhed i dansk kontekst, er at sundhed er mere end godt helbred og fysisk funktionsduelighed (ibid.:32). Der er dog forskel på, hvordan sundhed beskrives og hvordan sundhed som fænomen i praksis bliver til igennem sproget. Sundhed må derfor ses som en foranderlig konstruktion, som er bundet op omkring kulturelle forestillinger, politiske strømninger, sociale forhold og

⁴ Lene Otto er ph. d lektor i etnologi på Københavns Universitet under det Humanistiske Fakultet (Glasdam 2009).

aktørernes handlinger, som tilsammen udgør praksis (2009:32). I tråd hermed definerer Berger og Luckmann sundhed og sygdom som ”(...) *socialt konstruerede fænomener, der formes af de livsbetingelser, som samfundet, det sociale liv (hverdagslivet) og det enkelte menneske giver og forholder sig til* (som henvist til i Andersen & Timm 2010:11). Derfor kan sundhed anses som noget konstruktionistisk, der er formet på baggrund af sociale aspekter samt livsbetingelser og derfor vanskeligt indfanges.

Det brede sundhedsbegreb benyttes af WHO, som ikke kun betragter sundhed som fravær af sygdom, men mere at mennesker generelt oplever livskvalitet ud fra et sundhedsfremmende perspektiv:

”Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment

(WHO 1986).

I definitionen ligger der et empowerment aspekt, som er ofte anvendt i sundhedsvidenskaben, hvor WHO definerer empowerment som det at være herre over sin sundhedstilstand (Ibid:22).

Når sundhedsbegrebet betragtes abstrakt spiller det gode liv sin indflydelse. Ved et abstrakt sundhedsbegreb er det nemlig individet selv, der definerer sin sundhed ud fra eget livssyn, hvor oplevelse af livskvalitet er socialt og kulturelt betinget (Otto 2009:40). Der kan dog ikke sættes lighedstegn mellem det gode liv og sundhed, da det gode liv for nogle f.eks. kan være at ryge. Derfor fokuseres på at forebygge usundhed, idet livskvalitet anses som vævet sammen med et godt helbred uden alvorlig sygdom og med funktionsduelighed. Således anses det gode liv som et langt liv i en medicinsk forebyggelsestankegang (ibid.:40). Sundhed kan således, ud fra det medicinske og det mere abstrakte begreb, henholdsvis ses som et middel til at forebygge sygdom eller som et mål i sig selv når bestræbelsen på det gode liv er fremtrædende (ibid.:37). Sundhed og sygdom er dog ikke noget som alle mennesker forholder sig rationelt til, hvorfor sundhed for denne gruppe hverken ses som et middel eller mål. Denne gruppe af mennesker som i et medicinsk perspektiv ikke forholder sig rationelt til sundhed, kan blive betragtet som havende manglende viden af eksperter (ibid.:50-51).

Hvordan man politisk, videnskabeligt og praktisk ønsker at håndtere befolkningens helbred er således en del af sundhedsdiskursen. Sundhedsdiskursen foregår udover på det videnskabelige og politiske plan også på mere uofficiel vis i hverdagslivet, hvor mennesker søger nye rutiner i bestræbelserne mod at blive sund (ibid.). Sund levevis kan dog ses ud fra evnen til at beherske grænserne mellem *for meget* og *for lidt* af alting, selvom der ikke findes konkrete skel for hvornår noget er for meget eller lidt. Således er sundhed et **moralskt** anliggende (Glasdam 2009). Sundhedsdiskursen har som nævnt to forståelser. Den danske kulturhistorie bærer præg af at sundhed er det modsatte af sygdom og at sundhed derfor er nået når sygdom er bekæmpet (Otto 2009:34). Dog står den biologiske tilstand af sundhed aldrig alene, idet kulturen omkring sundhed medhørende menneskers handlinger, tanker og egne erfaringer, er en ligeså essentiel del af sundhed (ibid.:35). Medicinen, altså lægevidenskaben, er dog dybt indlejret i befolkningens sundhedspraksis og dermed også ind i vores kulturelle forestillinger. Således er der en række normer for, hvordan kroppen opfattes og dermed hvad der ses som normalt kontra unormalt, sund eller sygt, rigtigt og forkert (Otto 2009:36). De normative kriterier for adfærd ses således ud fra det at dyrke motion, være ikke-ryger og følge Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende kost og alkohol (Glasdam 2009:21). Endvidere kan det nævnes, med inspiration fra Pierre Bourdieu, at der ses et metafelt skabt af staten, hvori rammerne udstikkes og hvor der hersker ”(...) *en vis grad af doxa/selvfølgelighed i forhold til, hvad der er rigtigt og forkert, ønskeligt og uønskeligt – i henhold til idealet om den sunde, veltrænede krop*” (Andersen & Timm 2010:18). Dette indikerer således at der er samfundsmæssige forestillinger om, hvad der kan anses for et godt og sundt liv.

Kapitel 2: Specialets fokus

Som følge af foregående problematisering af ulighed i sundhed, ses det at folkesundhedspolitikken henvender sig til at ændre individers *adfærd* og ikke have fokus på de strukturelle eller sociale forhold. Dette har udmøntet sig i at der fra sundhedsministeriet og sundhedspersonalets side, kun er fokus på at ændre menneskers kost, ryge, motion og alkoholvaner i ønsket om at befolkningen skal leve længere, hvor underklassen ses som den gruppe der har sværest ved at ændre vaner. Hermed ses der problemer i forhold til det sociale arbejdes handlemuligheder, da der fra politisk hold ikke italesættes indsatsen gående på sociale aspekter af menneskers livsstil i forhold til at opnå social lighed i sundhed. Ifølge WHO er både fysiske, psykiske og sociale faktorer væsentlige i målet om sundhed, hvorfor det er paradoksalt at der ikke inddrages sociale og psykiske elementer i indsatsene.

Selvom der fra politisk hold er erkendelse af, at der eksisterer sociale ulighed i sundhed, har det overordnede mål for regeringerne i Danmark været længere levetid for befolkningen. Hvilket kan ses i lyset af, at der har været den grundlæggende idé om at danskere betragtes som ligestillede (Vallgård 2008:80). At der findes social ulighed i det danske samfund, er ikke til at negligere på baggrund af de kvantitative fakta og det kan diskuteres, hvor meget staten har blandet sig i målet om at få gjort noget herved.

Igennem problemfeltet er det tydeliggjort at det er svært at se om det er sociale forhold der betinger sygdom eller omvendt, hvorfor de står i et dialektisk forhold, hvorved en bred indsats må formodes at være væsentlig. Der kan således ses noget paradoksalt i at staten på den ene side ønsker at påvirke underklassen til at leve op til nogle normer om sund adfærd igennem ekspertstyring, hvor individerne skal gøres selv-ansvarlige. Men, omvendt tages der ikke højde for sociale og strukturelle fænomener, som præger individerne i samfundet og dermed kan medvirke til pådragelsen af folkesygdomme. På trods af at der er meget publiceret materiale før og efter 2002 der indikerer, at det ikke virker kun at give 'prædikerne' eller viden om god sundhedsadfærd, har der alligevel været størst fokus på menneskers adfærd, som noget rationelt, i den nationale folkesundhedspolitik. Da mennesker ikke kan anses som en isoleret enhed, men som sociale væsener, må det derfor formodes, at der er mere på spil end individers egen bevidsthed når mennesker skal styres mod bedre sundhed.

I dette spændingsfelt er det således interessant at se om den liberalistiske styring indebærende selv-ansvarliggørelse, som gør sig gældende i dansk sundhedspolitik, videreføres i nyere folkesundhedsprogrammer i forhold til de indsatser der italesættes i målet mod lighed i sundhed. Da der ikke kan ses væsentligt mere lighed i sundhed i 2013, som følge af de tidligere politikeres folkesundhedsprogrammer, er det væsentligt at vurdere om der diskursivt kan ses forandringer af strategier, der kan få indflydelse på det sociale arbejdes handlemuligheder.

2.1 Problemformulering

Som følge af en særlig interesse for, hvordan sundhedspolitikken udmøntes i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed, har jeg et underlæggende fokus på italesættelserne af underklassen, som har ringere helbred end resten af befolkningen. Jeg vil således have fokus på om der kan ses forskelle i diskurserne i nutidige sundhedsprogrammer på baggrund af den massive kritik, der har været af den nationale folkesundhedspolitik. Derfor vil der være et yderligere fokus på, hvordan politikken udmøntes i forhold til, hvilken velfærdsbetragtning der foreligger og hvilke konsekvenser strategierne kan få for det sociale arbejde. Som følge af specialets fokus er jeg kommet frem til følgende problemformulering, der vil være styrende:

Hvilke diskurser præger folkesundhedspolitikken i forhold til styringen af den sociale ulighed i sundhed og hvilke muligheder giver det for udfoldelsen af det sociale arbejde?

2.2 Afgrænsning

Jeg ønsker en diskursanalytisk metode i ønsket om at få indblik i de forskellige italesættelser, der er i de sundhedspolitiske programmer i forhold til at mindske den sociale ulighed og hvorvidt italesættelserne giver udfoldelsesmuligheder i det sociale arbejde. Specialet vil være et litteraturstudie, der gør brug af eksisterende empiri fra udgivne sundhedspolitiske udspil. I den videre proces vil min samlede udvalgte empiri kaldes for arkiv.

Jeg vil lave en diskursanalyse på ”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010” (Regeringen 2002), som også kort er blevet præsenteret i problembeskrivelsen for at finde de hegemoniske diskurser. Der mangler fortsat et nyt udspil fra den siddende regering (foråret 2013) vedrørende nationale indsatser for forebyggelse, men

ifølge udtalelser fra sundhedsminister Astrid Kragh skulle der være et på vej. Det vil være yderst interessant at se, hvorvidt der diskursivt kunne spottes en ændring af diskursen i den nationale politik i form af ændrede begreber, mål og handlemuligheder for at opnå lighed i sundhed. I stedet tages udgangspunkt i de kommunale strategier, idet sundhed som bekendt i 2007 blev en opgave for kommunerne og derfor har sin relevans. Derfor fokuseres på de kommunale handleplaner, hvor der tages udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens (2011) udgivelse: ”*Social ulighed i sundhed - Hvad kan kommunen gøre?*”, idet Sundhedsstyrelsen er den toneangivende aktør i forhold til sundhed og forebyggende indsatser i samfundet. Endvidere tages der fat på det kommunale sundhedsudspil ”*Aalborg i front med sundhed. Sundhedspolitik 2012-2014*”. Valget af Aalborg kommune er sket af naturlige årsager, idet det er denne by jeg har min daglige gang og samtidig er det en forholdsvis stor kommune med mange indbyggere både i byerne og på landet, hvorfor den må formodes at have mange udfordringer på det sociale plan.

Jeg er bevidst om at mit arkiv tager udgangspunkt i sundhedsudspil på forskellige samfundsniveauer. Men jeg anser det dog ikke som et problem, da det er kommunerne, som har det overordnede ansvar for sundhed nu. Yderligere er det diskurser generelt, jeg har fokuset på, hvor alt materiale indebærende forebyggelse og indsatser mod social ulighed i sundhed er relevant.

For at skabe det mest pålidelige resultat i forhold til udviklingen af sundhedspolitikken i hele landet, ville det være optimalt at lave diskursanalyse af flere kommunale handleplaner for at se om de alle følger samme udvikling og diskurs. Grundet den tidsmæssige ramme for dette speciale, er det dog ikke muligt at undersøge flere kommunale politikker, men kun at tage et udsnit. Da specialets fokus er at se diskurserne i forhold til om der er en forandring af folkesundhedspolitikken og muligheder for det sociale arbejde, kan det derfor diskuteres, om en komparativ analyse af kommunernes sundhedspolitikker ikke vil flytte fokuset væk fra det oprindelige mål.

2.3 Litteraturvandring

I det følgende ønsker jeg at synliggøre, hvilket forskelligt primær og sekundær litteratur, der er fundet på baggrund af bloksøgninger og kædesøgninger. Der er søgt på forskellige danske og internationale databaser i den første litteratursøgning for at få overblik over tilgængeligt materiale med relevans i forhold til nærværende speciale. Som generelle nøgleord for specialet er *ulighed i sundhed* og *folkesundhed (public health)*, der dækker bredt over mit emne. I den første søgning, havde jeg fokus på den *negative social arv i sundhed*, hvorved der fremkom forskellige undersøgelser og artikler omhandlende strategier, der kan bryde usund levevis. Dette har fungeret som basiselement i bestræbelsen på at udforske facetterne i den ulighed, der findes i sundhed. Her har jeg arbejdet mig frem til, at der foreligger et problem i den måde, hvormed folkesundhedspolitikken er udmøntet på, da der ikke diskursivt tages højde for alle aspekter i menneskers livsstil i bestræbelsen på at mindske den sociale ulighed i sundhed. Derfor er der søgt på baggrund af begreberne, der fremgår af problemformuleringen, hvor ordene *sundhed*, *styring* og *folkesundhedspolitik* er fremkommet, samt begrebet *governmentality*, der ligger implicit i forhold til styring. Da der ønskes en analyse af hvordan diskursen er inden for dansk kontekst, er der primært søgt på danske databaser som SFI, AUB samt bibliotek.dk, med danske nøgleord. Den eksisterende empiri, der vil blive anvendt i analysen er således fundet på baggrund af min litteratursøgning.

Igennem mine videre søgninger og kædesøgninger af fundne kilder, har jeg fundet frem til relevante teorier. Teoretikerne dækker over Nikolas Rose, hvor ”Livets politik” (2009) og ”Powers of Freedom” (1999), benyttes i forhold til at se på *governmentality* samt styringsmetoderne med baggrund i et biopolitisk perspektiv.

Endvidere er der fundet frem til sociologen Pierre Bourdieu, hvor jeg har valgt at gøre brug af ”*Pierre Bourdieu. En introduktion*” af Prieur og Sestoft (2006), som har samlet essensen fra Bourdieus værker og dermed hans begrebsapparat. Det er forfattere med stort kendskab til Bourdieu, og i kraft af de er tro mod hans tankegang, finder jeg bogen acceptabel og relevant at benytte. Der vil desuden blive suppleret med *Distinktionen* (1995) og *Den Praktiske Sans* (2007) begge af Bourdieu. Her vil begreberne livsstil, habitus og distinktion blive anvendt i forhold til analysen.

En væsentlig artikel, som ikke vil blive behandlet i nærværende speciale, udgør

arbejdsrapport af Verwohlt & Reinbacher (2010) fra Aalborg Universitet, med titlen: ”*Kan vi leve længere, hvis vi problematiserer ansvaret for sundhed på en ny måde?: en undersøgelse af relationen mellem folkesundhedsprogrammer og middellevetid i et komparativt perspektiv*”. Her bliver det vist at det danske folkesundhedsprogram med fokus på individets ansvar, adskiller sig fra det svenske, hvor sundhed anses som et fælles ansvar og staten har derfor et større ansvar i forhold til at gøre det sunde valg nemt. Herfra er der foretaget kædesøgninger, hvor der er fundet udgivet litteratur fra Signild Vallgård, som beskæftiger sig med folkesundhed på KU. Blandt disse var ”*Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes*” (2008), som på baggrund af min problemformulering findes anvendelig som et fundament for min analyse, idet den udfolder et sæt begreber og to forskellige forståelser på ulighed i sundhed. Grundelementerne fra artiklen vil blive præsenteret i næste afsnit, da de medvirker til meningsdannelse af diskurserne i folkesundhedspolitikkerne.

2.3.1 Social inequality in health: Dichotomy or gradient?

I det følgende præsenteres Vallgårdas artikel, hvilken optegner et billede af to forskellige måder at iagttage social ulighed i sundhed, med hver deres konsekvenser.

Vallgård ser udviklingen af sundhedspolitikker som en diskursiv proces, hvorved hun indtager en diskursanalytisk tilgang med inspiration fra Foucault (Vallgård 2008:71-72). Her vil jeg uddrage det essentielle fra den danske folkesundhedspolitik, som differentierer sig fra andre skandinaviske folkesundhedspolitikker.

Ifølge Vallgård problematiseres den sociale ulighed på forskellig vis, hvilket kommer til udtryk igennem politikken, hvor politikken anses som en måde hvorpå magt udøves, da der foreligger en plan og et normativt formål (ibid.:73). Den måde social ulighed udtrykkes på kan ske på to måder med hver deres konsekvenser. Enten kan ulighed betegnes som problemer, der tilhører en minoritet, hvorfor der dannes en kløft mellem underprivilegerede mennesker og resten af befolkningen. Dette benævnes dikotomi. Omvendt kan social ulighed udtrykkes gennem en gradient (hældningsgrad), som indebærer at sundhed forringes i takt med lavere social klasse eller uddannelsesniveau. Problemet, ulighed i sundhed, vedkommer således hele befolkningen i sundhedspolitikken (ibid.). Når der ligger et dikotomisk syn på uligheden, bliver de underprivilegeredes helbredsmæssige problemer mere tydelige. Omvendt

indikerer et fokus på hele befolkningen i et samfund, at samfundsgrupperne kan have forskelligt helbred, hvorfor de underprivilegeredes helbredsproblemer ses mindre tydelige (ibid.:80).

I Danmark kan der ifølge Vallgård ses en moralsk underklasse diskurs, hvor Vallgård pointerer at *"the Danish plan advocates a dichotomous view of inequality and suggests targeting the behaviour of the disadvantaged (...)"* (ibid.:79). Endvidere kan den danske politik karakteriseres som værende *" (...) residual or pro-poor policy targeting the behaviour of the excluded or marginalized"* (ibid.:77), grundet et fokus på ændring af de underprivilegeredes/ekskluderedes adfærd ud fra en såkaldt ikke-paternalistisk tilgang. Danmark som værende en universalistisk velfærdsstat, ses derfor ikke i folkesundhedspolitikken (ibid.:80). Vallgård betegner dette som en eksklusions diskurs, især fordi interventionerne er forholdsvis snævre i forhold til de svenske og norske sundhedsprogrammer, der både har inkorporeret strukturelle og levevilkårs tiltag foruden de adfærdsmæssige tiltag. Rent teoretisk påpeger Vallgård at den danske folkesundhedspolitik med dets snævre fokus på adfærdsændring, kan blive en *endeløs fortælling*, hvor der med fokus på adfærdsændring ikke forebygges imod at mennesker overhovedet bliver ekskluderede eller underprivilegerede (ibid.:79). I lyset af at Danmark er et lige samfund bygget på den universalistiske velfærdsmodel, ligger der generelt en forståelse af Danmark som værende et egalitært samfund. Denne tanke om lighedsprincippet, påpeger Vallgård, kan være en årsag til den lave grad af fokusering, der har været på mindsning af den sociale ulighed inden for sundhed (ibid.:80).

De forskellige landes folkesundhedsprogrammer har derfor forskellig fokusering på, hvordan ulighed og dermed interventioner bør udmøntes, men nogle lande har faktisk skiftet fokus i forhold til hvordan uligheden bør håndteres. Det påpeges at Norge har ændret deres diskurs af ulighed fra primært at have haft et dikotomisk syn på social ulighed i sundhed til at have hovedvægten på gradienter (ibid.:74). Derfor ses det muligt at bryde dikotomi diskursen og i stedet bevæge sig over til at se den sociale ulighed i sundhed som en gradient.

Kapitel 3: Videnskabsteoretisk position og metode

Min tilgang til undersøgelsen af diskurserne i folkesundhedspolitikkerne i forhold til styring af den sociale ulighed i sundhed, bygger på en diskursanalytisk tilgang. Dette valg fordrer en socialkonstruktionistisk position, da de ontologiske og epistemologiske præmisser er givet i forhold til, hvordan sproget er med til at danne den sociale konstruktion af verden (Jørgensen & Phillips 1999:12). Som metode anvender jeg Norman Faircloughs kritiske diskursanalytiske tilgang, der angiver særlige redskaber for analyse, hvor jeg vil benytte den tre-dimensionelle diskursmodel som udgangspunktet for min analyse. I de følgende afsnit vil det gøres yderligere eksplicit, hvordan mit ontologiske, epistemologiske og metodologiske afsæt vil være igennem specialet samt hvordan kvalitetssikring er mulig inden for den kvalitative tradition.

3.1 Socialkonstruktionisme

Jeg vil først skitsere generelle aspekter inden for den socialkonstruktionistiske måde at anskue verden på og efterfølgende Faircloughs ontologiske afsæt, som til sammen vil danne grundlag for min metateoretiske positionering.

Socialkonstruktionismen er blevet karakteriseret af Vivien Burr som havende fire præmisser, der alle er gældende inden for de socialkonstruktionistiske tilgange. Den første præmis indebærer, at den viden vi har om verden ikke er kendetegnet gennem en objektiv sandhed, hvorfor der er et kritisk syn mod den viden som betragtes som selvfølgeligt. Virkeligheden ses således som et produkt af den måde mennesker kategoriserer verden på (Burr 1995:3). Endvidere vil menneskets viden og syn på verden altid være præget af de historiske og kulturelle indlejringer, hvorfor måderne hvorpå verden forstås er relativistisk. Den sociale verden anses således som konstrueret på baggrund af den diskursive eller sociale handling, hvilket vedligeholder særlige sociale mønstre. Den sociale verden har således ingen stabile essenser eller er determineret af ydre forhold, hvorfor synet er anti-essentialistisk (Burr 1995:4; Jørgensen & Phillips 1999:14). Den tredje præmis indebærer det faktum at viden skabes og opretholdes i sociale processer, hvor sandheder opbygges og der kæmpes om, hvad der betragtes som sandt. Den sidste præmis omhandler de handlinger, som er naturlige, ud fra

en given viden mennesket besidder. Den sociale konstruktion af verdenssynet medhørende viden og sandheder vil derfor få konkrete sociale følger (Burr 1995:5). Jørgensen trækker endvidere på en femte præmis, der omhandler sammenhængen mellem magt og viden. Hvor stor en sammenkobling der er mellem de to er dog til diskussion, men der er konsensus om at viden kan indeholde en form for magt, der kan påvirke mennesket i en særlig retning (Jørgensen 2002:27).

Den ontologiske præmis indebærer at den fysiske verden eksisterer, men at det kun er igennem diskurs at den får betydning. Menneskets adgang til virkeligheden vil derfor altid foregå gennem sproget. Sproget er således med til at skabe den sociale verden, men også sociale identiteter og relationer (Burr 1995; Jørgensen & Phillips 1999:18). Dette indebærer at det ikke er muligt at opnå en endelig eller universel viden, da viden er skabt diskursivt, hvorfor videns produktionen ikke kan være neutral (Jørgensen 2002:222).

Generelt set anses diskurs som et sæt af f.eks. meninger, repræsentationer og erklæringer, der sammen skaber en version af en begivenhed (Burr 1995:48). Sproget er derfor en essentiel del i diskursanalysen, hvilket indebærer langue (sprogets netværk af tegn, hvor betydninger ligger fast) og parole (konkret sprogbrug). Sproget ses struktureret i særlige diskurser og mønstre, hvor betydningerne kan skifte afhængig af diskursen. Endvidere kan diskursive mønstre opretholdes og omformes inden for specifikke diskursive praksisser, hvilket sker konkret i de kontekster, hvor sproget er i spil (Jørgensen og Phillips 1999:21). Det socialkonstruktionistiske syn på sproget oprinder fra strukturalistisk og poststrukturalistisk sprogteori samt en videreudvikling af strukturmarxismen i forhold til opfattelsen af individet, hvor Fairclough trækker på begge aspekter (Jørgensen & Phillips 1999:11,15).

Den kritiske diskursanalyse, som Fairclough står for, kendetegnes ved at den diskursive praksis er i et dialektisk forhold mellem sproget og sociale aspekter (Jørgensen & Phillips 1999:74). Faircloughs ontologiske afsæt er foruden det diskursive, at der eksisterer en social virkelighed, som eksempelvis kulturelle omgangsformer og værdier (Fairclough 2008:10). Fairclough ekspliciterer således at han tager afsæt i en realistisk ontologi, der baserer sig på konkrete sociale begivenheder samt abstrakte sociale strukturer (Fairclough 2003:14). Dette harmonerer godt med mit verdensbillede, da jeg tænker at der findes strukturer i samfundet, der foruden sproget, er med til at konstituere det sociale i vores samfund. Jeg positionerer mig

derfor som moderat socialkonstruktionist, som således indebærer at jeg anser den diskursive praksis indeholdende mere end sprogbrug.

I den kritiske diskursanalyse er det ikke muligt at være politisk neutral, da man netop søger at afsløre den opretholdelse af ulige magtforhold, der er i den diskursive praksis (Jørgensen & Phillips 1999:76). Det er dog ikke muligt at nå en endegyldig sandhed, da man altid vil tale fra en position inden for en diskurs, hvorfor erkendelsen af verden er ikke-essentialistisk. Derfor tales der om at man søger at finde frem til de sandhedseffekter, der skabes inden for diskurserne på baggrund af magtsystemerne (Jørgensen & Phillips 1999:24). Jeg er dermed bevidst om at den viden jeg som følge af analysen opnår ikke er mere sand, end resultater fremkommet via andre metoder. Uddybende angående min tilgang og de konsekvenser min undersøgelse kan frembringe, vil blive udfoldet nærmere under afsnit 3.2.

3.1.1 Refleksioner vedrørende videnskabsteoretisk position

En kritik af socialkonstruktionismen går på at alt bliver relativistisk (Jørgensen 2002:229). Fairclough betragter dog viden og identiteter som relativ fastlåste i konkrete situationer, selvom de i princippet kan betragtes som kontingente. Derfor anses det sociale felt som værende forholdsvis regelmæssig og ordnet, hvorfor kritik af at alt flyder kan afvises (Jørgensen & Phillips 1999:14). Endvidere betragtes det sociale som virkeligt, på trods af det er konstitueret af diskurser, idet den angiver handlemuligheder og skaber virkninger, der ligesom den fysiske omverden, er solide (Jørgensen 2002:226). Virkeligheden konstrueres dog ud fra de betydninger vi tillægger os selv og verden, hvor betydningerne kan forandres, selvom de ofte er træge. Interessen er som sagt i selve diskursen og derfor ikke i at finde ud af, hvad mennesker egentlig mener eller hvad virkeligheden bag diskursen er (Jørgensen 2002:229).

Jørgensen og Phillips påpeger at man i den diskursanalytiske tradition kan forsøge at sætte en parentes om sig selv, således egen viden og meninger ikke kommer til at dominere analysen. Dette er inspireret af den fænomenologiske tilgang (Jørgensen & Phillips 1999:31), hvilken dog udsættes for kritik af bl.a. Gadamer og Habermas som henholdsvis står for den filosofiske hermeneutik og kritiske teori. I disse optikker vil mennesket altid have sin forforståelse og fordomme (kulturelt og historisk) med sig i måden, hvorpå man forstår og

erkender verden (Højberg 2004:322-323;333). Det kan derfor være svært at sætte parentes om sig selv. Den kritiske teori betoner dog, at der i forskningsprocessen må være en kritisk distance for at yde dialogkritik, for at afsløre magtforhold i kommunikationen, således man kommer mod et frigørende potentiale (Højberg 2004:335). Der lægges dog op til et normativt ideal i den kritiske teori, som ikke er udgangspunktet for dette speciale, men grundtanken om at vi er præget af kulturelle indlejring og fordomme og at der søges mod forandring lægger sig op ad den kritiske diskursanalyse. Derved anerkender jeg det kan være svært at undgå at være farvet af den viden jeg bringer med mig samt de diskurser jeg er indlejret i. De redskaber for tekstanalyse som Fairclough giver, vil dog være med til at give distance til teksten.

I kraft af ordvalget i min problemformulering er jeg bevidst om jeg selv har konstrueret en særlig optik. Jeg mener dog at det kan være et fortrin at have et særligt interessefelt for analysen, således jeg kan afgrænse mig og holde fokus i dette speciale.

3.1.2 Kvalitetssikring

I valget af en kvalitativ tilgang er der særlige kriterier, der skal leves op til i ønsket om en valid undersøgelse. I de socialkonstruktionistiske tilgange under kvalitativ forskning ligges der dog afstand til brug af begreberne validitet og reliabilitet som især findes i den kvantitative forskning. Dette fordi der findes talrige fortolkningsmuligheder og fleksible begreber i den kvalitative tilgang (Olsen 2003:88). I stedet kan der i den kvalitative forskning overordnet tages udgangspunkt i begrebet pålidelighed (trustworthiness) som erstatter validitet og reliabilitets begreberne. Ifølge Guba & Lincoln dækker pålidelighedsbegrebet over fire aspekter, nemlig troværdighed, overførbarhed, pålidelighed og bekræftelighed (ibid.:88). Troværdighed skal forstås, som at de fund, der gøres, er forenelige med informantens opfattelser. Overførbarhed er begrebet, som erstatter ekstern validitet, hvorfor der er krav om at de fund, der gøres kan overføres til andre lignende situationer eller kontekster. Pålideligheds aspektet opfyldes når der foreligger en eksplicit beskrivelse af metoden for undersøgelsen. Bekræftelighed omfatter, at der ikke foreligger bias i de fund der er gjort (ibid.:89). Der er således særlige krav i kvalitative forskning, som må være opfyldt for at opnå pålidelighed i forskningsresultaterne og som jeg i nærværende speciale vil

opfylde. Ifølge Jørgensen og Phillips er det således en stringent anvendelse af teori og metode som er med til at danne den videnskabeligt produceret viden i den socialkonstruktionistiske relativisme, for at der kan sikres gennemsigtighed og kohærens (1999: 33,168). Pålidelighed eller validering af undersøgelsens resultater anses således muligt at opnå igennem eksplicite overvejelser og gøre det tydeligt, hvilke konsekvenser mit bidrag kan få i forhold til den diskursive produktion af omverden. I bestræbelsen på at opnå et pålideligt resultat, søger jeg at være så transparent som mulig igennem specialet, ved at redegøre grundigt for mit valg af analysestrategi, som indebærer specifikke redskaber valgt ud fra Faircloughs værktøjskasse.

3.2 Faircloughs kritiske diskursanalyse

Min position som moderat socialkonstruktionist, vil være udgangspunkt i målet om at undersøge de diskurser, der er i folkesundhedspolitikken i forhold til styringen af den sociale ulighed i sundhed, hvorfor analysen både vil trække på diskursive som sociologiske teorier. Faircloughs kritiske diskursanalytisk tilgang er valgt, da den er i tråd med min videnskabsteoretiske position og giver en vifte af værktøjer til analyse. Hovedbegreberne Fairclough benytter er: diskurs, diskursiv begivenhed, tekst, diskursiv praksis, interdiskursivitet, diskurstype, diskursorden og social praksis, hvilke vil blive udfoldet i nedenstående.

Den kritiske diskursanalyse betragtes både som en teori og metode, hvor det er muligt frit at lade sig inspirere af Faircloughs forskellige redskaber og kombinere med en anden overordnet ramme (Fairclough 2008:7). Jeg har udvalgt specifikke dele af Faircloughs metodiske tilgang, som jeg finder nødvendigt for mit speciale, med vægt på Faircloughs tredimensionelle model og dens væsentligste præmisser.

Metoderne gør sig, ifølge Fairclough, gældende inden for ethvert socialt problem, der har et diskursivt aspekt. Målet er at afsløre problemet med lingvistske midler, hvor dette kan skabe mulighed for mere demokrati, lighed og frigørelse (Fairclough 2008:14). Fairclough karakteriserer sin kritiske sociale forskning, som noget der søger at reagere på de problemer, der er i nutiden. Hans fokus er primært på 'ny kapitalisme' og 'neo-liberalisme' som de overordnede ideologier, der styrer diskursen. Disse ideologier påvirker mennesker ved at skabe vindere og tabere, hvorfor der stiles mod at forbedre menneskelige betingelser gennem forskellige tiltag (Fairclough 2003:203).

Analysens forskellige faser består i Faircloughs tankegang som en arbejdsplan i fem trin. Her ses problemformulering, valg af materiale, transskription, analyse og resultater, hvor der vil være størst fokus på den tredimensionelle model i selve analysefasen (Fairclough 1992:kap 8). Valg af materiale tager udgangspunkt i problemformuleringens fokus, i forhold til det, som anses som relevant inden for det sociale domæne, der ønskes belyst (ibid.), hvilket omfatter mit arkiv af folkesundhedsprogrammerne fra 2002-2012. Transskription vil dog ikke gøre sig gældende i nærværende speciale, da der ikke laves interview eller samtaler, som skal

transskriberes. Analysen vil som sagt tage afsæt i den tredimensionelle model, mod en analyse af tekst, den diskursive praksis og den sociale praksis (Jørgensen & Phillips 1999:93). Resultater indebærer etiske spørgsmål i forhold til, hvordan resultaterne bruges i det offentlige rum, hvor de gerne skal fremme frisindede diskurser eller gøre mennesker mere bevidste om de ulige magtrelationer og rammerne der begrænser sprogbrug, kaldet *kritisk sprogbevidsthed* (Jørgensen & Phillips 1999:100). Resultaterne for analysen er som sagt kvalitative og da det ikke er muligt at finde en objektiv sandhed, kan resultaterne betragtes som kontingente. Der søges dog i mod opfyldelse af pålidelighedskravene, hvor resultaterne kan give tanke til refleksion vedrørende de diskurser, der er i folkesundhedsprogrammerne i forhold til at mindske den social ulighed i sundhed eller fremme bevidstheden om ulige magtforhold.

3.2.1 Diskurs

I de følgende afsnit vil Faircloughs forskellige begreber blive konceptualiseret for at tydeliggøre min analytiske metode.

Diskurs er et væsentligt begreb, hvilket Fairclough betragter som mundtlig eller skriftlig sprogbrug, hvor sprogbrug er en form for social praksis (Fairclough 2008:15-17). Diskurs må derfor betragtes som en måde at agere i forhold til verden og hinanden. Diskurs er omvendt også socialt konstituerende, i kraft af det er en praksis, som giver verden betydning. Diskurs bidrager således til at konstruere sociale identiteter, sociale relationer og viden- og betydningsystemer (Fairclough 2008:17-18).

Endvidere er der et dialektisk forhold mellem diskurs og sociale strukturer, hvorfor de er en forudsætning for hinanden. Diskursen vil være præget af de sociale strukturer, hvilket sker på alle niveauer, hvor diskursen kan formes og begrænses af relationer, der eksisterer indenfor specifikke institutioner, klassifikationssystemer, forskellige normer og konventioner samt sociale relationer på samfundsniveau (Fairclough 2008:17).

3.2.2 Ideologi og hegemoni

Ifølge Fairclough er hegemoni begrebet en ramme, hvorunder det er muligt at ”konceptualisere og undersøge politiske og ideologiske dimensioner af diskursiv praksis”

(Fairclough 2008:22). Hegemoni er en magt inden for økonomiske, politiske, kulturelle og ideologiske domæner, hvorfor det kan sammenlignes med dominans. Det kan ses som en kamp mellem økonomisk definerede klasser og de sociale kræfter, der er i samfundet, hvor det drejer sig om at skabe alliancer og integrere underordnede klasser (Fairclough 2008:52). Den hegemoniske kamp, der foregår kan ses på baggrund af forskellige artikulationers muligheder (Fairclough 2008:53). Særlige diskurser indenfor specifikke domæner har egne betingelser for, hvad som er passende, da der ses diskursive koder og normer, som gøres betydningsfuldt i diskursive begivenheder (Fairclough 2008:22). De forskellige diskurser er derfor afgrænsede størrelser afhængigt af hvilket rum eller ramme man befinder sig i, hvor modsætninger mellem de forskellige domæner, kan resultere i kampe i forhold til at definere grænserne (Fairclough 2008:24-25). Dette leder videre til diskursorden, der kort defineres som: ”*summen af diskursive praksisser i en institution og relationerne imellem dem*” (Fairclough 2008:155).

Hos Fairclough er magt og ideologi centralt, men han betragter ikke magt som produktiv, som det ses hos den kritiske diskursanalytiker Foucault. ”*Hos Fairclough er diskurser ideologiske, hvis de bidrager til at opretholde dominansrelationer (...), og som sådan skal de bekæmpes med modmagt – moddiskurser*” (Fairclough 2008:13). Fairclough læner sig således op ad Habermas' konfliktprægede syn på staten og markedet, hvor magten ses som undertrykkende, medmindre den kan gavne 'de svage' (ibid.). Diskurs skal i Faircloughs optik forstås som en politisk og ideologisk praksis, hvor diskursen er med til at reproducere og omforme viden, magtrelation og identiteter (Jørgensen & Phillips 1999:77). Diskursive praksisser er med til at forme sociale strukturer, som politikken, men omvendt kan de diskursive praksisser blive påvirket af de kræfter der hersker i samfundet, som eksempelvis det politiske systems struktur (ibid.:74-75). Dette bliver af Fairclough betragtet som *ideologiske effekter*, hvor der er fokus på at afsløre den rolle som de diskursive praksisser har i forhold til at reproducere ulige magtforhold. Således søges der mod social forandring ved at magtforholdet i kommunikationsprocesserne og i samfundet bliver mere lige, hvor man stiller sig på de undertryktes side i kampen mod frigørelse og mere lige magtforhold (ibid.:75-76).

3.2.2.1 Diskursorden

De forskellige elementer, der kan arbejdes med i tekstanalyse er ifølge Fairclough genrer, stilarter og diskurser, hvor disse identificeres i sprogbruget. Her er fokus på særlige dominerende (nøgle)ord, diversiteten som omfatter, hvem der ikke har adgang til de dominerende diskurser samt om de dominerende diskurser koloniserer nye domæner (Fairclough 2008:26,103-104). Her påpeger Fairclough at begrebet diskurstype kan anvendes som samlet begreb for genrer, stilarter og diskurser (Fairclough 1992). Derfor vil jeg beskæftige mig med det samlede antal diskurstyper inden for det sociale domæne omhandlende folkesundhed.

Diskursorden, som det konkrete sprogbrug er en del af, henviser til at ”(...) *en kommunikativ begivenhed former og formes af den bredere sociale praksis gennem dens forhold til diskursordnen*” (Jørgensen & Phillips 1999:83). Derfor henvises der til at diskursorden og kommunikative begivenheder har et dialektisk forhold, hvor diskursordenen bygger på den mængde af diskurser og genrer, der bruges indenfor et særlig socialt domæne eller institution (Jørgensen & Phillips 1999:83). Reartikulering af diskursordner sker derfor igennem kampe mellem lokale diskursordner og samfundsmæssige diskursordner (Fairclough 2008:24-25). I den kritiske diskursanalyse anses subjekter ikke kun som skabt af diskurser, da der ses bevægelsesfrihed for individet, hvor individer både er hersker over sproget men også dets slave. Individer er således selv medskabende af nye hybriddiskurser på baggrund af nye kreative sammensætninger af ord, hvorfor diskursordner kan omstruktureres med tiden (Jørgensen & Phillips 1999:27).

Fairclough påpeger at der findes nogle overordnede tendenser af diskurs, som er mulige at se transnationalt, hvilket drejer sig om demokratisering, teknologisering og varegørelse⁵. Demokratisering omhandler lighed mellem forskelligt sprogbrug. Varegørelse handler om at sociale domæner er blevet organiseret inden for vare- og salgsproduktionens betingelser, hvor mennesker bliver omtalt med termer, der anvendes til produktionen af varer. Teknologisering omhandler det faktum, at der er kommet mere kontrol inden for flere områder af menneskers liv, hvor Fairclough med inspiration fra Habermas udtaler at stats- og økonomi systemerne har koloniseret livsverden (Fairclough 2008:63-82).

⁵ Ordet varegørelse er oversat fra commodification og indebærer i Faircloughs optik et kommercielt markedsaspekt (Fairclough 2008:63).

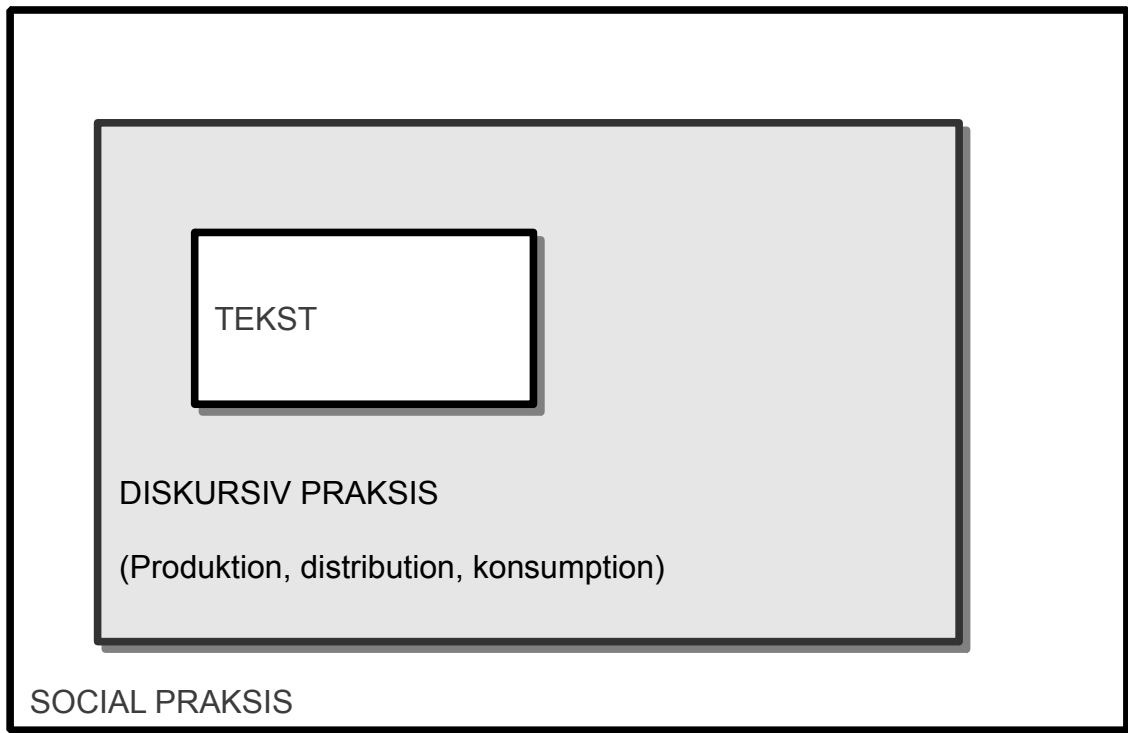
3.2.3 Den tre-dimensionelle model

Sprogbrug indebærer altid en kommunikativ begivenhed, hvilken deles op i en tekst, diskursiv praksis samt social praksis. Her ses således på sprogbruget, mens et andet vigtigt analyse aspekt som sagt er diskursorden (Jørgensen og Phillips 1999:79-80).

Faircloughs diskursanalyse er en kobling af tre traditioner, hvor tekstanalyse er koblet med social analyse, som dog skal forsøges adskilt rent analytisk. Der er her tale om den

*lingvistikkens tradition for tæt sprog- og tekstanalyse, den makrosociologiske tradition for at analysere social praksis i sammenhæng med sociale strukturer og den fortolkende eller mikrosociologiske tradition, hvor man ser social praksis som noget, folk aktivt producerer og tilskriver mening på basis af fælles common sense-procedurer*⁶(Fairclough 2008:28).

Diskursanalysen er dermed sammensat af tre dimensioner, hvor nedenstående figur illustrer dimensionernes forbundethed:



Figur 2: Faircloughs tredimensionelle diskursmodel (Fairclough 2008:29).

⁶ Common-sense indebærer bredt funderede fælles forestillinger, hvilket er essentialistisk på den måde de har deres egen særlige substans, som kan forklare handlemåder (Burr 1995:19).

Fairclough henviser dog til at analyse af tekst, den diskursive praksis og den sociale praksis er aspekter der kan overlape hinanden (Fairclough 2008:28-29). For at gøre metodevalget overskueligt, har jeg valgt at dele de tre aspekter op i nærværende afsnit, velvidende om at de tre dimensioner er tæt forbundet.

3.2.3.1 Tekstanalyse

Tekstanalyse kan inddeles under fire afsnit; *ordvalg/vokabular*, *grammatik*, *kohæsion* samt *tekststruktur*, hvilke, foruden de tre overskrifter for analysen af diskursiv praksis, udgør et analytisk koncept (Fairclough 2008:32). Af de overskrifter jeg finder mest anvendelige for mit projekt til at lave tekstanalyse af folkesundhedsprogrammerne er vokabular, modalitet, transitivitet, metafor samt kohæsion.

Diskurs af **tekst** betegnes udover tale og skriftsprog også som billeder. Når der findes tekst med billeder, fokuseres på egenskaber ved den visuelle semiotik og sammenhængen mellem sprog og billede (Jørgensen & Phillips 1999:73). Ved eventuelle fundne billeder i empiri materialet vil disse således analyseres på lige fod med teksten for at være tro mod denne tilgang.

I en tekst analyse undersøges ord eller tekstsekvenser på baggrund af spørgsmål omhandlende form og mening. Derfor vil tegnene (ord eller tekstsekvenser) analyseres, da disse består af mening i sammenhæng med form, hvorfor ordvalg, grammatik og anden form for sproglig organisering har betydning (Fairclough 2008:30). Tekster er ofte åbne overfor mange forskellige fortolkninger fordi tekster ofte er skabt på baggrund af tidligere diskursiv praksis, hvor der kan have været forskellige indlejrede betydninger. Som fortolker, er det muligt at distancere sig for den ambivalens, der kan ligge, ved at tillægge teksten en særlig mening (Fairclough 2008:31). I kraft af mit undersøgelses fokus vil jeg have en særlig optik for analysen, hvorved jeg har mulighed for at komme uden om denne ambivalens.

Vokabular betyder i snæver forstand ordforråd, men Fairclough benytter sig i stedet af den mere udvidede form, som han betegner med begreberne, **ordvalg** og **betydningsfastlæggelse**. Dette er nødvendigt, da der findes flere forskellige dækkende vokabularer, som korresponderer med diverse domæner, institutioner, praksisser og værdier. Verden får derfor en forskellig betydning afhængig af, hvilken epoke, sted eller hvilke grupper af mennesker

som man omgiver sig med (Fairclough 2008:33). Der kan også være fokus på alternative ordvalg med dertilhørende politiske og ideologiske betydning til, hvordan emner reformuleres som et led i en politisk kamp (Fairclough 2008:34). Indenfor specialets kontekst kan det dreje sig om ordvalget 'livsstil' der forstås snævert som adfærd i stedet for den bredere forståelse som eksempelvis 'livsform'. Fokus vil være på ordvalg og ideologiske betydninger, men vil også være opmærksom på eventuelle metaforer.

Metaforer betragter Fairclough som ord, der er blevet udvidet til mere end den mening som ordene egentlig har været tillagt, hvorfor metaforer kan svinge mellem diskurser. Det betones dog at det er kombinationen af metaforer, som bestemmer den ledende diskurs og dermed adskiller diskurserne fra hinanden (Fairclough 2003:131-132).

Modalitet er en metode, hvor der ses på hvorvidt producenten tilslutter sig sit udsagn, hvilket inkluderer **affinitet**, som dækker over graden af tilslutning til den fremførte sætning. Modalitet kan således betragtes som *måden* viden bliver fremført på og dermed, hvor stor styrke af sikkerhed der ligger i særlige udsagn. Eksempelvis vil en producent, der bruger ord som 'lidt' og 'ligesom' have lav affinitet, mens udsagn med stor affinitet indebærer at viden fremlægges som sand og indiskutabel (Jørgensen & Phillips 1999:95-96). Ord med stor affinitet er verber som eksempelvis at 'ville' og 'skulle' og adverbier som 'sikkert'. Endvidere kan udsagn (bioord, tillægsord) udtrykke ønskværdighed eller ikke-ønskelighed (godt eller dårligt) og derfor anses udtrykkende som værende evaluerende (Fairclough 2003:168,172). Modalitet må derfor ses som væsentlig at have med i analysen af folkesundhedsprogrammerne for at vurdere styrken af udsagn samt mønstrene heri. Jeg vil dog pointere, at der kun er taget nogle få elementer fra Faircloughs lingvistiske analyse i forhold til de mange værktøjer Fairclough giver for dette (Fairclough 2003:kap 5+6). Valget er truffet på baggrund af at nærværende opgave ikke ligger op til dybdegående lingvistisk tekstanalyse.

Transitivitet er et yderligere aspekt i tekstanalysen, hvilket angiver den måde begivenheder og processer bliver forbundet med subjekter og objekter (Jørgensen & Phillips 1999:95). Der er således vægt på om sociale aktører eller begivenheder bliver præsenteret konkret eller abstrakt og hvorvidt sociale aktører bliver inkluderet eller ekskluderet, beskrevet med navneord eller med stedord. Endvidere omfatter det, hvordan de sociale aktører bliver

navngivet eller klassificeret i en kategori (Fairclough 2003:139,145-146). Heri bruger Fairclough begrebet nominalisering (Nominalization) som et udtryk for at termer er blevet til en abstrakt enhed i stedet for en proces, hvori sociale agenter indgår. Derved bliver aktører udelukket (ibid.:12-13,220).

Kohæsion implicerer, hvordan sætninger kædes sammen til længere tekstfrekvenser med brug af gentagne ord, synonyme og ved brug af bindeord, der knyttes sammen til noget meningsfuldt. Den argumentative struktur af en tekst forbindes med diskurstypen, hvorfor variationer i strukturen vil indikere skift af diskurs (Fairclough 2008:34,42). Med dette redskab, vil jeg derfor se om der kan være skifte i måden sætningerne struktureres på.

3.2.3.2 Diskursiv praksis

I analysen af den diskursive praksis, ses der foruden de tekstanalytiske redskaber tre hovedelementer, hvilke er *intertekstualitet (interdiskursivitet)*, *teksters kohærens* og *intertekstuelle kæder*, hvilke Fairclough påpeger udgør henholdsvis tekstens produktion, konsumtion og distribution (Fairclough 1992:232). Her vil jeg have størst vægt på arkivets intertekstualitet, men er bevidst om at begreberne er indvævet i hinanden.

Diskursiv praksis er en særlig form af social praksis og har relation mellem den sociale praksis (den sociale virkelighed) og tekst (den konkrete kommunikative begivenhed), hvor der ses gensidig påvirkning (Jørgensen & Phillips 1999:82). Analyse af den diskursive praksis beskriver Fairclough således: "*Analyse af en specifik diskurs som et stykke diskursiv praksis fokuserer på processer som tekstproduktion, distribution og konsumtion*" (Fairclough 2008:27). Disse processer betragtes som sociale, hvor diskursen generes indenfor særlige økonomiske, politiske og institutionelle rammer. Det er således vigtigt at have fokus på hvilke elementer af diskursordner "(...) *der trækkes på – og hvordan – i produktionen og fortolkningen af mening og betydning*" (Fairclough 2008:27) for at vurdere om den diskursive praksis reproducerer eller forandrer diskursordnen (ibid.:53). Diskursiv praksis bidrager således både til at reproducere samfundet, når talemønstrene i de sociale identiteter og relationer er konsistente, men er også med til at forandre samfundet i forhold til den måde, der tales på i forskellige rum (ibid.:19).

Intertekstualitet er et begreb i diskursanalysen, der indebærer det faktum at alle

kommunikative begivenheder har sin rod i tidligere begivenheder, hvorfor det ikke er muligt at anvende ord, der ikke før har været benyttet (Jørgensen & Phillips 1999:84). En tekst ses derfor værende bundet sammen i en såkaldt intertekstuel kæde, hvor enhver tekst vil trække på elementer fra forskellige diskurser fra andre tekster. Herved ses en reproduktion af diskurser, men det er også muligt at forandre enkle diskurser ved at sammenføje elementer fra andre typer af diskurser (Jørgensen & Phillips 1999:15,84;Fairclough 2008:27).

Fairclough anser denne intertekstualitet eller rettere **interdiskursivitet** som en måde det er muligt at skabe forandring, hvis der trækkes på de eksisterende diskurser på nye kreative måder. Dog er mulighederne for forandring begrænset af magtrelationerne, hvorfor der både kan ses stabilitet og ustabilitet i det intertekstuelle (Jørgensen & Phillips 1999:85). Det intertekstuelle omfatter derfor tekstens sammensætning af forskellige diskurser og genrer (Fairclough 2008:154). I nærværende speciale vil det således dreje sig om sprogbruget i folkesundhedspolitikken samt hvilken orden af diskurser der dukker op i det politiske manifest. Der vil således være fokus på, om der trækkes på samme diskurser i de folkesundhedsprogrammer, der udgør mit arkiv, i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed.

3.2.3.3 Social praksis

Den **sociale praksis** er karakteriseret gennem sociale elementer (som eksempelvis handlinger, subjekter, objekter, sted, værdier og diskurs) medhørende en relativ stabil form for aktivitet. Praksisser er derfor særlige måder at kontrollere på. Den sociale praksis kan karakteriseres som forbindelsen mellem social struktur og sociale begivenheder (Fairclough 2003:23,25,205). Social struktur betegner Fairclough som de sociale relationer i samfundet og særlige institutioner, hvilke har elementer af diskursiv og ikke-diskursiv karakter (Fairclough 2008:27). Da social praksis indeholder ikke-diskursive elementer, er det nødvendigt med sociologisk teori udover diskursanalysen (Jørgensen & Phillips 1999:82). Derfor er det oplagt at benytte særlige teorier, der netop kan understøtte de ikke-diskursive og lingvistiske elementer i empirien, hvor der vil blive gjort brug af sociologerne Rose og Bourdieu. De sociologiske teorier vil således både have fokus på samfundets struktur men også de sociale relationer i et mikro- og makroperspektiv.

3.2.4 Refleksioner over kritisk diskursanalyse

Nærværende speciale vil således have et kritisk diskursanalytisk fokus med anvendelse af tekstanalyse og fokus på diskursordner i mit arkiv. Jeg er bevidst om at hele arkivet ikke kan analyseres lige grundigt og derfor vil der i analyse afsnittet, kun medtages centrale dele fra teksten, som omhandler styringen af social ulighed i sundhed og det sociale arbejdes muligheder i praksis. Yderligere vil der være det underliggende fokus på, hvordan den såkaldte underklasse kategoriseres inden for diskurserne. Da jeg har udvalgt noget som centralt i analysen af mit arkiv, vil der for den resterende del kun blive givet et diskursivt indtryk af teksterne.

Ved en analyse strategi er der truffet valg, hvilket vil have konsekvenser for det som fremkommer. Anden valgt analysestrategi vil således have andre konsekvenser for det fremkomne (Andersen 1999:14). Jeg har trukket de analytiske redskaber for kritisk diskursanalyse frem, som findes mest anvendelige til analyse af de danske folkesundhedsprogrammer. Men er bevidst om, at der ved brug af andre redskaber eller diskursanalytisk tilgang kan fremkomme et resultat, der kan variere fra mit. Derfor vil jeg kort skitsere mine valg og fravalg med udgangspunkt i to andre diskursanalytiske tilgange.

Fairclough minder på flere områder om Foucault i synet på diskurs (Jørgensen & Phillips 1999:29). Men hvor Foucault ser magt som en produktiv faktor (Andersen 1999:32) ser Fairclough den som ideologisk og undertrykkende, hvilket er en del af min optik og derfor er Foucault fravalgt. Endvidere findes diskursanalytikeren Ernesto Laclau, som har hegemonibegrebet centralt, hvorved det kan ses som en politisk teori. Laclau har dog ikke lagt vægt på værktøjer til analyse (Andersen 1999:87-88,90) og endvidere betegner Laclau diskurs som dynamisk, i forhold til at konstruere verden, idet betydninger ikke kan fastlåses (Jørgensen & Phillips 1999:15). Mit udgangspunkt er dog et andet, da der i kraft af min forhåndsviden fra problemfeltet ses en forholdsvis fikseret diskurs i forhold til, hvordan folkesundhedspolitikken skal udmøntes, hvorfor strukturerne også ses som medskabende for diskursen. Det er årsagen til Fairclough operer med to sæt analytiske redskaber for at analysere henholdsvis de sociale og sproglige praksisser (Jørgensen & Phillips 1999:46). I den kritiske diskursanalyse søger Fairclough at komme uden om ideologien, ved at skelne mellem diskurser der er ideologiske og diskurser der ikke indeholder ideologi (Jørgensen &

Phillips 1999:28). Det indebærer dog et problem, i forhold til at mennesker har svært ved at være tilstrækkelig fremmedgjort fra den diskursive konstruktion af verden (ibid.:32). Derfor er jeg bevidst om det kan være svært at skelne mellem ideologi og ikke-ideologi i analysen af mit arkiv. Endvidere betoner Jørgensen og Phillips at det kan være muligt at komme fri af ideologien gennem analyser af et bredere tekst repertoire i forhold til at se på de forskellige transformationer og reproduktioner, der finder sted i diskurserne (1999:101-102) Da jeg er underlagt en tidsramme, vil det ikke være muligt at udfolde alle de diskurser fra forskellige producenter, der eksisterer vedrørende indsatser for den social ulighed.

Kapitel 4: Teoretisk position

Som følge af specialets fokus og med Faircloughs henvisning til, at der i den kritiske diskursanalyse må trækkes på sociologiske perspektiver i analysen af den sociale praksis, vil nærværende afsnit udfolde relevante sociologiske teorier.

I første teoretiske bidrag fremlægges de begreber i Bourdieus praksisteori, der har relevans, hvilket indbefatter begreberne habitus, livsstil, klasse, kapital, distinktionen og symbolsk vold. Begreberne kan give en forståelse af indlejrede sociale forhold, hvor det bør pointeres at alle Bourdieus begreber betegnes som relationelle (Prieur & Sestoft 2006:121). Endvidere præsenteres governmentality perspektivet med baggrund i teoretikeren Nikolas Rose og med Mitchell Deans definition af governmentality i afsnit 7.2. Governmentality inddrages i analysen, med fokus på, hvordan styring af befolkningen i vestlige demokratier udmønter sig, hvor den benyttes i relation med folkesundhedspolitikken. Her vil begreberne selvansvarliggørelse, biomagt og biologiske medborgere være centrale begreber, hvilke vil blive anvendt som teoretiske elementer under analysen af den sociale praksis.

4.1 Bourdieus begrebsapparat

Pierre Bourdieu (1930-2002) er filosof og sociolog. Bourdieu kan betragtes som konstruktionistisk, da han anså den sociale verden som socialt og historisk konstrueret, hvor han samtidig har medtænkt objektive strukturer (Prieur & Sestoft 2006:7-20). Da han kan betegnes som strukturalistisk konstruktionist, mener jeg at denne tilgang harmonerer godt til min videnskabsteoretiske position inden for den kritiske diskursanalyse, som jo både trækker på verden som social konstrueret men også at der findes sociale strukturer, der kan påvirke diskursen. Et yderligere argument for brugen af Bourdieus begrebsapparat ligger i, at Fairclough selv pointerer at Bourdieus sociologiske teori forstærker kritisk diskursanalyse (2003:203-204).

Selvom Bourdieus empirisk funderede teori om distinktionen er lavet i fransk kontekst, mener han dog at det er muligt at finde ” (...) *den samme strukturering af den sociale verden i en anden tidsmæssig og geografisk kontekst*” (Ibid,;119). Det samme må antages at være gældende for hele Bourdieus begrebsapparatet, hvorfor det stadig vil være aktuelt.

4.1.1 Habitus

Som et teoretisk fundament for at forstå menneskers forskellige livsstil tages udgangspunkt i Bourdieus begrebsapparat, hvor habitusbegrebet er et vigtigt begreb i forståelsen heraf. Habitus betragtes kort fortalt som de tillærte skemaer mennesket har, som sætter dem i stand til at handle på særlige måder. Uddybende betegner Bourdieu habitus som ”*et socialt konstitueret system af strukturerede og strukturerende holdninger, der er tilegnet i en praksis og konstant er orienteret mod praktiske mål*” (Prieur & Sestoft 2006:39). Habitus er endvidere en socialiseret krop og en krop, som har inkorporeret sig de omgivende strukturer, hvorfor de ydre strukturer er blevet til indre strukturer (mentale skemaer) af, hvordan verden perciperes og inddeles. Dermed betragtes habitus som i et spændingsfelt mellem objektiviteten og subjektiviteten. Der er således indlejret særlige dispositioner, som primært er ubevidste, hvor det ligger som et sæt af handlemåder, der kan aktiveres i nye situationer, hvor det er nødvendigt at være bevidst (Prieur & Sestoft 2006.:39 Bourdieu 2007:92-94).

Som Bourdieu påpeger er der en sammenhæng mellem menneskets position i et socialt rum og menneskets dispositioner, medhørende dets livsstil og smag. Mennesker med forskellige positioner vil have forskellige præferencer, som er tilpasset menneskets kapitale ressourcer. Således påpeger han at der er nogle generelle principper for handlen, som bevirker at de sociale karakteristika mennesker har, kan give antydning af, hvordan et menneske vil handle, men at de dog aldrig kan determinere menneskers handlemåder. Yderligere påpeger han at den individuelle habitus kun varierer en smule fra den gruppe eller klassehabitus som mennesket er en del af, hvor gruppens habitusformer vil ligne hinanden (Prieur & Sestoft 2006:40-41). Klassehabitus må forstås som de livsbetingelser som er blevet inkorporeret og som formes og struktureres af objektive betingelser, men samtidig former den også praksisformerne (ibid.:142). Bourdieu henviser til at der ligger en dobbelthed i det faktum at mennesket søger at forstå den verden vi er en del af og at det kun er muligt at indfange verden fra vores ståsted i verden. Således er vores habitus knyttet til en særlig position i verden og dermed til et særligt socialt rum, hvor positionen præger perceptionsmulighederne (ibid.:193). Menneskers habitus er vanligt forholdsvis solidt, men dog er det muligt at ændre habitus til en vis grad, hvilket sker i kraft af nye erfaringer og ændring af livsbetingelser (ibid.:42). En kritik ved Bourdieu er at han fokuserer mere på social reproduktion end på social forandring,

men Bourdieu påpeger at kontinuitet og reproduktion er fænomener, der primært eksisterer i verden. Dermed ikke sagt at mennesket ikke kan flytte position eller at individets habitus og sociale position ikke kan være i konflikt (ibid.:42-43). Endvidere består vores senmoderne samfund af flere forskellige felter, som kræver forskellige habitusformer. Derfor vil mennesket, der bevæger sig i flere typer sociale sammenhænge, have en kompleks habitus, idet de sociale omstændigheder som sagt er med til at forme de indre strukturer, der udgør habitus (ibid.:42,44). Felterne menneskene befinder sig i er centrale for, hvordan habitus tilpasser sig, hvorfor der inden for hvert særlige felt med dets spilleregler, vil udvikle sig en bestemt form for habitus. Felterne er underområder af samfundet, hvortil der kræves specifikke adgangskrav i form af kapitalform samt differentierede positioner, mens der er en kamp om feltets ydre grænser (Prieur & Sestoft 2006:182).

Særlige livsstile kræver ofte en vis økonomisk eller kulturel kapital, hvilket gør at nogle sociale grupper ikke har mulighed for at leve som der ønskes (ibid.:126,145). Bourdieu henviser til at rummet af sociale positioner (sociale og materielle eksistensbetingelser) og livsstilens rum (subjektiv virkelighed) hænger tæt sammen, hvor habitus betegnes som linket mellem disse to rum ”*Habitus bliver således til et sæt af dispositioner (væremåde, holdninger, præferencer), der står i forhold til et sæt af positioner i de sociale fordelingsmønstre (økonomi, uddannelse, køn)*” (ibid.:127). Livsstil er således et bredt begreb, der dækker over de livsbetingelser individer er underlagt i kombination med sine tilbøjeligheder.

4.1.2 Kapital

Kapital begrebet indbefatter flere typer af kapital, som henviser til et menneskes eller gruppes særlig kapacitet og ” (...) *en slags akkumuleret 'social energi', der er blevet til gennem arbejde over tid (socialisering, uddannelse), som er med til at definere forskelle og afstande i det sociale hierarki (dannede over for udannede) (...)*” (Prieur & Sestoft 2006:87). Social og familiemæssig baggrund indebærer således forskellige forudsætninger, hvor det sociale liv er præget af gentagne mønstre der går i arv (Prieur & Sestoft 2006:89).

Grundlæggende findes kulturel, økonomisk og sociale kapital, hvor forskellige grupper vil have forskellig vægt på, hvilken grundkapital form der er den vigtigste (Prieur & Sestoft 2006:128).

Den kulturelle kapital indebærer tre aspekter, nemlig den kropsliggjorte, der omhandler indlejrede handlemåder og præferencer for, hvordan man klæder sig, taler på, vaner, viden med mere. Endvidere findes en institutionaliseret tilstand, der omhandler, hvilke titler man besidder, eksempelvis med baggrund i gennemført uddannelse. Sidst er en objektiveret form, hvilken omfatter bøger eller andre fysiske genstande, som kan udveksles, hvilket tangerer mod den økonomiske kapital (Priour & Sestoft 2006:89-91). Den økonomiske kapital omfatter således lønindkomster og besiddelser af ejendom (ibid.).

Endvidere findes den sociale kapital som er det netværk og forbindelser mennesker har adgang til, og kan udnytte i forhold til at få anseelse ved at tilhøre en bestemt gruppe. Social kapital kræver dog oftest tid og arbejde i mod det at opretholde og udbygge den sociale kapital således, der kan være gensidig respekt og tilhørsfølelse. Ofte vil social kapital også kræve økonomisk og kulturel kapital, men social kapital kan også være en forudsætning for at opnå økonomisk og kulturel kapital. Det er endvidere muligt at finde underformer af de nævnte kapitalformer (Priour & Sestoft 2006:93-94). Jeg ønsker dog kun at benytte kapitalformerne som begreber, der kan understøtte min analyse, da jeg ikke ønsker at undersøge de specifikke kapitalformer som underklassen har til rådighed.

Alt kan principielt omsættes til kapital i sociale sammenhænge, så længe det er muligt at skabe forskelle og omsætte det til anerkendelse og prestige, hvorved det kaldes symbolsk kapital (Priour & Sestoft 2006:94). Bourdieu har som følge af sin empiriske analyse i *La Distinction* fundet frem til at de forhold, der er mellem klasser og klassefraktioner konstant er i bevægelse, idet der er kampe om social anerkendelse imellem de forskellige klassefraktioner. Her ses størst fokus på hierarki inden for den økonomiske og kulturelle kapital (Priour & Sestoft 2006:129). Den sociale position, i det sociale rum, kan således kendetegnes gennem den måde mennesket udtrykker sin livsstil, hvor habitus er med til at klassificere andre klasser end sin egen (Priour & Sestoft 2006:143). I det følgende vil distinktion og symbolsk kapital udfoldes nærmere.

4.1.3 Distinktion

Ifølge Bourdieu findes der forskellige mønstre i livsstil mellem mennesker, hvilket han betegner som *distinktion*. Distinktion har dobbelt betydning i kraft af det kan ses som

forskelle mellem to begreber eller ting, men også ”*det å skille seg ut fra andre på en bestemt måte*” (Bourdieu 1995:11). Her ses der forskel i, hvilke præferencer mennesker har for eksempelvis mad, kunst eller lignende, hvor mennesket der eksempelvis spiser bixsemad godt ved at sushi er det 'fineste' (Prieur & Sestoft 2006:51). Hovedpointen er således at distinktionen betegner den sociale variation, der er i kundskaber på kulturområdet samt i værdier og holdninger, hvor disse forskelle i væremåder svarer til de indbyrdes habitusformer. Bourdieu påpeger det som: ”*Hvordan dispositioner på det kulturelle område hænger sammen med positioner i samfundets system af magtrelationer*” (Prieur & Sestoft 2006:115). Således vil det som betragtes som individuelle valg eller personlig smag, have stærk sammenhæng med den sociale baggrund (ibid.). Yderligere pointeres det, at der til en særlig social samfundsklasse ofte vil være en særlig livsstil, hvilket dog ikke er fuldstændig fastlåst (Bourdieu 1995:18). Enhver livsstil må ses i forhold til andre livsstile og adfærdsformer, hvor den distingverede smag eller præference er en afstandstagen til andre mennesker, hvor der er en kamp mod at påpege forskelle, således det er muligt at holde mennesker på deres plads (Bourdieu 1995:24). Det er dog vigtigt for Bourdieu at pointere at den sociale verden er kompleks, hvorfor det ikke sprogligt er muligt at fremstille verden som enkel og overskuelig (ibid.:119).

Distinktionen lader sig udtrykke igennem uddannelses titler, hvor magt og afhængighedsrelationer mellem mennesker objektivt integreres mellem institutioner. Således bliver titler og socialt definerede stillinger skabt gennem sociale mekanismer og får for sikret deres værdi. Endvidere betoner Bourdieu at loven og dens regler legitimerer distinktionen og dermed den gældende orden eller tilstand af dominansforhold, der er mellem grupperne og klasserne, hvor mekanismerne, der holder magtforholdet ved lige primært er symbolske (Bourdieu 2007:206-207).

Symbolsk vold

Bourdieu bruger begrebet symbolsk vold, der kan oversættes med social dominans, hvor der hersker magt over kategorierne for perception og hvor muligheden for at udøve denne sociale dominans ligger i den symbolske kapital. Symbolsk kapital eksisterer nemlig kun når der er nogle distinktioner i etikette, tøjstil, status eller lignende, som mennesker tilskriver en værdi i kraft af dens egenskab (Prieur & Sestoft 2006:51,64-65). Derved ses der herredømme overfor

den måde mennesker opfatter, inddeler og vurderer verden på, hvorfor dem, som domineres kan nedvurdere sig selv, idet den symbolske vold indlejres i kroppen uden at vi er bevidste om det, når mennesker er i et underlegent forhold (ibid.:192-193). Den symbolske vold har ikke karakter af fysisk tvang eller noget, der er bevidst valgt. Den findes således indlejret i de dispositioner, der er i habitus, hvorfor den ligger som noget skjult for mennesket selv (ibid.:52). Her gør Bourdieu brug af begrebet miskendelse (*méconnaissance*), som tangerer mod begreberne manglende indsigt eller falsk bevidsthed, hvor denne miskendelse primært er på et ubevidst plan (ibid.:192-193). Miskendelse kan derved anses som det at en social gruppe kollektivt fornægter egne livsbetingelser. Den symbolske vold er således med til at få dem, som bliver domineret til at nedvurdere sig selv, på baggrund af de dominerendes magt. De magtfulde og dominerende er således med til at skabe tilstræbelsesværdige kategorier og idealer, som er i de dominerendes interesser. Eksempelvis kan nævnes, hvordan solbrun hud anses som tilstræbelsesværdigt, men at overdreven solbadning udviser manglende viden om de sundhedsskadelige virkninger. Bourdieu påpeger at dette kan lade sig gøre, fordi det er ubevidst og kropsligt socialt formet (ibid.:51-53).

Der ligger således i den Bourdieuske tankegang at erkendelse af de sociale strukturer, der styrer og præger menneskers liv, kan være med til at frigøre dem fra den måde at dominans forhold bliver bekræftet og reproduceret (Priour & Sestoft 2006:52-53). Der skal dog mere til end en forandring af de mentale strukturer, hvorfor der også bør være forandring af de objektive strukturer, da disse er i et dialektisk forhold til de mentale strukturer. At ændre objektive strukturer kræver en udjævning af det magtforhold og socioøkonomiske forskelle der ligger mellem forskellige grupper. Dominansforholdet i form af den symbolske orden er således præget af en dobbelt neutralisering. At noget er neutraliseret betyder at det er blevet selvfølgeligt og dermed doxisk, hvorfor dette ikke er nemt at bryde (ibid.:56-57). Denne institutionalisering af distinktionen er i tråd med inkorporering, hvor noget opfattes som selvfølgeligt. Dette kan ske allerede fra den tidlige barndom, hvor de specifikke adskilte dispositioner godtages som noget selvfølgeligt, hvorfor skelnen imellem dem får sin egen legitimitet (Bourdieu 2007:215). Ifølge Bourdieu er staten ikke kun en ydre autoritet, men også en autoritet der er *i os*, som indlejrede skema, idet vi har inkorporeret de bestemte hierarkier og dominansforhold, som er skabt af staten under skolegang, hvor denne påvirkning ikke bemærkes (Priour & Sestoft 2006:102). Bourdieu opererer desuden med

begrebet *illusio*, hvor der handles ud fra en type af interesse for at opnå en form for symbolsk kapital. *Illusio* betyder således at man er engageret i et spil (ibid.:48), hvor den kan ses som en forudsætning for, at der kan ske accept af de regler som er i spillet og gør det muligt for mennesker at forholde sig til samfundet. *Illusio* er således: ”(...) *en samlet betegnelse for den opfattelse af rammen, der deles med andre, og som gør socialt liv muligt*” (Bourdieu 2007:17).

Symbolsk kapital er ifølge Bourdieu noget, som eksisterer indenfor alle kapital former, hvor mennesker jager denne symbolske kapital i stræben mod anerkendelse, hvilket primært udgør en socialiseret måde at være på og er derfor sjældent bevidst (Prieur & Sestoft 2006:66-67). Prieur og Sestoft lægger vægt på at det moderne samfund, med staten som central rolle, distribuerer symbolsk kapital, grundet deres autoritative tildeling af identiteter og værdighed. Staten kan således igennem forskellige former for myndighedshandling tildele mennesker positioner som kontanthjælpsmodtager, kriminel, lektor eller lignende. Men den øvrige sociale verden er også med til at præge de sociale identiteter på baggrund af stempinger, værdsættelse eller lignende (Prieur & Sestoft 2006:67-68).

Det pointeres af Bourdieu at mennesket er et produkt af en bestemt klasse, hvor habitus vil være tilbøjelig til at frembringe fornuftig adfærd inden for den logik og dermed de rammer, som findes inden for et specifikt felt for ikke at blive negativt sanktioneret (Bourdieu 2007:96). Som en vigtig kommentar til det at opdele mennesker i klasser, ses inddelingen konstrueret som følge af nogle objektive markører, men at finde en *sand* inddeling af klasser er ikke muligt, hvorfor klasser ikke har objektiv eksistens. Derfor er begrebet *klasse* konstrueret på baggrund af materielle goder og kulturelle ressourcer og smag, men derfor kan en gruppe dog have mere til fælles med en anden gruppe i nogle henseender end den klasse de er defineret i (Prieur & Sestoft 2006:134).

Afslutningsvis i dette sociologiske bidrag, er det en væsentlig pointe at klassehabitus, kapital og felt i sammenhæng er med til at udgøre den sociale praksis (ibid.:140).

Kritik af Bourdieu

Bourdieu har udtænkt en praksisteori, der både rummer objektive og subjektivistiske elementer, hvor alle begreber indebærer det dialektiske forhold mellem den kollektive norm

samt individuel handling og personlig præferencer. I en praktisk analyse pointeres det derfor, at det kan være svært ikke at forklare fænomener ud fra enten en strukturalistisk tilgang eller subjektive positioneringer (Bourdieu 2007:10-11). Kritikken er berettiget, men set i lyset af min kritiske diskursanalytiske metode, der bygger på sproglige samt sociale strukturer som konstituerende for den diskursive praksis, kan der være fokus på både på det strukturalistiske og individuelle niveau i den sociale praksis. Jeg er dog bevidst om jeg i varierende grad kan vægte den objektivistiske eller til den subjektivistiske side afhængig af konteksten.

En kritik af valget af Bourdieus begreb *livsstil*, kan anfægtes af Højrup, som i kraft af empirisk analyse har fundet at mennesker har særlige *livsformer*, som adskiller sig på nogle fronter fra begrebet livsstil. Højrup finder tre vigtige livsformer (selvstændigt arbejde uden grænser for fritid, lønarbejder og karriere livsformen), hvilke er forskellige måder at leve på. Her betegnes eksistensbetingelser og struktur som elementer der indvirker på menneskers levevilkår, samtidig med der kigges på boligforhold, arbejde, venne- og familieforhold (Højrup 1989).

4.2 Governmentality

Governmentality analysen vil her udgøre et væsentligt bidrag til at se på, hvad der er dannende for diskurserne i den sociale praksis i henhold til, hvilken styringsmentalitet der ligger bag folkesundhedspolitikken og dermed udgør en magtstruktur. I lyset af governmentality er det dermed muligt at se på hvorvidt det sociale arbejde kan få indflydelse. Sociologen Nikolas Rose beskæftiger sig især med magtens foranderlige teknikker og rationalitet inden for humanvidenskaben. Roses syn på politisk magt og styring er fremkommet med inspiration fra Foucaults hypotese omhandlende governmentality, men giver en mere udvidet analyse af den politiske magt (Rose 1999). Endvidere vil selve governmentality begrebet blive introduceret med brug af Mitchell Dean (2006), hvis arbejde ses som værende i tråd med Roses analyse af vestlige landes governmentality.

Governmentality er en analyse af styring og magtudøvelse, som beskæftiger sig med, hvordan heterogene elementer af ting søges reguleret og hvordan identiteter og aktører skabes (Dean 2006:44,61). En governmentality analyse fjerner det, som er naturaliseret og dermed præsenterer dominansforhold som kontingent og som noget, der kan stilles spørgsmålstejn

ved, hvorfor magt og autoritet ikke kan ses som selvfølgerigt (ibid.:41,83).

Styringen defineres som *conduct of conduct*, hvilket har flere betydninger: *conduct* betyder det at føre eller dirigere ud fra en beregning om, hvordan dette skal foregå. Under den moralske forståelse betyder det selv-ledelse i de forskellige situationer mennesker dagligt står i. Ydermere forstås *conduct* som adfærd, handlinger og optræden, hvilket henviser til selv-regulering, hvor der er opsat særlige normer for hvad god adfærd er og hvad som bør stræbes efter ud fra et særligt normsæt (Dean 2006:43-45). Som en underkategori til *conduct of conduct*, findes selv-styringspraksisser, hvorigennem vi selv styrer vores eget liv, hvilket bl.a. indebærer kostvaner. I tillæg hertil findes særlige praksisregimer i de liberale demokratiske samfund, som bl.a. retter sig mod helbredelse, opretholdelse af sundhed og fattigdomsbekæmpelse (ibid.:47,59).

Governmentality præges af neo-liberalisme, hvilket indebærer en samling af diverse midler og mål i bestræbelsen på at udøve magt medhørende dets teknikker og praksisser for måder at styre på. Frie individer skal dog reguleres inden for civilisationens koder, normer og god orden samtidig med individerne bliver udstyret med selv-ledelses teknikker (Rose 1999:28,69). Styring af frihed er dog et paradoks, da frihed indebærer rettigheden til at gøre det man ønsker, uden nogen magt der holder en tilbage. Liberal styring indebærer dog at staten vil gribe ind for at skabe orden, når individer ikke følger lovene, de selv har sat eller handler amoralsk (ibid.:63). Pastoral magt er et begreb Foucault anvendte som dækker over en magtform, der dækker over velfærdsstatens styring. Det indebærer at hyrden eller pastoren skal våge over hele 'flokken' og samtidig kende til det enkelte individ, for at kunne vejlede, hvilket på dansk kan kaldes for pastoral omsorgsledelse (Dean 2006:19).

Ifølge Rose kan denne ledelse af frihed, ses i lyset af begrebet ”ansvarliggørelses-teknologier” (*technologies of responsabilization*), hvor der ønskes individuel etik for godt helbred uden at krænke menneskers autonomi i stræben mod det offentlige mål om godt helbred og personlig sundhed (Rose 1999:74). Dette indebærer, at eksempelvis læger er med til at skabe en særlig ansvarliggørelse hos individerne, hvor disse eksperter er med til at fortælle individerne, hvordan de bør lede sig selv gennem særlige teknologier for at behandle kroppen godt (ibid.:74-75). Dermed kan der ses, at der er særlige ansvarliggørelses-teknologier, som er med til at forme hvordan mennesket bør leve sit liv.

Samfund i vesten klassificeres ifølge Rose som avanceret liberalisme, hvor: ”*All aspects of*

social behaviour are now reconceptualized along economic lines – as calculative actions undertaken through the universal human faculty of choice” (Rose 1999:141). Handlinger ses således som et aktivt valg, der foretages ud fra prisberegning og nytte kalkulationer, hvor der gøres investeringer af rationelle og foretagsomme individer (ibid.:141-142).

Måden der reguleres på sker igennem den formodning at mennesker gerne vil være sunde og dermed selv søger mod måder, der kan forbedre eget helbred. I tillæg hertil påpeger Rose: ”[t]hrough the transformation of all these institutional presuppositions, modern individuals are not merely 'free to choose', but **obliged to be free**, to understand and enact their lives in terms of choice” (ibid.:87). Individerne skal derfor selv handle på baggrund af den de ønsker at være ud fra valgets logik, hvilket sker på baggrund af de diskurser, værdier og teknikker, som er indlærte gennem forskellige professioner, medierne eller markedet (ibid.:88).

Rose påpeger at mennesker, der ikke lever op til særlige normer, får deres problemer præsenteret på en måde, som gør det rimeligt for eksperter at interferere. Disse borgere kategoriseres som anti-borgere - kulturelt patologiske og med personlige svagheder, som bliver kategoriseret ind i særlige grupper. Rose henviser her til Foucault, der kalder denne form for klassificering for mikro-racisme. Denne praktiseres i liberale samfund for at beskytte sig mod interne trusler (ibid.:47,88).

Der findes derfor særlige strategier i den avanceret liberalisme, der indebærer tvang, hvilket kan blive retfærdiggjort, da de er bygget fra grundelementet *frihed*. Således kan tvang af nogle få være en betingelse mod at sikre frihed for de mange. Individer der udsættes for tvang, bliver formet så de vil acceptere deres friheds forpligtelser (*responsibilities of freedom*) og blive autonome. Statsmagten kan derved retfærdiggøre tvang af de grupper af mennesker som bliver anset som patologiske (Rose 1999:10). Rose pointerer endvidere at de forskellige institutioner i samfundet deltager i at:

(...) identifying pathological men, women and children, classifying and judging them, not only prescribing measures of individual reformation but tracking them out again, through the activities of social workers and others, into a web of social relations which can be made visible and subject to normalizing intervention (ibid.:131).

Grundlæggende kan frihed således ses som værende teknisk, idet der fordres et sæt af

praksisser, anordninger og egne relationer til selvet og til andre, hvor det er gennemtrængt af magtforhold (ibid.:94).

Ifølge Rose er disciplin og biopolitik indlejret i governmentality i de liberale samfund, idet der søges den bedste måde at udøve magt over individuelle og den samlede menneskemængdes selvstyring i målet om sikre det gode i alle mennesker (ibid.:23). Biopolitik eller biomagt vil blive udfoldet i nedenstående afsnit.

4.2.1 Biomagt

Roses sociologiske bidrag om biomagt tager udgangspunkt i forhold, der eksisterer i vesten, som er blevet indlejrede som følge af psykologiske forståelser, teknologier samt praksisformer (Rose 2009:7). Rose argumenter for at nutidens politik handler om ”livet selv”, hvor politikken er: *”(...) optaget af vores voksende evne til at kontrollere, administrere, forme, omforme og modulere selve menneskets livsevner (vitalkapacitet) som levende væsener”* (ibid.:28). Her er styringsteknologierne primært blevet uddelegeret til de forskellige ansvarsområder, der forvalter menneskelig sundhed og reproduktion (Rose 2009:28). Sundhed er ifølge Rose, blevet et centralt mål for livet i mange liberale demokratier, hvor menneskerne er indlejrede i en biomedicinsk diskurs i forhold til, hvordan de oplever sig selv samt hvordan menneskene er bundet til lægevidenskabens ekspertise og andre somatiske eksperter, der i sundhedens optik er med til at forme et liv (ibid.:57).

Rose påpeger, at nutidens biopolitik er formet af mangeartede spor, hvor der dog kan trækkes fem tydelige spor, som har betydning for den medicinske og politiske perception samt praksis. Disse spor læner sig op ad den biomedicinske diskurs, hvor det ene spor giver sig til udtryk ved en molekylarisering, hvor livsmekanismer ses på et molekylært niveau, som noget der bl.a. kan isoleres og manipuleres med. Endvidere ses optimering, hvor livsteknologier er mere end sundhed og sygdom, men søgen mod en optimal tilstand (ibid.:30-31). Det tredje spor omhandler subjektifikation, som indebærer nye forestillinger om, hvad mennesker bør gøre, hvem de er og hvad som der kan håbes på. Dette indbærer begrebet '*biologisk medborgerskab*', hvilket:

(...) omkoder menneskers pligter, rettigheder og forventninger med hensyn til deres sygdomme og også til selve deres liv, omorganiserer relationerne mellem individerne

og deres biomedicinske autoriteter og omfatter de måder, mennesker forholder sig til sig selv på som 'somatiske individer' (Rose 2009:31).

I forlængelse heraf påpeger Rose at fokus er på det fysiske og kropslige, hvorved der er særlige værdier for, hvordan mennesker skal leve deres liv, hvilket han benævner *somatisk etik* (ibid.:31). Det biologiske medborgerskab og den somatiske etik, kan derved ses som sammenkædede og afspejler den form for diskurs, der ses indlejret i dag i forhold til de krav der pålægges befolkningen.

Som et fjerde spor ses den somatiske ekspertise, hvorigennem der udvikles nye former for magt eller måder at styre menneskers adfærd på igennem vejledning og ekspertise. Som det femte aspekt ses livsøkonomier, hvor menneskelige værdier bliver investeret i, i stræben mod kure og optimering, hvorved der ses en bioøkonomi opstået med baggrund i kapitalisering og videnskaben (ibid.:32).

Rose argumenterer overordnet for at menneskeheden er på vej mod en ny somatisk etik, hvilket indbærer forpligtelser for mennesker, der kræver handling i nutiden således, der er håb for fremtiden. Derfor tænker han ikke som andre sociologer, der ellers mener at menneskeheden er på vej mod en ny biologisk og genetisk determinisme (ibid.:33). Dette er en spændende diskussion, der indebærer forskellige synsvinkler, hvor det som konstruktionist er vigtigt at have Roses syn for øje i en verden, hvor der hersker en diskurs, der tenderer til en genetisk determinisme.

Rose argumenter for at vi forholder os til os selv som ”somatisk individer” med kroppen i fokus og bedømmer og lever med baggrund i os selv inden for den biomedicinske diskurs. Derfor ses et fokus på, hvordan der handles og eksperimenteres med kroppen bl.a. med hensyn til motion og kostvaner (Rose 2009:54). Rose påpeger endvidere at der i nutiden kan ses *etopolitik*, hvilket forstås som et ” (...) forsøg på at forme menneskers adfærd ved at handle i forhold til deres følelser, overbevisninger og værdier – kort sagt ved at handle etisk. [...] det autonome individs selvforvaltning kan forbindes med imperativerne for god regeringsførelse” (ibid.:56). Således kan etopolitik forstås som de normative selvteknikker, mennesker bør handle for at gøre sig selv bedre.

De biopolitiske analyser går på at identificere, behandle, styre eller administrere de forskellige grupper eller individer mod at vurdere risikograden for livsegnetheden (Roses

udtryk), hvor der er strategier for risikostyring. Risiko betegner Rose som en families måde at tænke og handle på, der giver særlige sandsynligheder for fremtiden, hvorfor der bør være interventioner i nutiden mod en kontrol af den potentielle fremtid. De forestillinger der kan gøres om fremtiden har primært omhandlet dødelighed og sygelighed, hvorfor der har været fokus på de identificerbare faktorer, der kan styres (ibid.:106). Denne form for risikotænkning og medhørende sundhedspolitik har været gældende i mere end 150 år, dog med fokus på forskellige faktorer, der påvirker sygeligheden og dermed forskellige strategier. Strategierne kan således være med til at identificere højrisikogrupper, hvormed myndighederne har mulighed for at intervenere forebyggende (ibid.:107). Biopolitik må således ses indvævet i magtrelationer, differentierede værdier af forskellige livsformer samt af de individuelle og kollektive forpligtelser, der er over for fremtiden. Biopolitik er således med til at kollektivisere og socialisere, på baggrund af en fælles identitet ud fra en biologisk forståelse (ibid.:56,108,183). De forskellige sundhedsprogrammer tegner et billede af, hvordan borgerens biologiske uddannelse forbliver en national prioritet, da der eksisterer diverse sundhedsforanstaltninger og praksisser, som i nogle tilfælde er uundgåelige. Der er således særlige strategier, der virker ”ovenfra” og som er med til at skabe biologiske borgere, som dog ikke virker for alle borgere (Rose 2009:188,191). De borgere som måtte mangle de selvstyrende evner, kontrolleres gennem to strategier. På den ene side må omstændighederne, der har ført til en såkaldt anti-social adfærd blive reduceret. Endvidere vil man beskytte offentligheden, imod de handlinger individerne foretager sig, hvilket anses som trussel mod den fysiske og mentale sundhed (ibid.:305).

Den aktive biologiske borger er forpligtiget til at leve sit liv på baggrund af kalkulationer og valg, hvorfor denne har pligt til at informere sig selv om særlige prædispositioner og sygdom (ibid.:196-197). Derfor anses borgeren som forpligtet til at justere sin kost, livsstil og vaner, således sygdom kan minimeres og sundhed maksimeres. Endvidere er mennesket forpligtet til at leve ansvarligt i forhold til andre og sit arbejde. Dog kan der være personer, ”*som nægter at identificere sig med dette ansvarlige samfund af biologiske borgere*” (Rose 2009:197), hvilke bliver karakteriseret som problematiske personer (ibid.).

Opsamlingsvis kan siges at mennesket konstant skal forbedre sig selv, overvåge egen sundhed og administrere vores egen risiko, hvorfor mennesker må engagere sig, selv-evaluere og justere adfærd samt livsstil ud fra kroppens krav. Mennesker skal således være fleksible og

være under konstant læring (ibid.:205).

Kritik af Rose

Nikolas Rose har selv pointeret særlige aspekter som kritikere kan karakterisere som svagheder. Han påpeger at der er multiple forbindelser af magt, viden teknikker og moral som er med til at forme, hvordan mennesket styrer sig selv, men han påpeger at han i sin analyse har gjort opmærksom på ideal typerne (Rose 1999:274). At der er polycentriske og heterogene forbindelser af forskellige magtrelationer er ikke at fornægte, men idet Rose som sagt har lavet en gennemgående analyse af governmentality, mener jeg at analysen giver et fuldgyldigt billede af samtiden. Rose har primært lavet sin analyse i de engelsk talende vestlige samfund medhørende en anden type velfærdsstat, hvilket muligvis kan afvige fra dansk styring på nogle områder. Jeg ser dog ikke dette som et problem, da de liberalistiske ideologier overordnet eksisterer i såkaldte frie demokratier i den vestlige verden og Roses analyse må derfor kunne anvendes i dansk kontekst.

Livets politik tager udgangspunkt i en empirisk metodologi, hvor Rose søger at udvikle en form for socialvidenskabelig praksis, hvor begreber kan være med til transformation, idet Rose ønsker at begreberne skal være fleksible inden for teoretiske analyser af samfundsmæssige problemstillinger (Rose 2009:13). Som et teoretisk bidrag kan det være svært at inddrage denne refleksivitet i forhold til udviklingen inden for biopolitikken, da jeg søger mod en forståelse af samtidens biopolitik. Men da begreberne kommer i anvendelse i sammenhæng med diskursive elementer, mener jeg dog at der kan ske en fleksibel anvendelse.

Kapitel 5: Analyse af sundhedspolitikken

I det følgende vil der blive foretaget en diskursiv analyse af de forskellige sundhedspolitikker udgivet i perioden fra 2002 til 2012, hvor der er fokus på styringen i at skabe mere social lighed i sundhed, med et underliggende fokus på italesættelserne af underklassen i arkivet. Der vil blive diskuteret, om der kan spottes et skifte i forskelligartede teknologier, der skal være et led i styringen mod der opnås mere lighed i sundhed samt hvorvidt det sociale arbejde kan få indflydelse i forhold til at afhjælpe det sociale problem.

Der søges en vis kronologi i analysen, hvorfor det statslige udspil ”*sund hele livet*” vil blive analyseret først, dernæst ”*Social ulighed i sundhed - Hvad kan kommunen gøre?*”, som giver en overordnet sundhedspolitisk ramme for kommunerne. Sidst vil Aalborg kommunes sundhedspolitik ”*Aalborg i front med sundhed. Sundhedspolitik 2012-2014*” blive analyseret som en konkret nutidig politisk strategi.

Faircloughs redskaber for tekst- og diskursanalyse vil her sættes i anvendelse. Dette indebærer derfor en analyse af teksten og af den diskursive praksis for hvert sundhedspolitiske program. Efter analysens trin et og to, vil afsnittet om den sociale praksis tage udgangspunkt i de samlede fremkomne diskursordner fra hele arkivet, hvor der inddrages sociologiske perspektiver, der kan tydeliggøre sociale strukturer og relationer. Jeg er bevidst om at inddelingen i tre trin er en konstruktion, da tekst, diskursiv praksis og den sociale praksis er indvævet i hinanden grundet det dialektiske forhold.

5.1 Analyse af tekst og diskursiv praksis

I det følgende vil der blive foretaget en tekst analyse og dernæst diskursiv analyse af de særskilte kommunikative begivenheder. Når der under analyse af diskursiv praksis ses på hvilke diskurser, genrer og stilarter der findes vil disse blive benævnt med begrebet diskurstype.

5.1.1 Tekstanalyse af 'sund hele livet' 2002

Sundhedsprogrammet er udgivet af VK-regeringen, som sad på magten i 2002. For ikke at forvirre læseren i forhold til hvilken regering, der tales om i det efterfølgende, vil jeg referere

til det nationale sundhedsprogram ved at gøre brug af ordet producenten eller titlen 'sund hele livet'.

Folkesundhedsprogrammet fra 2002-2010 indeholder overordnet aspekter, hvilke producenten karakteriserer som den enkeltes, det fælles og offentliges ansvar i målet om at få sundere borgere. Der er her væsentligst fokus på risikofaktorerne KRAM og folkesygdommene, der er mulige at relatere hertil. Teksten er produceret i en tid, hvor der kom større bevidsthed om at midlellevetiden var væsentligt kortere i forhold til de lande vi normalt sammenligner os med, hvor man ønskede at påvirke sundhedsadfærden.

Perspektivet

Producenten skriver at de søger en bredere tilgang til forebyggelsesindsatsen end tidligere, hvor målene er at ”*midlellevetiden skal øges markant, antallet af år med god livskvalitet skal øges [samt] den sociale ulighed i sundhed skal reduceres*”. Her bliver målene skrevet med modalitetshjælpeverbet *skal*, hvorfor der tillægges stor grad af affinitet til at øge levetiden med flere raske mennesker. Ordet *markant* indebærer en særlig markør for at producenten tilslutter sig udsagnet om øget midlellevetid, mens der ikke benyttes samme affektive tillægsord i påstanden om at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det kan derfor antages, at der gives en indikation for, at producenten har større fokus på, at få flere raske mennesker i forhold til de sociale uligheder der eksisterer. Yderligere i forhold til at øge antallet af leveår, retter teksten sit fokus mod underklassen:

Regeringen vil fortsat fastholde perspektivet med lighed i sundhed. Samfundet har et ansvar over for de svageste og udsatte grupper. Regeringen fremhæver derfor i programmet behovet for en special opmærksomhed og indsats i forhold til en række risikogrupper.

Regeringen udtrykker tilslutningskraft til udsigten om lighed i sundhed, hvorved der kan argumenteres for, at de anerkender at der eksisterer social ulighed i sundhed. Der gøres brug af begrebet samfundet som en abstrakt enhed for fællesskaberne. Hermed ses nominalisering i transitivitet i forhold til at aktører gøres til et objekt. Med samfundet forstås i denne kontekst aktørerne inden for det offentlige, private og frivillige arbejde. Regeringen tilslutter sig således udsagnet om at det er *samfundet*, der har ansvar over for nogle kategoriserede grupper

i samfundet, hvilke benævnes de *svageste* og *udsatte grupper* i den ene sætning og herefter under betegnelsen *risikogrupper*. Der bruges en 3. grads bøjning af ordet *svag*, hvormed der ses en definitiv kategorisering, hvilket diskursivt adskiller gruppen fra andre befolkningsgrupper. Heri ligger i sig selv en stempling af disse mennesker og samtidig gøres subjekterne til en samlet masse, der er egnet til interventioner. Det tydeliggøres således i ordvalget, at der er behov for særlig opmærksomhed og indsatser i forhold til nogle specifikke grupper i samfundet, som med mit ordvalg kan karakteriseres som mennesker tilhørende underklassen.

Ansvaret

Overordnet udtrykker producenten at det offentliges ansvar, er at sikre forebyggende ydelser til hele befolkningen, men også for særlige mål- og risikogrupper, hvortil de ønsker at *støtte de svageste*. Ordvalget lægger sig her på befolkningen som en enhed og særlige mål- og risikogrupper på den anden. Dermed kan der med ordvalget ses en ekskludering af mål- og risikogrupperne igennem en opdeling eller snare dikotomisering, med brug af Vallgårdas udtryk. Heri kan der argumenteres for, at producenten har en særlig magt i måden sætningerne fremføres på i forhold til at skabe offerroller, hvor kohæsionen af sætningerne er karakteristiske ved at de gøres korte og skarpe.

I forhold til hjerte-karsygdom ekspliciterer producenten, hvilke personer, der har særlig risiko, hvilket kan høre under en underklasse-diskurs: ”*Særligt udsatte erhvervsgrupper er ufaglærte arbejdere.*” Sætningskonstruktionen er gjort kort og præcis, hvilket særligt tydeliggør den gruppe som producenten fremhæver som havende en særlig risiko, hvor det er KRAM-faktorerne, der primært nævnes som tiltag i forhold til at sænke risikoen for sygdom. Det er en stor gruppe af mennesker med forskellige dispositioner og må formodes at være en meget heterogen gruppe af mennesker som dog i den kommunikative begivenhed samles under en kategori – ufaglærte arbejdere, hvormed gruppen fremstår tydeligt.

I forhold til tiltag, der kan ændre menneskers livsstil ekspliciterer Lars Løkke Rasmussen igennem den kommunikative begivenhed: ”*Det handler bl.a. om at give den enkelte den nødvendige viden og de nødvendige redskaber til egenindsats og egenomsorg [...] Det er nødvendigt med en fælles indsats – med respekt for den enkelte og den enkeltes valg*”. Citatet indikerer hvilken styring der benyttes igennem de særlige nøgleord som *viden* og *redskaber*, i

relation til det *ansvar* borgeren har for sin *egenomsorg*. Der lægges endvidere vægt på *den enkeltes valg* samt *respekt* for individet, hvori der ligger en betydning af at mennesker er autonome individer. Ordet sundhedsadfærd benyttes flere gange i teksten som en faktor, der bredt dækker over, hvordan mennesker handler i forhold til deres individuelle sundhed. Partnerskab er et begreb som producenten gør brug af i forhold til, hvordan der kan sikres *medansvar* for sundheden i de fællesskaber mennesker indgår i i deres dagligdag, hvor der generelt ligger en forståelse i teksten om at formynderi bør undgås.

Der gøres brug af ordet livskvalitet, som bliver mere eller mindre synonym med det at være funktionsduelig eller rask, da det tydeliggøres at folkesygdomme betyder tab af livskvalitet. Følgende citat giver indblik i de ordvalg som er styrende for teksten:

Den enkeltes egen indsats er vigtig for at bevare og forbedre sundheden. Den enkeltes egen indsats afhænger bl.a. af viden og handlekompetence. De bliver skabt i samspil mellem på den ene side den enkelte, familien og det nære netværk og på den anden side den forebyggende indsats og patientrådgivning, -støtte, -rehabilitering m.v., som varetages i store dele af samfundet.

Når det gælder langvarigt og kronisk syge spiller sundheds- og socialvæsenet en særlig rolle. For mange af programmets otte folkesygdomme gør sygdommen det nødvendigt, at patienten lægger sit liv om og ændrer livsstil. Patientens egenomsorg og ansvar for eget helbred er her ofte afgørende for at bevare helbredet bedst muligt og længst muligt. Sundheds- og socialvæsenet indtager en vigtig rolle ved at være med til at skabe rammer og forudsætninger for, at den enkelte kan vælge sundt og leve sundt med sin sygdom.

Ordvalgene falder på *egen indsats*, *egenomsorg*, *viden* og *handlekompetence* og *ændrer livsstil*, der er gennemgående ord for den kommunikative begivenhed. Ved brug af ordvalgene ligger der en betydning af, at individet selv skal tage hånd om det at forblive rask igennem sit niveau af viden om sundhed og handlekompetencer, idet der igennem modaliteten udtrykkes stor affinitet. I forhold til transitiviteten gøres det enkelte individ til subjekt for sin egen *indsats*, hvor indsats i denne kontekst kan forstås som den adfærd individet har eller kan gøre brug af.

Ordet handlekompetence bruges dog kun for denne sætning ellers gøres der i den kommunikative begivenhed brug af ordene *adfærd* og *sundhedsadfærd*. Menneskers viden og adfærd tillægges således en egen indsats i sammenhæng med de nære relationer, hvor det at forebygge forværring af sygdom gøres til en indsats for de forskellige professionelle aktører i sundheds- og socialvæsenet. Med baggrund i Faircloughs begreb transitivitet er social og sundhedsvæsenet gjort til en nominaliseret kategori i stedet for at være sociale aktører. De trækkes dog frem ,som havende en central rolle i forhold til at lære langvarigt og kronisk syge at kunne leve sundere. Der kan her ses sandhedsmodalitet i måden hvorpå sætningen fremføres. Producenten slutter sig således kraftig til påstanden om at mennesker, der er syge skal ændre livsstil, ved tage ansvar for eget helbred i forhold til KRAM faktorerne. Derved italesættes sociale forhold ikke som en måde at reducere den sociale ulighed i sundhed – hverken i forebyggelses eller behandlings øjemed.

Når producenten gør brug af ordet *vi* i forhold til menneskers ansvar, hentyder vi til private relationer, hvorfor politikerne fralægger sig et ansvar. Der kan argumenteres at brug af ordet *vi* i forhold til sætningernes kohæsion, hentyder til at hvert subjekt har et individuelt ansvar for sin levevis og udbredelsen af hensigtsmæssig levevis. Producenten italesætter dog ordene en tværfaglig og tværsektoriel indsats få steder i programmet, men uden at det rigtig får en betydning i lyset af de andre fremtrædende diskurser . Ved ordvalg som *den enkelte*, der anvendes stringent i teksten, gøres subjekter til en isoleret enhed, idet der undgås brug af substantiver, samtidig med at individerne bliver ekskluderet i forhold til transitiviteten.

Målrrettede indsats

Når der tales om risikofaktorer for sygdom tillægger producenten stor affinitet til dette udsagn:

En målrettet indsats i forhold til de vigtigste risikofaktorer kan reducere tidlige dødsfald og tab af livskvalitet. En relevant inddragelse af risikofaktorerne i patientrådgivningen, -støtten og -rehabiliteringen m.v. kan styrke livskvaliteten for patienterne og reducere risikoen for tilbagefald og tidlig død.

Producenten pointerer med sit ordvalg de otte udvalgte risikofaktorer som de *vigtigste* for sygdom, hvormed der er størst fokus på fysiske sygdomsfaktorer. Som konstruktionist kan det

dog diskuteres om der ikke ligger flere vigtige faktorer bag folkesygdommene, som eksempelvis de sociale og psykiske forhold. Producenten bruger modalverbet *kan*, hvorved der er moderat tilslutningskraft til udsagnet om, at dødsfald kan reduceres ved hjælp af indsatser for risikofaktorerne. Producenten påpeger det endvidere som en sandhed, at indsatser i form af *rådgivning* m.v. er vejen man skal gå for at mennesker med uhensigtsmæssige vaner kan opnå flere raske år. Endvidere at det offentlige vedkender sig et ansvar i forhold til at sikre formidling af viden til borgerne, samt at der kan ske tiltag gennem lovgivning, overvågning og udvikling af nye metoder. Producenten vedkender sig et *ansvar* for at skabe rammer for sundhed, selvom det igennem folkesundhedsprogrammet kun nævnes overfladisk, da producenten og dermed politikerne diskursivt ligger ansvaret over på aktører i sundhedssystemet.

I forhold til de otte folkesygdomme der nævnes, betegnes de som ”[...] sygdomme, der har store menneskelige omkostninger, og samtidig koster milliarder for det danske sundheds- og socialvæsen”. Med brug af ordet omkostning, ligges der op til at det er dyrt for mennesket selv at blive syg og kan derved betragtes som en metafor for hvor ringe mennesker med sygdomme har det i forhold til livskvaliteten. Samtidig spilles der på det økonomiske aspekt i forhold til de penge staten bruger på mennesker, hvis sygdomme kunne være undgået eller begrænset.

Producenten af teksten gør endvidere brug af ordet sundhedsprogram for tekstens indhold, hvilket betydningsmæssigt kan lægge op til en bredere forståelse af sundhed, end det at være rask. I teksten bruges dog ofte ordet *forebyggelse*, hvilket ligger op til at der ønskes fravær af sygdom, hvor der kan argumenteres for at sundhed i denne kommunikative begivenhed indebærer den medicinske tankegang om at forblive rask og undgå sygdom/funktionsnedsættelse igennem KRAM.

Overordnet gøres der ofte brug af ordene *livsstil*, *vaner*, *adfærd* samt *adfærdsændring* i forhold til KRAM faktorerne. Termen levekår anvendes kun få steder uden at det italesættes som et politisk problem, der også kræver tiltag. Producenten tilslutter sig således udsagnene om at folkesygdommene primært er adfærdsbetinget, hvorved det antages, at der ligger et ansvar for lære at tage vare på sig selv uanset mængden af kapital, hvilket kan ske igennem individuelle tiltag.

Der er således fokus på individet som mål for intervention, hvor individet skal gøres selvstyrende. Generelt bliver individer og aktører ofte gjort passive i teksten, mens fokuset i stedet er på sygdom og KRAM faktorerne. Sætningskonstruktionerne er løbende gjort korte og skarpe, hvor udsagnene generelt fremlægges som sand viden. De mest brugte modalitetsverber er 'skal' 'har' og 'er' med høj affinitetsgrad og modalitetsverbet 'kan' som har moderat affinitetsgrad. Overordnet ses der flere faktabokse i teksten med kvantitativ data, hvor udsagnene primært har stor affinitet og derfor fremlægges som sand viden.

5.1.2 Diskursiv praksis 'sund hele livet'

I den diskursive praksis ses der på hvem folkesundhedsprogrammet henvender sig til og hvem som har produceret det, hvorefter den interdiskursive praksis vil blive analyseret i forhold til konsumtion, distribution og produktion.

Regeringen (VK) står som kilden, men er udgivet af indenrigs og sundhedsministeriet. Når det gælder politiske programmer er det embedsmænd, som har den udførende funktion i ministeriet i samspil med den siddende indenrigs og sundhedsminister, hvorfor de må tillægges ansvaret for den udøvende kommunikative begivenhed. Producenten af teksten trækker på det tidligere danske folkesundhedsprogram og der trækkes på kvantitative data udgivet af forskellige kilder med fokus primært på fysisk men også psykisk helbred, hvilket bl.a. udgør kilden sundheds- og sygelighedsundersøgelsen – SUSY-2000.

I tillæg til ordvalgene fra tekstanalysen er det især sundhedsvæsenet der tildeles ansvar, i målet om at reducere uligheden i sundhed. Politikerne italesætter en overvægt af strategier til fagpersonale, som skal uddannes til at varetage forskellige forebyggelsesindsatser, hvor sundhedsprogrammet primært stiler til aktører i sundhedssektoren. Diskurstyperne går på at fagpersonalet skal have viden til at kontrollere sig selv, i målet om at de skal kunne formidle viden til underklassen/målgruppen i form af at varetage eksempelvis rygeafvænnings og indsatser vedrørende alkohol. Pædagoger og lærere, skal endvidere have den nødvendige viden for at kunne uddanne børnene i forhold til sund livsstil i institutionerne.

Udover tekstens generelle indhold angående strategier for at forbedre folkesundheden, gøres således eksplicit, hvordan dette skal foregå: *”Forebyggelsen skal baseres på professionel faglighed og understøttes af forskningsbaseret metodeudvikling og evaluering samt på*

uddannelse.”. Der er således stor tilslutningskraft til, at det er et professionelt ansvar at forebygge og at uddannelse er det primære fokuspunkt for udøvende aktører, hvorfor der kan tillægges en professions diskurstype om aktørernes ansvar for at formidle viden. Da det primært handler om aktører inden for det offentlige, der skal tage del i forebyggelsen, kan der argumenteres for at der er tale om en særlig velfærdsdiskurs, hvor der stiles imod at underklassen kan opnå det gode liv. Individer og aktører bliver dog kategoriseret som *den enkelte* som har sit udspring i en diskurstype gående på individualisme, hvor det antages at det gode liv opnås via egenomsorg.

Overordnet set trækkes på en **sundhedsdiskurs**, hvilket kan ses igennem en KRAM diskurstype, hvilket bl.a. fremgår som følge af målet ”*Antallet af rygere skal reduceres markant*” Der findes en international diskurs om sundhedsrisiko for rygning, hvor der efterhånden er lavet mange kampagner. Der trækkes endvidere på diskursen vedrørende kosten betydning for at fremme og bevare et godt helbred, hvor sund mad i skoler, institutioner, arbejdspladser m.v. er kommet på dagsordenen. Der kan argumenteres for at regeringen undgår diskursen vedrørende deres ansvar for at sikre sunde fødevarer og i stedet lægges ansvaret for vidensformidling ud på de aktørerne i forskellige institutioner. I kraft af fokuset på dødelighed, folkesygdomme og øget middellevetid ses det, at der trækkes på en diskurstype om sygdom, hvilken bindes op på en sundhedsdiskurs i forhold til de livsstilsfaktorer der ønskes gjort noget ved i forhold til at mindske sygdom. Fra mit perspektiv ligger der således en common-sense forståelse af at mennesker gerne vil være funktionsduelig og leve sundt, men dermed tages ikke højde for, at det ikke er alle mennesker som interesserer sig for egen sundhed eller kan gennemskue hvad der er sundt.

Endvidere kan ord som *motivere, give viden og redskaber*, som ofte nævnes i den kommunikative begivenhed, tillægges en diskurstype inden for empowerment på mikroniveau. Diskursen ligger sig derved op ad WHO's tilgang til sundhedsfremme i forhold til at mennesker skal blive herre over egen sundhedstilstand, hvor producenten kun italesætter individorienterede handlekompetencer. I forhold til at der trækkes på sundhedsdiskursen, påpeger producenten at sygdomme har *menneskelige omkostninger* samt *koster milliarder*. Der kan derved ses at der trækkes på en **økonomi diskurs** i forhold til samfundsøkonomien,

hvor diskursen om økonomi også bruges i forbindelse med menneskers livskvalitet. Dette er således i tråd med Fairclough der påpeger teknologisering som en overordnet tendens i vestlige samfund, idet økonomisystemerne har koloniseret livsverden.

Med nøgleord som *egenindsats*, *egenomsorg* og respekt for den enkeltes valg trækkes der på en **liberal** diskurs, som samtidig fordrer moral i forhold til at valgene har konsekvenser ”*Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg*”. Her trækkes på en særlig **selv-ansvarligheds** diskurstype i relation til at mennesker har ansvar for egne valg. Der ligger således en diskurs om at borgere selv er ansvarlige for sin adfærd i forhold til sin viden, hvilket man bør have tilegnet sig på baggrund af myndigheders informationsniveau.

En vigtig forudsætning i det forebyggende arbejde er nemlig relevant information, så den enkelte kan træffe sine valg på et veloplyst grundlag. Afgørende er, at den enkeltes selvbestemmelse respekteres. Det offentlige skal ikke styre vores liv.

Der kan derfor argumenteres for en diskurstype, der går på ansvarlighed i forhold til at opretholde egen sundhed og at det at ændre vaner er forholdsvis nemt så længe du får redskaberne og viden til at kunne handle. Derved anses mennesker som rationelt handlende individer i målet om at opnå sundhed, hvorfor der trækkes på en **rational choice** diskurs. Rational choice er en videreudvikling af nytteteorien, hvilken er en teori der ligger bag den utilitaristisk (liberalistisk) velfærdsforståelse om 'det gode liv' (Jensen 2007:13-15; Hagen 2003:219). Derved står den i modsætning til behovsteorien, hvor mennesker samarbejder i stræben efter ”det gode liv” (Jensen 2007).

I kraft af den liberalistiske diskurs og løsningsmuligheder i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed, kan der argumenteres for en diskurstype om vidensformidling ud fra neo-liberalistiske principper. Staten ønsker således ikke at blande sig i menneskers liv, ved at lave strukturelle tiltag. Her kan det at give viden ses som et led i en diskurstype omhandlende top-down styring, i kraft af at borgere skal tillære sig viden fra fagprofessionelle.

Der ses italesættelser vedrørende et særligt ansvar overfor *de svageste* i samfundet med behov for professionel hjælp, hvor der er særligt fokus på udsatte grupper i underklassen som producenten italesætter som *de svageste* i samfundet. Derved antages, at der er en særlig offer

diskurs, som er med til at skabe en dikotomisk struktur, idet mennesker i underklassen italesættes som de svageste med en negativ sundhedsmæssig adfærd, som skal laves om på. Idet samfundet og det offentlige påtager sig en rolle i forhold til at yde indsatser, kan der argumenteres for, at der trækkes på en form for velfærdsdiskurs, der tenderer til en **konservativ** diskurs. Inden for den konservative ideologi ligger en pligt fra samfundet til at drage omsorg for mennesker, der har svære ved at klare sig selv, for at sikre samfundets stabilitet, da mennesker ikke er fuldstændigt rationelle (Sørensen 2010:49). Der kan derfor ses en kamp mellem den liberale ideologi og den konservative, hvor den liberale dog er mest dominant i forhold til at individet er eller skal gøres selv-ansvarligt gennem viden.

I nedenstående citat omhandler målgruppen voksne udsatte, hvilke betegnes som alkoholmisbrugere, narkomaner, udsatte sindslidende og udviklingshæmmede af producenten:

Udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet. En udfordring, som det er vigtigt at kunne håndtere i arbejdet med disse målgrupper.

Ordvalgene i ovenstående citat er stringent i forhold til tekstens kohærens, hvor der med ordvalgene om at udsattes forestillinger om det gode liv er anderledes end gængse normer, kan argumenteres for en dikotomi diskurs og en offerdiskurs. Gruppen ses stigmatiseret og i kraft af de ikke følger de gængse normer, kan det gøres legitimt at intervenere, men der italesættes ikke særlige indsatser herfor. Da der i den diskursive praksis foreligger en dikotomi diskurs af underklassen, som værende en særlig risikogruppe, kan der argumenteres for at det læner sig om ad en **eksklusionsdiskurs**. Eksklusionsdiskursen viser sig igennem italesættelsen af menneskene i underklassen, hvor den særlige underklassediskurs viser sig i forhold til at mennesker ses som patologiske og samtidigt udelukkes subjekterne i kraft af transitiviteten.

Der trækkes endvidere på en diskurstype om **partnerskab** som forudsætning for at tillære sig sunde valg. Denne diskurstype træder dog mindre frem i dele af teksten udover det fokus der er i forhold til at have respekt for individer, hvor det er forskellige professionelle aktører, der bliver styrende i mødet med mennesker fra underklassen i forhold til at afgive viden. Ifølge Fairclough er der altid magt i relationer og da viden kan anses som en magt af mere eller mindre produktiv art, kan det diskuteres hvor stor en indflydelse diskursen om partnerskab

har i mødet med underklassen.

Da Fairclough påpeger at den hegemoniske magtstruktur er med til at skabe eller fastholde klassefraktioner, kan diskurser vedrørende underklassen som stigmatiseres fastholde magtforhold. Den liberale diskurs om at du primært er ansvarlig for eget liv, kan ses indlejret i common-sense forståelser, hvilket kan høres og ses i medierne, hvorved den neo-liberale diskurs kan ses som herskende ideologi.

Der trækkes på samme intertekstuelle kæder i forhold til at individet selv har et ansvar for bedre sundhed. Selvom der trækkes på en diskurstype om en fælles indsats, udmønter den sig i at det primært er de sundhedsfaglige aktører, der skal yde individuelle indsatser til mennesker i underklassen. Diskurser omhandlende indsatser relateret til det sociale arbejde i målet om reduktion af den sociale ulighed i sundhed er vanskelige at se.

5.1.3 Tekstanalyse af 'Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?' 2011

Sundhedsstyrelsens sundhedspolitiske udspil har et diskursivt mønster, der har fokus på mange aspekter, der kan skabe social ulighed i sundhed med dertilhørende indsatser. Diskursanalysen vil have fokus på, hvordan den sociale ulighed i sundhed søges reduceret og hvorvidt der sker italesættelser af indsatser i relation til det sociale arbejde.

Sundhedsstyrelsens publikation omhandlende indsatser og anbefalinger for at mindske social ulighed i sundhed og bedre folkesundheden, er et overordnet folkesundhedsprogram kommunerne kan lade sig inspirere af i ønsket om social lighed i sundhed for alle borgere. Der er bredt fokus på områderne som folkeskole, ungdomsuddannelse, beskæftigelse, ældre, nærområder og socialt udsatte, men påpeger det også er nødvendigt med tiltag på makro-niveau. Der er særligt fokus på faktorer i forhold til sundhed for alle aldersklasser i forskellige sammenhænge i livet. Det er Sundhedsstyrelsens første overordnede program, der målretter alle borgerne i samfundet, i forhold til reduktion af den sociale ulighed i sundhed og kan ses som et opgør med den hegemoniske liberale strømning.

Perspektivet

I teksten er der særlige ordvalg, der hentyder til at folkesundheden kræver en helhedsorienteret, systematisk indsats, hvor ulighed i sundhed tillægges mange faktorer. Her bliver kommunen en central aktør i ansvaret for at mindske den sociale ulighed i sundhed.

Social ulighed i sundhed handler ikke kun om en særlig udsat gruppes sundhedstilstand, men om at sundhed og helbred er ulige fordelt i befolkningen hele vejen igennem det socioøkonomiske spektrum, fx fra ufaglærte personer til personer med længere videregående uddannelser. [...] Den systematiske sammenhæng mellem individers sociale position i samfundet og deres sygdomsrisiko betegnes den sociale gradient i sundhed. [...] Forskelle i middellevetid hænger blandt andet sammen med forskelle i sundhedsadfærd og levevilkår, ligesom der også er en tendens til, at bedre stillede borgere er bedre til at benytte social- og sundhedstilbud

Sundhedsstyrelsen ligger her afstand fra en dikotomisk tænkning af ulighed i sundhed med brug af ordene *ikke kun en særlig gruppes sundhedstilstand* og ligger desuden stor affinitet i udsagnet om at sundhed og helbred *er* ulige fordelt i kraft af modalhjælpeverbet. I kraft af dette udsagn, italesættes ulighed i sundhed derfor som en gradient, hvormed kategoriseringen af underklassen mindskes og sociale forhold anerkendes som medfaktor for sygdom. Nøgleordene i citatet og generelt i teksten er på *gradient* og *levetilvilkår*. Med ordvalgene ses der fokus på at sundhed og helbred graduerer afhængig af socioøkonomiske position, hvor bl.a. levevilkår indebærer en betydning, hvor der ses bredt på boligforhold m.v. som en del af det, der kan gøre mennesker syge.

Ansvaret

Som følge af at sociale forhold erkendes som væsentlige faktorer, der kan gøre mennesker syge, indebærer dette at der tages udgangspunkt i en helhedsindsats, der derved mindsker den direkte stigmatisering af underklassen.

For at nedbringe social ulighed i sundhed er det nødvendigt at sætte ind på tværs af ansvars- og opgavefordelingen i kommunen og anerkende, at de nævnte faktorer går på tværs af de kommunale forvaltninger. Det drejer sig fx om skole-, social-, beskæftigelses-, plan-, miljø- og teknikforvaltningerne. En anerkendelse af

nødvendigheden af en tværsektoriel indsats spiller en væsentlig rolle og kræver politisk prioritering, klare mål og tydelig ledelse. Sundhedssektoren kan spille en rolle som facilitator for det tværsektorielle samarbejde og som sundhedsfaglig ressource, men det er de enkelte forvaltningers ansvar og fagkundskab på egne områder, der kan sikre, at der sker en indsats, og at den implementeres med fornøden kvalitet og omfang.

Ordvalgene er her på *ansvars- og opgavefordelingen, tværsektoriel indsats og politisk prioritering*, som indebærer en betydning af at det er kommunens forskellige instanser, der tilsammen har ansvaret for at sikre større lighed i sundhed og at politikken herom er vigtig. Her ses stor affinitet til udsagnet om en tværsektoriel indsats i kraft af modalitetsverberne samt de evaluerende ord; *er det nødvendigt og spiller en væsentlig rolle*. I dette sundhedsprogram fralægges sundhedssektoren det store ansvar for underklassens sundhed, som var dominant i 'sund hele livet', ved at der i sætningskohæsionen lægges mest vægt på forvaltningernes ansvar og at sundhedssektoren *kan spille en rolle*. Ved modalverbet *kan* har producenten således moderat affinitet til udsagnet. Ordet ansvar nævnes kun få gange i hele teksten og kun i relation til kommunens eller forvaltningers ansvar gennem forebyggelse. Hermed er diskursen vendt væk fra selv-ledelse og selvansvarlighed i forhold til menneskets sundhedsvaner.

Indsatserne

Der er stadig fokus på KRAM, men der gives forskellige retningslinjer for politikker omhandlende alkohol, rygning og sund kost samt hvordan man gør det sunde valg lettere igennem strukturelle tiltag. Her er der udtaget et citat på baggrund af indsatsen for børn:

Forældrenes uddannelse, sundhedsadfærd og sociale position spiller en vigtig rolle i udviklingen af sundhed og sygdom for det enkelte barn. [...] Det gavner både de stærke og svagere grupper af børn, når institutioner indfører politikker med fokus på børnenes sundhedsvaner. Det handler både om mad-, bevægelses- og hygiejnepolitikker.

I forhold til at forebygge sygdom hos særlige individer i underklassen bruges ordvalgene *uddannelse, sundhedsadfærd og sociale position*, som faktorer med betydning. Der ligger

således klar affinitet til at forældrene påvirker deres børn forskelligt, afhængig af deres sociale status og vaner. Måden hvorpå børns sundhedsvaner skal sikres, tillægger producenten tilslutningskraft til udsagnet om at det handler om politikker i institutionerne. Nøgleordet *svagere* anvendes her til at karakterisere gruppen af børn i underklassen. Svagere er en 2. grads bøjning, hvormed underklassen kategoriseres som værende svagere end andre i befolkningen, men uden at det fremstår som en endegyldig påstand eller stempeling. Subjekterne tillægges dog stadig en hvis offerrolle i kraft italesættelsen *svagere*, da udtrykket indebærer en distinktion fra resten af befolkningen.

Sundhedsadfærd er et centralt ord i teksten, hvor ordet bruges i kohæsjon med at forbedre mindre sund adfærd, hvorved der tillægges en positiv vinkel i stedet for at tale om usund adfærd. Endvidere gøres der få steder brug af termen *vaner*, som sættes i kohæsjon med usunde vaner. Derved tillægges individet nogle aktive handlinger, der er uhensigtsmæssige for helbredet.

”Usunde vaner omkring tobaksrygning, alkohol, mad og fysisk inaktivitet er i stigende grad koncentreret blandt socialt dårligere stillede grupper. [...] Virkemidler for sundere adfærd omkring tobak, alkohol, fysisk aktivitet og mad kan opdeles i strukturelle og individorienterede indsatser. De strukturelle indsatser har en stor effekt på hele befolkningens sundhedsadfærd og har samtidig en særlig stor effekt blandt personer med lav uddannelse.

I en kommunal sammenhæng kan strukturelle tiltag omfatte politikker for kommunens forskellige organisations- og institutionsområder (børneinstitutioner, skoler, klubber, idrætscentre, kommunale arbejdspladser, bo- og væresteder, plejehjem), tilgængelighed og byplanlægning.

Kommunens individrettede tilbud kan blandt andet omfatte rygestopkurser, kostvejledning, fysisk aktivitet, misbrugsbehandling, mødregrupper og tilbud om sociale netværksaktiviteter. Indsatser, der kombinerer strukturelle tiltag med målrettede tilbud, der er proaktive og opsøgende i forhold til socialt dårligere stillede grupper, har en positiv effekt på ulighed i sundhed.

Medarbejderne kan gives kompetencer i specifikke metoder, der er særligt effektive i arbejdet med socialt udsatte grupper”.

Producenten tillægger en evaluerende modalitet i kraft af at usunde vaner er stigende blandt underklassen, som benævnes i den overordnede kategori *socialt dårligere stillede grupper*. Med brug af ordet dårligere, ligger en betydning af, at der er en gradvis forskel fra andre grupper. Der ses stor affinitet til at indsatser skal være strukturelle og individorienterede og yderligere er der evaluerende modalitet til strukturelle indsatser, som tillægges en særlig stor effekt blandt underklassen. Producenten italesætter overordnet de generelle/strukturelle indsatser med en positiv evaluering igennem hele den kommunikative begivenhed.

Målgruppen

Underklassen italesættes her i forskellige sammenhænge i forhold til at yde en ekstra indsats. Eksempelvis argumenteres der for at der:

(...) rettes ekstra opmærksomhed mod at nå de socialt og psykisk mindre ressourcestærke familier, [...] interventioner skal tilrettelægges, så de er aktivt opsøgende over for borgere, som har lave indkomster, manglende tilknytning til arbejdsmarkedet eller psykiske lidelser. [...] Derudover skal et element i indsatsen gå ud på at opspore, involvere og fastholde lavtuddannede, økonomisk dårligere stillede midaldrende og ældre, som har brug for støtte omkring rygning, inaktivitet og overvægt.

Der er her fokus på ordvalgene *ekstra opmærksomhed, aktivt opsøgende, opspore, involvere* og *fastholde*. De forskellige ordvalg om samme emne indebærer alle at kommunale medarbejdere, skal identificere de forskellige grupper af mennesker, der tilhører underklassen, i et mål om at yde hjælp til disse. Ordvalgene indeholder en særlig pædagogisk eller omsorgspræget vinkel med baggrund i et inkluderende sprogbrug. Der er således stadig et fokus på underklassen i forhold til identifikation, men her falder ordvalgene på *socialt og psykisk mindre ressourcestærke, lavtuddannede, økonomisk dårligere stillet og ældre med behov for støtte* til deres sundhedsadfærd. Derved tydeliggøres de kategorier af mennesker som den ekstra indsats skal gå til som en mere heterogen gruppe, hvor der benyttes 2. grads bøjninger af tillægsordene. Hermed gøres kategoriseringen mindre postulerende, men subjekterne tillægges dog stadig en offer rolle, hvor underklassen kategoriseres som nogle med færre ressourcer end gennemsnittet. Der er stor tilslutningskraft i modaliteten når der

bruges ord som '*skal*' *opsøre*, *involvare* og *fastholde* underklassen. Aktørerne er gjort passive, men kan i kraft af konteksten forstås som social- og sundhedsfaglige ansatte i kommunerne, der skal yde en aktiv indsats i målet om at støtte borgerne. Brug af ordet *støtte* lægger op til, at de skal være en hjælp i målet om at skabe forbedret sundhedsadfærd ved at inddrage borgeren i indsatserne men også at fastholde borgeren.

Den kommunikative begivenhed bærer, i kraft af italesættelserne, præg af at indsatserne for at reducere den sociale ulighed i sundhed, omhandler mennesker, der er i situationer med behov for en social indsats. Ordvalgene åbner derfor op for at det sociale arbejde har sin berettigelse i forhold til at påvirke den ulighed, der findes i sundhed. Derved ses der brug af nytænkning i forhold til sundhedspolitikken, hvor flere sociale indsatser drages ind mod et fælles mål om bedre sundhed. Eksempelvis ses der en bredere indsats på misbrugsområdet: "*Misbrugsbehandlingen skal integreres med sociale handlingsplaner, og personalet skal efteruddannes til i højere grad at kunne håndtere brugernes psykiske problemer*". Der er stor affinitet til udsagnet, i form af modalverbet *skal* i relation til at integrere misbrugsbehandling med sociale handleplaner. Rehabiliterende indsatser kommer derved ikke til at stå alene, hvorved italesættelserne anerkender en større helhedsindsats i det sociale arbejde i målet om større lighed i sundhed.

Yderligere ses ordvalgene *indsatser*, *målrettede tilbud* og *tiltag*, der er *proaktive og opsøgende* i forhold til mennesker tilhørende underklassen. Der kan derfor argumenteres for at forskellige aktører primært på social og sundhedsområdet i kommunerne tillægges et ansvar i at være opsøgende i forhold til at hjælpe til bedre sundhed. Her har producenten stor grad af affinitet til det, at indsatserne *er* proaktive samt at disse indsatser *har* en positiv effekt på ulighed i sundhed, hvormed udsagnet er evaluerende og indsatserne tillægges stor værdi.

Der tillægges moderat grad af affinitet når medarbejderne *kan gives kompetencer*. Med brug af ordet *kompetencer* i specifikke metoder, indebærer dette at aktørerne må lære sig særlig ekspertise i målet om at forbedre menneskers sundhed. At bruge ordet kompetencer indebærer en særlig positiv tilskrivning, der er et meget populært anvendt begreb i samtiden, som noget mennesker har og kan anvende teoretisk som praktisk. Det varierer således i betydning fra ordet viden. Der bliver ikke gjort brug af ordet viden eller vidensformidling i producentens strategier for indsatser med underklassen, hvorfor aktørerne har en generel mere støttende og

omsorgspræget rolle i målet om større sundhed. I forhold til transitivitet, bruger producenten ordet medarbejderne, for de forskellige aktører, der gør sig gældende, hvormed de bliver sat i kategori. Endvidere bliver aktører objektiviseret i kraft af deres indsatser og dermed nominaliserede.

Teksten indeholder flere billedportrætter af forskellige mennesker i alle aldre tilknyttet særlige kapitler, hvor de er med til at personificere teksten. Under kapitlet sundhedsadfærd, ses der flere billeder af personer der er normalvægtige og umiddelbart ser sunde ud, men hvor der dog er ansigtsudtryk, som ikke viser samme glæde som de fleste andre portrætter, men ser i stedet mere reserverede ud. Billedet af en midaldrende-ældre kvinde næstsids i publikationen, bærer med sine hænder en henvisning til eftertænksomhed og en form for visdom, mens den sidste ældre herre i form af sit kropssprog og ansigtsudtryk indgyder optimisme.

Generelt ses kohæsionen i teksten, hvor borgerne tillægges en fremtrædende rolle som subjekter i lyset af italesættelserne omhandlende strukturelle samt individuelle tiltag med baggrund i et omsorgsperspektiv.

5.1.4 Diskursiv praksis 'Social ulighed i sundhed – Hvad kan kommunen gøre?'

I det følgende vil den diskursive praksis blive gjort til genstand for analyse med baggrund i produktion, distribution og konsumtion, hvori der ses på diskurstyperne.

Sundhedsstyrelsen er opgivet som kilden, hvor ansatte ved *Enhed for sunde rammer* inden for Sundhedsstyrelsen må være de reelle producenter. I forhold til distributionen trækkes der særligt på Sundhedsstyrelsen egen publikation ”*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser*” udgivet i 2011, som yderligere trækker på nationalt som internationalt publiceret materiale vedrørende den sociale ulighed i sundhed.

Publikationen her lægger op til at fokusere på en styrkelse af kvaliteten og implementeringen på de enkelte driftsområder, som kan gøre, at fx uddannelses-, beskæftigelses- og socialindsatsen kan bidrage til at løfte folkesundheden for de brede befolkningsgrupper med lavere indkomster, kortere uddannelser, svagere

tilknytning til arbejdsmarkedet samt mindre ressourcerige familiebaggrunde.

Producenten tillægger her ordene *styrkelse af kvaliteten og implementering* af de forskellige kommunale instanser og det at *løfte folkesundheden* et særligt fokus. Herved gøres der brug af nogle begreber ud fra en positiv sundhedsvinkel, der henviser til et mere inkluderende sprogbrug i forhold til at reducere den sociale ulighed i sundhed. Producentens formål må således rette sig mod forvaltningerne i kommunerne, i kraft af at alle kommunens områder inddrages mod at skabe mere sociale lighed.

Den kommunikative begivenhed italesætter de mangeartede indsatser kommunerne kan gøre brug af i indsatsen mod den social ulighed i sundhed. Her er et særligt budskab fra producenten om brug af tværsektorielle indsatser og dermed et samarbejde mellem forvaltningerne om at styrke sundheden for underklassen. I nedenstående citat, ses således at der i det tværsektorielle samarbejde, bør være en særlig tovholder eller støtte-kontaktperson i kommunen til at hjælpe mennesker fra underklassen med at finde rundt i systemet. Dermed kan aktører blive en støttende foranstaltning og fratager dermed noget af byrden fra mennesker med få ressourcer, der kan have svært ved selv at navigere i sundhedssystemets behandlings og rehabiliterende indsatser.

Social ulighed i sundhed er et strukturelt problem og skal derfor tackles med et systematisk frem for et individorienteret perspektiv, hvis det skal lykkes at vende udviklingen. Et systematisk perspektiv betyder ikke, at man ikke interesserer sig for den enkelte borger. Tværtimod har kommunen en særlig rolle i forhold til at støtte patienter med færre ressourcer, herunder udsatte kroniske patienter, gravide og ældre, til selv at navigere i behandlingssystemet. For disse grupper kan det være nødvendigt med en tovholder, case-manager, støtte-kontaktperson eller andre ordninger, der hjælper den enkelte til at forstå de forskellige indgange og veje i sundhedsvæsenet, til at støtte i fastholdelse i behandling og medicinering og til at vide, hvilke krav man som patient skal leve op til, og hvilke rettigheder man har.

Diskurstyperne i teksten ligger generelt op til, at kommunerne har det primære ansvar for ulighed i sundhed og som teksten eksplicit giver udtryk for, er der tale om et systemisk perspektiv. Dermed inkluderes individers sociale forbindelser og relationer især på mikro og meso niveau men også makroniveau, da der ud fra systemteorien arbejdes på at styrke den

sociale orden (Payne 2006:185). Med systemperspektivet, som fundament for reducere af den sociale ulighed i sundhed, åbnes der diskursivt op for tiltag, der relaterer sig til det sociale arbejde i forhold til at mindske det sociale problem. Indsatserne ses dog konsensus præget, hvorfor eventuelle strukturelle problemer skabt på meso eller makro niveau, der kan være årsag til underklassens sociale problemer ikke italesættes, som noget der skal ændres. I stedet omhandler det sociale arbejde i et systemisk perspektiv overvejende en individualistisk reformisme (ibid.).

Med fokuset på sundhed for alle borgere, hvor godt helbred ses som et mål i forhold til at hæve middellevetiden, trækkes der på en sundhedsdiskurs. Endvidere ses fordele ved konkret at rette indsatser mod den sociale ulighed, hvorved færre mennesker skal i behandlings og rehabiliteringsforløb:

En reduktion af den sociale ulighed i sundhed kan medføre, at en større andel af borgerne kan indgå i arbejdsstyrken, ligesom udgifter til såvel sundheds- som beskæftigelses- og socialområdet kan reduceres eller fastholdes trods demografiske udfordringer.

Udover **sundhedsdiskursen** kan der argumenteres for at der ses en **økonomidiskurs**, i kraft af der en økonomisk hensigt med at gavne samfundsudviklingen gennem flere raske borgere.

Yderligere er der vægt på at flere unge gennemfører en ungdomsuddannelse og en højere beskæftigelse som forudsætninger for mere lighed i sundhed, hvor der eksempelvis italesættes et fokus på jobindsatser:

Hvis eksklusion fra arbejdsmarkedet og de negative helbredsmæssige konsekvenser, det fører med sig, skal reduceres, er der desuden behov for at gennemføre indsatser for at gøre arbejdsmarkedet mere rummeligt for kort uddannelse med nedsat helbred. Det anbefales, at der etableres flerstrengede indsatser for offentlige og private virksomheder med jobtilpasning og socialfaglige indsatser fra jobcentre, kombineret med sundhedsfaglige indsatser fra egen læge og specialister.

Der trækkes således på diskurstyper, der omhandler, at det sociale arbejde igennem beskæftigelsesindsatser for grupper af underklassen, kan være en faktor i forhold til at

mennesker undgår ekskludering fra arbejdsmarkedet samt dårligere helbred. Hermed er der for alvor fokus på forebyggelse i kraft af at de sociale indstaser, der skal skabe bedre sociale vilkår, får sundheden som et fælles mål.

I forlængelse af tekstanalysen, hvor underklassen blev karakteriseret med tillægsord på en politisk korrekt måde, ses der dog stadig konstrueret en italesættelse af underklassen som ofre. Italesættelsen er dog langt mindre kategorisk end italesættelsen, der blev set i 'sund hele livet' og Sundhedsstyrelsen giver udtryk for at være bevidst om at underklassen er en heterogen gruppe af mennesker.

Kommunen påtager sig et ansvar for underklassen, hvor der således er fokus på, at individet ikke selv har skylden for sin sygdom og selv skal tage hånd herom, men at der er tiltag, der i et samspil kan hjælpe borgeren til at opnå bedre sundhed. Nøgleordene indebærer at kommunen har en *særlig rolle* og skal *støtte* patienter med færre ressourcer, hvilket ligger op til en diskurstype omhandlende **omsorg** for individer i et mere inkluderende præget perspektiv. Diskurserne, der trækkes på her, er bredt funderet i sundhedsfremme perspektivet fra WHO, hvor der rettes politikker og indsatser mod alle borgerne, mens der tages særligt individuelt hensyn til underklassen i forhold til individuelle indsatser. Endvidere præger den **konservative** ideologi også diskursen, idet der fortsat er særlige målrettede indsatser for socialt udsatte mennesker i underklassen. Derved ses der stabilitet i de intertekstuelle kæder, der har præget sundhedspolitikken.

Ligeledes er der en diskurstype gående på **kompetencerne** for aktørerne i kommunen i forhold til at kunne varetage opgaverne med at give støtte, involvere og fastholde mennesker i underklassen til en god sundhedsadfærd. Hermed kan der argumenteres for et omsorgspræget aspekt, der afviger fra hegemoniske diskurstype vedrørende egenomsorg, der har præget diskurserne i den sociale praksis.

Der er her fokus på indsatser, som ofte er mere langtidsoverrettede og der kan tales om en **inkluderende** diskurs af borgerne i kraft af universelle eller strukturelle tiltag. Endvidere kan der være tale om en **sundhedsfremmende** diskurs ud fra en systemisk eller universalistisk diskurstype, da der gøres brug af nøgleordene *strukturel, politikker, indsatser for alle aldersgrupper* og *levevilkår*. Sundhedsstyrelsen anser således den sociale ulighed i sundhed som værende mere et strukturelt problem end et individuelt problem. Med strukturelle tiltag

igennem forskellige politikker har det offentlige en større rolle i forhold til at gøre borgerne sunde ved hjælp af tiltag på meso- og samfundsniveau. I forlængelse heraf kan der argumenteres for, at der trækkes på det, jeg vil benævne som en **socialdemokratisk** diskurs, med baggrund i at den danske velfærdsstat er bygget op omkring en demokratisk socialistisk ideologi. Her er velfærdssamfundet kendetegnet gennem behovstilfredsstillelse i kraft af sundhedspolitikker, uddannelsespolitik og andre politikker til gavn for hele befolkningen (Allardt 1975:12-15). Det gode liv opnås således gennem et samarbejde, i forhold til at opnå behovstilfredsstillelse med udgangspunkt i Erik Allardts principper om ”at have, at elske og at være”, hvorved man ønsker at undgå ulighed eller mangelsituationer for befolkningen, idet disse betragtes som ufrivillige fænomener (Jensen 2007:16-17). Det gode liv betragtes hermed som følge af en velfærdsdiskurs med udspring i behovsteorien og den socialdemokratiske velfærds ideologi. Derfor antages det, at der er en gennemgående diskurstype, der italesætter behovet for, at der skal gøres noget ved sociale forhold på flere niveauer til gavn for sundheden. Her kan nævnes et fokus på at undgå borgerne bliver langvarigt arbejdsløse, hvorfor der gøres tiltag i beskæftigelsesindsatsen. Hermed kan der argumenteres for at arbejde kan indfri Allardts begreb ”at være”, hvor individet bliver anset som en med et omdømme og får muligheder for at udøve sit potentiale (Allardt 1975:33-34).

Med baggrund i tekstanalysen og den diskursive praksis, ses der intertekstuel kohærens, hvor der ses hegemoniske diskurstyper i form af den socialdemokratiske og omsorgsdiskursen. Den diskursive praksis må derved antages at være forandret i forhold til de ellers herskende liberalistiske og selv-ansvarliggørelses diskurser, hvorved der er ideologiske kampe. Hvad der diskursivt kan artikuleres er derved blevet åbnet op, hvilket kan ses i lyset af S-R-SF regeringens tiltrædelse i 2011.

5.1.5 Tekstanalyse af 'Aalborg i front med sundhed' 2012

Sundhedspolitikken fra Aalborg kommune vil i nærværende afsnit blive gjort til genstand for tekstanalyse med brug af Faircloughs redskaber. Kommunens udspil er produceret i en samtid, hvor der diskursivt er kommet mere fokus på strukturelle indsatser i kombination med individuelle indsatser for at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Sundhedspolitikken sætter fokus på det nære sundhedsvæsen, lighed i sundhed, bevægelse –

mulighed for at være fysisk aktiv i det offentlige rum samt sundhed i kommunens tilbud. Der ses klare mål for, hvor mange procent af borgerne, producenten ønsker skal blive røgfri, være fysisk aktive, mindre overvægtige og have et mindre alkoholforbrug, hvorved der fortsat ses stort fokus på sundhedsadfærden i relation til sundhed.

Perspektivet

Aalborg kommune betoner dog diskursivt at der er mange aspekter af folks liv, som har indflydelse på sundheden, hvor der ses en udvidelse af indsats, der ellers tidligere kredsede omkring KRAM faktorerne:

Den første sundhedspolitik havde til formål at sætte sundhed og KRAM (kost, røg, alkohol og motion) på dagsordenen i den nye Aalborg Kommune. [...]. Med den nye sundhedspolitik, som gælder alle borgere – børn, unge, voksne og ældre er Aalborg Kommune klar til at gå skridtet videre. Der skal bygges videre på det stærke fundament, som den første sundhedspolitik grundlagde. Der er et oprigtigt og stærkt ønske i Aalborg Byråd om, at være offensive og handlekraftige i forhold til at sikre borgerne de bedst mulige betingelser for at leve et sundt og aktivt liv i kommunen. Denne brede opbakning er absolut nødvendig for at kunne løfte de kommende års udfordringer på sundhedsområdet. Denne politik vil bygge videre på de positive erfaringer og tænke sundhed ind som en integreret og naturlig del af alle relevante områder af kommunens arbejde.

Med ordvalget om at sundhedspolitikken *gælder alle borgere, gå skridtet videre, bygges videre* kan der ses en erkendelse af at fokusering på KRAM med individuelle tiltag ikke er tilstrækkeligt i indsatsen mod social ulighed i sundhed. Der ligger ligeledes en metafor i at benytte ordene *skridtet videre* samt *bygge videre på*, som henviser til bevægelse eller et fysisk håndværk, hvor der skal være nogle grundsten før andet kan komme ovenpå. Der ses stor affinitet til KRAM i kraft af det evaluerende tillægsord *stærke*. Med brug af disse ord kan det derfor antages at KRAM stadig ses som væsentlig forudsætning for sundhed, men at der er en erkendelse af at politikken skal virke bredere for alle.

Endvidere ses der brug af ordene *offensiv* og *handlekraftige* mod at sikre borgerne et sundt liv. Ordenes betydning kan indebære at kommunen tager en aktiv indsats, hvor der ydes

omsorg for borgerne i målet mod et sundere liv. Der trækkes generelt på positivt ladede ord i forhold til de udfordringer som kommunen har. Ordet *løfte* de sundhedsmæssige udfordringer i sammenhæng med at der er *bred opbakning*, indikerer, at der skal være en kollektiv indsats fra kommunens forvaltninger i bestræbelserne på mere lighed i sundhed.

Endvidere giver nedenstående citat udtryk for, at det ikke er tilstrækkeligt kun at fokusere på individet inden for sundhedssektoren, hvorfor andre aktører i det offentlige også har et ansvar i målet om mere sundhed for borgerne, selvom det ikke umiddelbart ligger inden for den konventionelle danske sundhedspolitiske ramme.

I denne sundhedspolitik definerer Aalborg Kommune sundhed bredt ud fra WHO's definition: 'Sundhed er ikke blot frihed for sygdom, men størst mulig fysisk, psykisk og socialt velbefindende'. Det betyder, at selvom der også er fokus på kendte livsstilsfaktorer i denne politik, så er der en erkendelse af, at arbejdet med borgernes fysiske og mentale sundhed foregår mange andre steder end inden for sundhedspolitikens ramme.

Med ordet *erkendelse* ligger der i denne kontekst en betydning af, at kommunens politikere er blevet bevidste om, at der skal arbejdes mere bredt i målet om at borgere skal forblive sunde og at mere social lighed i sundhed ikke kun omhandler tiltag gennem KRAM. Derfor påpeger kommunen at der også arbejdes med børns tidlige udvikling, uafsluttet skolegang, lokalområder, fattigdom, langvarig arbejdsløshed, social udsathed, fysisk miljø, sundhedsadfærd, det ekskluderende arbejdsmarked og sundhedsvæsenets rolle. Således spiller kommunens forskellige områder en stor rolle i indsatsen for den fysiske, psykiske og sociale sundhed.

Sundhed ekspliciteres således som ”*mere end livsstil*”. Derfor antages det at livsstil betydningsmæssigt ses som et snævert begreb indebærende menneskers vaner, men at der udover livsstil trods alt er erkendelse af at sundhed er kompleks, hvorfor sociale faktorer også kan påvirke sundheden. Den betydning producenten tillægger ordet sundhed, ses derfor ikke udtrykt i forhold til livsstil, hvorfor der ses inkongruens mellem de to begreber i relation til sætningernes kohæsi on.

Indsatserne

I henhold til det brede fokus der italesættes i forhold til reducere af den sociale ulighed i sundhed, betoner producenten:

Aalborg Kommune har derfor mange instrumenter til at løse sundhedsopgaven og er allerede godt på vej – bl.a. gennem kommunens indsatser for; børn og unge, voksne uden beskæftigelse, borgere med misbrugsproblemer og ældre- og handicappede.

I forhold til transitivitet bliver subjekterne i underklassen kategoriseret under forskellige grupper, men uden at de får et stempel som værende 'de svage'. I stedet bruges termerne *indsatser* og *instrumenter*, der dækker over måden, hvorpå kommunen ønsker at bidrage til social lighed i sundhed. De tillægger således stor affinitet til udsagnet om at de har instrumenter og er evaluerende i forhold til modaliteten *godt på vej* med de indsatser, der eksisterer. I kraft af ordet *løse* sundhedsopgaven lægges der et optimistisk syn, som indikerer at kommunen faktisk er i stand til at opfylde målet for sundhedspolitikken, hvor producenten har stor affinitet til at kommunens instrumenter, er optimale for at alle borgerne kan opnå sundhed. Producenten tilslutter sig således udsagnet om at sundheden præges af sociale forhold som eksempelvis arbejdsløshed, hvorfor beskæftigelsesindsatsen er et relevant instrument for at hjælpe individer ind på arbejdsmarkedet.

Når der gøres interventioner eller indsatser benyttes ordene *støtte* eller *understøtte* i forhold til forebyggelse af sygdom, hvor følgende udsagn, omhandlende kommunens initiativer, er et eksempel på en sætningskonstruktion: ”*Vi i mødet med udsatte og sårbare borgere understøtter dem i sund levevis*”. I forhold til transitivitet ses at kommunens aktører er blevet gjort til et kollektivt *vi*, som skal hjælpe de udsatte borgere fra underklassen. I forhold til sætningens modalitet kan der ses tilslutningskraft til udsagnet. Endvidere gøres der brug af nøgleordet *sund*, men der er også brugt ordet *levevis*, som betydningsmæssigt falder ind under sundhedsadfærd i denne kontekst. Ordet *vaner* benyttes få gange i teksten ellers gøres der brug af ordene *leve et sundt liv*, der indebærer et positivt sprogbrug.

I forhold til at skabe mere lighed i sundhed, italesætter producenten at tilknytning til arbejdsmarkedet, uddannelsesnivea og sproglige barrierer, er faktorer der kan indvirke på sundheden. Diskursivt italesættes indsatser, der primært går på sundhedstilbud og

sundhedsadfærden mens konkrete indsatser i forhold til de sociale forhold, der kan skabe mere sociale lighed sporadisk nævnes i denne kommunikative begivenhed. I stedet prioriteres sundheds indsatser til grupper i underklassen, der har størst behov, hvilke karakteriseres som udsatte, sårbare, psykisk syge, mennesker med alkohol eller andre rusmiddel problemer, som skal have en særlig målrettet indsats i forhold til at skabe mere social lighed i sundhed:

Når kroniske sygdomme rammer udsatte og sårbare borgere, er konsekvenserne som regel alvorligere både med hensyn til nedsat funktion, arbejdsevne og sågar dødelighed. Aalborg Kommune vil gøre noget ved denne ulighed både for børn og voksne.[...] Aalborg Kommune vil udvikle og prioritere indsatser for de borgere, som har de største sundhedsproblemer og de vanskeligste forudsætninger for at leve et sundt liv. Mere lighed i sundhed kræver, at borgerne behandles forskelligt!

Producenten benytter her andre ordvalg om en del af underklassen som *udsatte* og *sårbare* borgere, hvor der er moderat affinitet til udsagnet i kraft af modaliteten *som regel*. Der ligger en stor affinitetsgrad i modalitets verbet *vil gøre*, men herefter bruges ordet *noget*, som kan betragtes som passivt pronomer i henhold til transitiviteten omkring de begivenheder, der skal finde sted.

Endvidere bruger producenten ordvalgene *udvikle* og *prioritere* indsatser for underklassen, hvilket kan give betydning af, at der fra kommunens side skal lægges særlig vægt på denne gruppe. Underklassen karakteriseres her som borgere, der har de *største sundhedsproblemer* og *vanskeligste forudsætninger* for at leve et sundt liv. Med bøjning af tillægsordene i superlativ tillægges en gruppe af borgere således en definitiv kategorisering som værende ofre og afgrænses dermed fra de resterende borgere, hvormed der kan ses en stigmatisering. Ved brug af ordene i superlativ kan der argumenteres for, at der ses en dikotomisk adskillelse af kommunens borgere. Det gøres således eksplicit at *borgerne* skal behandles forskelligt igennem en påstand, der indebærer at forskellige mennesker har behov for forskellige indsatser. Jeg vil dog argumentere for, at der i kraft af ordvalgene, som tillægger en dikotomisk forskel med hensyn til sundhedsproblemer og forudsætninger, kommer et særligt fokus på subjekterne i underklassen, som gøres legitime for individuelle interventioner. Udråbstegnet, der afslutter sætningen, kan i sammenhæng med tekstens udsagn tillægges et kraftudtryk for at pointere producentens sandhedsfaktum eller kan ses som en opfordring til at

borgerne skal behandles forskelligt, da der ses stor affinitet til udsagnet ved brug af modal verbet *kræver*.

Ansvaret

Endvidere udtrykker producenten, i målet om at opnå lighed i sundhed, at Aalborg kommune vil *styrke, øge* eller *målrette* deres *fokus* på børn og voksne med kommende sundhedsudfordringer. Andre nøgleord i teksten er *opsøre* og *identificere*. I kraft af disse ordvalg kan der argumenteres for, at aktørerne i kommunen skal være mere opmærksomme på personer, der primært tilhører underklassen, med behov for interventioner. Ordvalgene giver således et positiv indtryk af at kommunen vil yde omsorg og gøre noget for sundheden, ved at være opmærksomme på mennesker i underklassen. Ordet *fokus* forbliver dog et abstrakt begreb i den kommunikative begivenhed, hvorfor det må antages at være op til den enkelte forvaltning at finde ud af, hvordan aktørerne heri kan finde de personer, der skal udsættes for intervention. Dermed bliver behovet for mangeartede indsatser, for at hjælpe mennesker i underklassen i målet om mere lighed i sundhed, italesat.

Udover at forebygge og opsøre særlige individer er der også fra kommunens side, fokus på at borgerne forbliver funktionsduelige så længe som muligt.

Kommunen arbejder for, at de borgere, der er afhængige af hjælp forbliver raske så længe som muligt, at opstået sygdom opdages så hurtigt som muligt, at den rigtige sundhedsindsats og støtte sættes ind i rette tid, samt at der følges op efter udskrivelse fra sygehus. Sundhedsopgaverne tilrettelægges med afsæt i borgerens behov og muligheder, blandt andet gennem træning før pleje. Derved hjælper vi borgerne til at være selvhjulpne og aktive så længe som muligt. De borgere, der har en kronisk lidelse, tilbydes uddannelse i at leve med så få sygdomsrelaterede gener som muligt.

Her er der fokus på ordvalgene *rigtige sundhedsindsats, støtte, følges op* i forhold til at forebygge funktionsnedsættelse, hvormed kommunen påtager sig et ansvar for borgernes sundhed i rehabiliteringsindsatsen. I kraft af tillægsordet *rigtig* ses der en evaluerende modalitet i forhold til indsatser og støtte der skal gives. Ordvalgene indikerer ligeledes en pædagogisk synsvinkel, hvor der tages fat på borgerens *behov* og *muligheder*, hvorved der ikke ses på de begrænsninger individerne har, men i stedet mulighederne. Producenten ses

havende stor affinitet til udsagnet om, hvordan sundhedsopgaverne tilrettelægges på baggrund af kohætion i den kommunikative begivenhed. For at hindre borgerne i at sygdom progrediere skal borgerne være funktionsduelige så længe som muligt. Der gøres derved brug af ordvalgene *selvhjulpne* og *uddannelse*. Der kan således argumenteres for at borgerne skal kunne klare sig selv, ved at lære individerne at undgå yderligere sygdomme. Med ordet *uddannelse* må det antages, at der ligger en betydning af at sundhedspersonale eller eksperter skal give individet en særlig oplæring i at leve så sundt som muligt. Der gøres dog ikke brug af ordet *viden* i relation til klienterne, men *viden* handler i stedet om aktørernes kompetencer. Producenten bruger dog ordet *tilbydes* *uddannelse*, hvormed det må antages at individet kan få et valg i forhold til om han/hun selv ønsker at lære at mestre sygdommen eller ej. I forhold til transitivitet ses der fokus på borgerne som aktive subjekter, mens aktørerne i kommunen er gjort passive med brug af ordene *sundhedsopgaverne* eller *kommunen*.

Teksten indeholder desuden mange forskellige billeder af mennesker i forskellige situationer. I forhold til sundhed ses der børn, der cykler rundt, børn der spiser frugt samt mennesker, der er i bevægelse. Billederne udstråler generelt positivitet samt glæde og endvidere er billederne taget om sommeren, hvor der er masser af farver. Generelt udstråler kommunens sundhedspolitik liv i kraft af deres brug af forskellige klare farver både i fotografierne men også i tekstboksene. Desuden er et gennemgående mønster med buede linjer som også varierer i farven fra side til side og udstråler energi.

5.1.6 Diskursiv praksis 'Aalborg i front med sundhed'

Som det næste led i den kritiske diskursanalyse ses der på, hvilke diskurser der er fremtrædende i forhold til tekstens produktion, konsumtion og distribution.

I kraft af nedenstående citat fra teksten, ses det at formålet fra producentens side, er at give de forskellige aktører i kommunen den sundhedspolitiske ramme, som der skal arbejdes indenfor. Producenten ekspliciterer dog senere i den kommunikative begivenhed, at politik og strategi forvaltningen; Sundhed og Bæredygtig Udvikling, er den primære målgruppe.

De primære modtagere af politikken er ansatte på alle niveauer i Aalborg Kommune. Det skal ses som et udtryk for, at Aalborg Kommune har en særlig forpligtigelse og dermed et særligt fokus på at fremme sundheden i de kommunale aktiviteter.

Kommunen kan ikke løfte opgaven alene. Derfor skal kommunen forsat videreudvikle det i forvejen tætte og stærke samarbejde med Region Nordjylland, almen praksis, sygehusene, de frivillige, forsknings- og uddannelsesinstitutioner samt den private sektor. Kun gennem samarbejde med alle aktører, der arbejder for at fremme folkesundheden, kan vi lykkes med visionen om, at Aalborg Kommune skal være i front, når det gælder borgernes sundhed.

Producenten gør det således eksplicit at sundhedspolitikken er rettet til alle aktører inden for kommunen, hvormed der tilkendes gives at kommunen har en *forpligtelse* og *særligt fokus* på at fremme sundheden. Dermed påtager kommunen sig et ansvar over for den sundhedsmæssige tilstand, hvor der trækkes på en **ansvars** diskurstype i forhold til sundhed som det fælles mål. Der sker italesættelse af ordet *samarbejde* med andre aktører på bl.a. uddannelsesinstitutioner og det frivillige arbejde. Derfor kan der argumenteres for at diskurstypen går på et tværsektorielt perspektiv med indsatser på flere niveauer, som tenderer til det systemiske perspektiv. Der er derfor et konsensuspræget syn på samfundet, hvor kommunen kan gribe ind i individernes livsstil. Det sociale arbejde kommer derved i spil igennem de forskellige systemer, der er tilgængelige i samfundet i relation til menneskers livsbetingelser.

Der ses her diskurser, der inkluderer det sociale arbejde i målet om mere lighed i sundhed:

Medvirke til, at sundheden bliver en del af beskæftigelsesindsatsen, så sundheden for borgere uden beskæftigelse forbedres. [...] Der er særlig fokus på, at børn og unge har mulighed for at få sund mad i kommunens tilbud – herunder også på idrætsanlæg.

Dermed ses der diskurstyper gående på sundhed som et **integreret** element i de forskellige institutioner og kommunale tilbud der er led i de sociale indsatser, hvormed sundhed bliver et fælles mål.

I tillæg til tekstanalysen, ses et særlig fokus på underklassen, hvilket sammenholdt med nedenstående citat, kan argumenteres for en offerdiskurs, idet der sker en skarp kategorisering og stigmatisering.

Samtidig skal Aalborg Kommunes konkrete sundhedstilbud målrettes de borgere, som har allermest behov og som har de ringeste forudsætninger for at leve et sundt liv. I dette arbejde skal det også sikres, at tilbuddene er tilgængelige – både hvad angår afstand og indretning.

I kraft af ordet *målrette* i sammenhæng med *allermest behov* og *ringeste forudsætninger* trækkes der på en **dikotomisk** diskurs, idet der benyttes tillægsord i superlativ, som dermed er kategoriserende. Der benyttes dog ord som *behov* og *forudsætninger*, som er forholdsvis positive ladede ord og ofte brugt i samtiden, hvor det kan formodes at producenten anvender disse med gode intentioner om at bruge sin magt til at hjælpe netop disse mennesker. Den dikotomiske diskurs er dermed stabil fra 'sundt hele livet', men den kommunikative begivenhed, som finder sted i nærværende tekst, trækker dog på andre diskurser, ud fra et omsorgs perspektiv for underklassen. Der trækkes således på en velfærdsdiskurs, hvor kommunen kan gribe ind i menneskers liv og yde omsorg, hvorved der ses interdiskursivitet. I forhold til at der sker en italesættelse af særlige tilbud til mennesker med behov for omsorg, kan der være tale om en **konservativ** diskurs. Der italesættes endvidere et konstant fokus på borgerne som subjekter i forhold til, hvad kommunens ansatte kan gøre, hvormed de træder tydeligere frem.

I forhold til hvordan sundhed ønskes udbredt til alle kommunens tilbud er der fokus på at de ansatte har de nødvendige kvalifikationer i det daglige arbejde med borgere:

Denne kontakt med borgerne giver kommunen en række unikke muligheder for at bringe sundheden ind i hverdagen. Derfor skal sundhed ikke være et til- eller fravalg for borgerne, når de er i kontakt med kommunen, men derimod en integreret og naturlig del af kommunens drift og løsning af opgaver. [...] Kommunens medarbejdere og private leverandører med kontakt til borgerne har den fornødne kompetence, kendskab og viden om sundhedsfremme og forebyggelse.

Den diskursive praksis trækker således på Sundhedsstyrelsens diskurs om at der skal laves universelle eller strukturelle tiltag i de forskellige institutioner og andre områder af

kommunens tilbud. Hermed kan der argumenteres for, at der ses en diskurstype gående på **socialdemokratisk** ideologi, hvor alle mennesker inkluderes, hvilket ses i kraft af ordvalgene *integreret* og *naturlig*. Således tages der afstand fra at sundhed, skal være et rationelt valg, hvilket tager afstand fra den klassiske liberalistiske diskurs. I forlængelse af sundhed som noget der skal være universelt, ligger der endvidere en diskurstype gående på at de ansatte skal være eksperter for borgerne i sammenhænge, hvori de mødes. Dermed er det de ansatte som har ansvaret for at besidde viden og kompetencer til at integrere sundheden i praksis. Det antages at, idet kommunen har fokus på sundhed i kommunens forskellige tilbud og institutioner igennem strukturelle tiltag, at det kan sidestilles med en **socialdemokratisk** diskurstype byggende på velfærdsstatslig behovsteori.

Som det blev set under tekstanalysen bliver ordene *sundhed* og *sundt liv* ofte anvendt både i forhold til den fysiske og psykiske sundhed i målet om at få flere raske og funktionsduelige borgere, men også i forhold til beskæftigelses- og socialområdet. Der kan hermed argumenteres for at der trækkes på en **sundhedsdiskurs** der favner bredt, men at der fortsat trækkes kraftigt på KRAM diskursen. Derved ses en intertekstuel kæde i forhold til KRAM, men diskursivt italesættes strukturelle tiltag nu også og endvidere er der kommet italesættelser på livsbetingelser som en faktor for sundheden. Dog ses der ikke mange italesættelser af konkrete sociale indsatser, der vedrører den sociale ulighed i sundhed i sundhedspolitikken. Dermed ses der ikke fuldstændig kohærens i tekstens konstruktion. Selvom producenten tilkendegiver mange sociale årsager for ulighed i sundhed og kommunen og laver strukturelle tiltag på meso-niveau, ses der dog et stort fokus på individet og dets levevaner i relation at hjælpe underklassen til mere lighed i sundhed.

Endvidere ses der forandringer i nærværende diskursorden gående fra diskurser, der inkluderer alle borgere til en mere dikotomisk diskurs med fokus på de udsatte grupper. Hermed ses der kampe mellem den konservative ideologi, der målretter omsorg til underklassen og den socialdemokratiske ideologi. Der er dog en gennemgribende omsorgsdiskurs og et tværsektorielt samarbejds perspektiv i forhold til at ændre underklassens livsstil. Derved ses der interdiskursivitet, idet der især trækkes på Sundhedsstyrelsens diskurser, men at KRAM diskursen fra tidligere sundhedspolitikker beholdes. I forhold til andre intertekstuelle kæder trækkes der fortsat på en diskurstype omhandlende samfundsøkonomien grundet ønsket om at have selvhjulpne borgere.

5.1.7 Delkonklusion

Som følge af analysen af de kommunikative begivenheder og de diskursive praksisser er der intertekstuelle kæder, der trækker på sundhedsdiskursen, hvorved diskursordenen opretholdes igennem hele arkivet. Sundhedsdiskursen indbærer dog forskellige italesættelser i forhold til, hvad sundhed er og hvordan sundhedsadfærden skal styres, hvor der ses kampe mellem de hegemoniske diskurser.

I 'sund hele livet' er den hegemoniske diskurs liberalisme, hvor underklassen ønskes styret med baggrund i at opnå egenomsorg, være selv-ansvarlig og en diskurs om rational choice. Som moddiskurs i 2011 trækker Sundhedsstyrelsen på den socialdemokratiske diskurs vedrørende strukturelle tiltag i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed og dermed en ideologi, der grundfæster sig i behovsteorien. Endvidere er der vægt på brede individuelle tiltag i forhold til menneskers livsbetingelser, hvormed sociale indsatser diskursivt får prioritet på linje med tiltag vedrørende sundheden. I forlængelse heraf har Aalborg kommune fulgt op på det diskursive element vedrørende behovet for strukturelle indsatser med hensyn til at bedre sundhedsforholdene. Men der ses kampe mellem den socialdemokratiske og den konservative diskurs, idet der stadig trækkes på de naturaliserede diskurser om dikotomi i forhold til sundhedsadfærd, med underklassen som målgruppe for interventioner. Forandring ligger dog i at der skal være særlige indsatser, men med baggrund i en omsorgsdiskurs i stedet for egenomsorg. Der er således en transformation i ordvalgene for diskurserne i sundhedspolitikken, hvor der i 2011 og 2012 er et mere humanistisk sprogbrug. Her indebærer styring af underklassen både strukturelle og individorienterede samt systemisk orienterede tiltag med fokus på livsbetingelser ud fra et omsorgsperspektiv. De seneste år med diverse moddiskurser til den liberalistisk diskurs fra eksempelvis Vallgårda og Mandag Morgen, kan derved have skabt rum for en ændret diskursorden i sammenhæng med at en S-R-SF regering tiltrådte i 2011 efter VK. Nye diskurser lukkes derved ind i forhold til at præge omfordelingen af ideologier til at grænse mod en hegemonisk socialdemokratisk diskurs, der dog er i kamp med den konservative. Derved kan der ses et skifte i måden, hvorpå den sociale ulighed i sundhed politisk ønskes reduceret samt at diskurserne åbner op for indsatser i relation til det sociale arbejde, da der er sket et brud med den liberalistiske diskurs. Yderligere ses der skifte i sætningskonstruktionerne fra at være skarpt afgrænsede, med subjekter der

ekskluderes til at være mere flydende indebærende et humanistisk sprogbrug, hvor underklassens subjekter bliver inkluderet.

5.2 Analyse af den sociale praksis

Arkivet vedrører alle folkesundhedspolitikker, der italesætter forskellige strategier for, hvordan målene for flere raske borgere og en reduktion af den sociale ulighed i sundhed skal indfries. Der er hermed forskellige ideologier og diskurstyper, som finder sted i den sociale praksis og som Fairclough påpeger, er der også ikke-diskursive elementer indlejret i den sociale praksis. Derfor vil tredje trin i den kritiske diskursanalyse, tage udgangspunkt i de sociologiske teorier omhandlende governmentality, biopolitik, habitus og distinktionen. Derved kan abstrakte sociale strukturer have præget diskurserne i en kombination med de diskurser, der finder sted i den konkrete kommunikative begivenhed, hvor der er elementer, som danner grund for stabilitet eller forandring i den sociale praksis.

Styringsmetoderne

Den dominerende diskurs i 'sund hele livet' kan tilskrives liberalisme, grundet det store fokus på individets selv-ansvarliggørelse i forhold til at ændre sundhedsadfærd ud fra menneskets rationelle viden. Det blev således anset som formynderisk, hvis staten skulle tage ansvar i en reducering af den sociale ulighed. Strukturer, der figurerer i samfundet inden for den sociale praksis, betegnes ifølge Rose som ansvarliggørelsesteknikker, hvilket er en essentiel del af den neo-liberale governmentality, da man her sigter mod at borgerne i samfundet, opfører sig moralskt inden for et vist kodeks i forhold til sin sundhed. Her er individet autonomt og forpligtet til at handle ud fra sine egne mål. Den indlejrede governmentality tolkes derfor på linje med diskurstypen vedrørende rational choice, der blev fundet i 'sund hele livet', hvor de sociale strukturer med indlejret liberalistisk politik, kan have præget den diskursive praksis. Diskursivt blev livsstil og KRAM faktorerne, set som noget der kan ændres i år 2002 og frem, ved at individet selv tog ansvar for sit liv ud fra den viden og uddannelse, der er givet. I tillæg hertil påpeger Rose, at der i de avancerede liberale samfund, er en præmis om at mennesket foretager aktive valg og dermed handler rationelt på baggrund af mål og nyttekalkuler, hvilket indebærer at mennesket kan handle frit ud fra normer, diskurser og teknologier. De sociale

strukturer går derfor i spænd med den diskursive praksis i 'sund hele livet', hvorved de opretholdes.

Ifølge Rose ses der indlejrede strukturer, der bygger på neo-liberalistiske principper, som har præget diskursen vedrørende sundheden. Det kan herved tolkes at der i kraft af liberalismen som hegemonisk diskurs er en normalisering af sundhedsvelfærd med baggrund i nytteteorien. Der sker dog et brud i forståelsen af indsatser, da velfærdsdiskursen i stedet trækker på behovsteorien i Sundhedsstyrelsens og Aalborg kommunes politiske udspil, hvor strukturelle indsatser vægtes. Hermed kan der ske socialt arbejde på makroniveau samtidig med at der er omsorgsdiskurser, der trækker på tværfaglige og tværsektorielle helhedsindsatser i forhold til at hjælpe enkelte individer til bedre sociale forhold. Det kan formodes at denne diskurs om at gøre en fælles indsats kan blive hegemonisk inden for sundhedsområdet i den sociale praksis. Hermed tolker jeg at det sociale arbejde i kraft af handlemulighederne med inddragelse af mange forskellige aktører inden for kommunens systemer, kan få større indflydelse på at skabe mere lighed i sundhed i kombination med at de strukturelle indsatser bliver effektueret og indlejrede i den sociale praksis.

Rose påpeger at de avancerede liberale samfunds governmentality sker gennem kontrol og formning af borgenes livsevne igennem forskellige institutioner i samfundet med ansvaret for sundhed. Her gør Rose opmærksom på, at der findes en etopolitik, som er de normative selvteknikker mennesker bør handle efter for at gøre sig selv bedre. I tråd hermed findes diskursen vedrørende de fagprofessionelles forpligtigelser til at have tilstrækkelige kvalifikationer til at rådgive individer til bedre sundhed. Her påpeger Rose at der ses ekspert regulering af mennesker til opfyldelse af sundhedsnormerne. Denne forpligtelse som især de sundhedsprofessionelle har, finder jeg er observerbar i samfundet, grundet dets fokus på at skabe moralsk sundhedsadfærd hos individer, og kan derved tolkes som konstituerende for den diskursive praksis.

Diskursen, i forhold til selv-styring, træder klarest frem i 'sund hele livet', hvor det er sundhedspersonalet, der skal have den rette viden og dermed ansvar for interventioner. Selvom der i Sundhedsstyrelsen og Aalborg kommunes sundhedspolitikker også italesættes andre aktører med ansvar for at styre borgernes sundhed, er der fortsat en diskurs om social- og sundhedsprofessionelles ansvar for at have de rette kompetencer til at hjælpe borgerne.

Derved kan der ses en opretholdelse af strukturerne når det gælder ekspertstyring i den sociale praksis i kraft af diskurserne i de konkrete kommunikative begivenheder.

Rose påpeger strukturer i samfundet, der bevirker at mennesker, som ikke lever op til denne ansvarliggørelse i forhold til at stræbe mod sundhed, gøres til genstand for eksperter indblanding og kategoriseres som patologiske og med personlige svagheder i de avancerede liberale samfund. Diskursen om underklassen som patologiske ses i 'sund hele livet', mens der er kampe fra konservative diskurser i arkivet i forhold til at legitimere intervention af underklassen. Med baggrund i Rose kan der være tale om mikro-racisme, der praktiseres i avancerede liberale samfund, hvor det gøres legitimt for professionelle at blande sig i mennesker fra underklassens liv i forhold til interventioner i det sociale arbejde. Hermed ses sociale strukturer, der legitimerer interventioner, indlejret i den sociale praksis, der kan præge den diskursive praksis. Med støtte fra Bourdieu kan der anskues særlige spilleregler i de felter som aktører arbejdsmæssigt befinder sig i, hvilke er blevet indlejrede i professionelles habitusser og dermed handlemåder i den sociale praksis.

På trods af de nye diskurser, der italesætter brede sociale indsatser, er der stadig individrettede tiltag mod underklassen i forhold til deres sundhedsadfærd. Dette kan tolkes med baggrund i den fremtrædende konservative diskurs, hvormed der kan ses en form for legitimering af at aktører i kommunerne kan gribe ind i menneskers liv uden det betragtes som formynderisk. Hermed tolkes, at der med den konservative diskurs som øverst i diskursorden kan konstrueres en social praksis, der kan få konsekvenser for underklassen i form af pastoral omsorgsledelse. Med den konservative diskurs i Aalborg kommunes politik er det nu mere legitimt for professionelle at intervenere ud fra et ønske om omsorg, da mennesker ikke diskursivt tillægges samme grad af selvstyre for sundheden. De nye diskurser vedrørende omsorg i stedet for egenomsorg tolkes som at fratage individer nogle af de pligter, der ligger i den somatiske etik og frihedsforpligtelsen, hvorved diskurserne kan være med til at forandre en del af den indlejrede governmentality, der er i den sociale praksis.

Styringsteknologier, der kan finde sted i målet om ændring af underklassens livsstil, ses eksempelvis i kraft af den motiverende samtale⁷, som indebærer fagprofessionelles pligt til at påvirke mennesker mod sundere adfærd, hvilken træder tydeligt igennem i 'sund hele livet'. Teknikken kan således ses som et led i den normaliserende intervention som Rose påpeger er

⁷ Den motiverende samtale er en samtaleteknik, hvor der søges at skabe indre motivation hos klienten til forandring af sin livsstil eller adfærd. www.denmotiverendesamtale.dk/DenMotiverendeSamtale

indlejret i den sociale praksis. Derved kan der argumenteres for, at den sociale praksis kan være konstituerende for den diskursive praksis, hvor den diskursive praksis er med til at fastholde strukturen.

Grundet den socialdemokratiske diskurs, som er herskende i Sundhedsstyrelsen udspil, er der fokus på ulighed i sundhed som en gradient, hvilken dermed bryder med den stærke dikotomiske og liberalistiske diskurs, som har været herskende i mere end et årti. I forhold til governmentality ses der således en anden form for conduct i måden, hvorpå der ønskes at styre. Der kan således argumenteres for, at sundhed bliver mere et samlet mål til gavn for samfundet i stedet for et middel, hvilket tager noget af byrden fra det enkelte individ i forhold til at føre moralsk adfærd. Den nye velfærdsbetragtning med baggrund i den socialdemokratiske diskurs kan således få en betydning for alle samfundets borgere, igennem en samlet social indsats integreret med sundhed. Ifølge Mandag Morgen & Trygfonden (2008), som har undersøgt danskernes holdninger til forebyggelse, ses der en accept af, at der laves strukturelle tiltag, for at give en hjælpende hånd, mens der ikke ønskes straf eller ekstrem regulering. Derfor anskues forebyggelse både som et individuelt- men også et kollektiv ansvar. Undersøgelsen er den nyeste på området, som måler befolkningens holdninger ved hjælp af kvantitative spørgeskemaer samt kvalitative interviews, hvor det dog påpeges, at der ses et ideologisk skel i holdningerne i forhold til, hvor meget staten bør stå for forebyggelse (ibid.). Det kan herved antages at befolkningens holdninger varierer fra diskurser gående på liberalistiske ideologier, men også på socialdemokratiske ideologier. Den sociale praksis kan derved ses inde i en forandringsproces i forhold til hvilke diskurser, der dominerer eller som kan vinde dominans. Åbenheden fra befolkningen i forhold til mere forebyggelse kan fra mit synspunkt være kimen til at magthavende politikere måske tør at lave tiltag på makroniveau foruden de strukturelle tiltag, der italesættes i de diskursive praksisser.

Sundhedsdiskursen er en hegemonisk del af diskursorden, hvorigennem producenterne har som mål at få flere raske borgere gennem en reducere af den sociale ulighed i sundhed. Ifølge Rose indgår denne biopolitik under den biomedicinske diskurs som er indlejret i de avancerede demokratiske liberale samfund, hvor biopolitikken kan ses som en socialt forankret struktur. Den biomedicinske diskurs er en del heraf og omfatter det at kroppen er

gjort til genstand for subjektifikation, hvilket Rose benævner som det biologiske medborgerskab. Dette, former menneskets måde at forholde sig til sig selv, som et somatisk individ indebærende den somatiske etik i forhold til, hvordan mennesket bør leve sit liv. Derfor kan der ses nogle indlejrede samfundsstrukturer, der præger den sociale praksis, hvor den diskursive praksis opretholder det biologiske medborgerskabs strukturer i forhold til, hvordan mennesker bør leve deres liv, for at samfundet kan have flere funktionsduelige borgere. Diskursivt tilslutter alle producenterne sig sundhedsdiskursen med baggrund i et økonomisk indlejret perspektiv, hvor Fairclough italesætter økonomidiskursen som en overordnet tendens, idet borgerne investeres i.

I biopolitikken handler det om at identificere risikofaktorer eller risikogrupper og derudfra lægge strategier mod at forebygge sygdom og dødelighed, hvilket betegnes som risikostyring. Arkivets diskursive praksisser har italesat særlige målgrupper i underklassen, der skal interverneres overfor. Samtidig har diskurserne vedrørende styringen af målgruppen skiftet fra sundhedsadfærd som primær faktor til sygdom, over til at være sociale forhold i en kombination med sundhedsadfærd. Herved ses varierende identificerede risikofaktorer, der kan interverneres med i målet om flere raske borgere, men identifikationen af målgrupper er dog stadig herskende i arkivet. Der er således sket en forandring i måden underklassen skal blive til biologiske borgere, idet der diskursivt kan ses en transformation i forhold til, at der sættes fokus på universelle indsatser ud fra synspunktet at ulighed i sundhed tillægges en gradient. Da de nye hegemoniske socialdemokratiske diskurser om at bedre folkesundheden går på strukturelle tiltag, der kommer alle til gode, kan det ses i modsætning til den indlejrede biopolitiske styringsmentalitet i den sociale praksis baseret på selv-ansvarlighed og frihedsforpligtelserne til at være sund. I kraft af der laves strukturelle tiltag sikres der samme retningslinjer for alle borgere uanset, hvordan man styrer sig selv, hvorfor der som en konsekvens ved udmøntningen af diskursen i den sociale praksis, kan ses mindre tydelige normaliserende interventioner.

De nyere sundhedspolitikker 'Social ulighed i sundhed-hvad kan kommunerne gøre?' og 'Aalborg i front med sundhed' har endvidere fokus på påvirkning af borgernes sundhed og sociale livsbetingelser gennem strukturelle som tværsektorielt samarbejde i målet om større lighed i sundhed. Da indsatserne sker ud fra en omsorgsdiskurs, kan det tolkes, at der er skabt en anden konstruktion af forståelsen af de normaliserende interventioner for at gøre borgerne

til biologiske borgere. Der kan dog argumenteres for at udmøntningen af indsatserne, der er bredere funderet i forhold til sociale indsatser, som eksempelvis beskæftigelsesindsatsen, skolegang og en bred indsats i misbrugsbehandlingen tager afstand fra en udelukkende selvansvarliggørelses strategi med individet som en isoleret enhed. Derved er der sket et brud, da de nye diskurser omhandler et mere systemisk perspektiv, hvorved der åbnes op for en større vifte af indsatser og teknikker i målet om at bedre sociale forhold samt sundheden med udgangspunkt i et tværfaglig og tværsektorielt samarbejde.

Potentiale for forandring

Ifølge Bourdieu må menneskets livsstil, ses som fastlåst i kraft af sin habitus med indlejrede skemaer, hvorigennem man oftest handler ubevidst i kendte situationer. Endvidere vil mennesket i kraft af deres habitus og det felt de tilhører fortsat trække på kendte skemaer i nye situationer. Rational choice diskursen tager derfor ikke hensyn til at underklassen indgår under særlige felter, hvor at individets (gruppe)habitus ses som noget solidt, der ofte reproduceres. Bourdieu påpeger dog at habitus kan forandres gennem nye erfaringer og ved ændring af livsbetingelser. I forhold til at ændre adfærd går diskursen i 'sund hele livet' dog kun på at få ny viden og redskaber. Hermed ses der ikke italesættelse af sociale indsatser der kan påvirke underklassens livsbetingelser samt deres sociale position. I den konkrete sociale praksis vil habitus derfor være svær at ændre, når der ikke sker en påvirkning af livsbetingelser og ændring af de sociale felter underklassen indgår i med dertilhørende livsstil. Moddiskursen til rational choice går i stedet på strukturelle og systemisk orienterede indsatser, der kan præge de livsbetingelser underklassen lever under, ved at yde helhedsindsatser i relation til bl.a. beskæftigelse, uddannelse og lokalområdet, hvor sundheden bliver en integreret del. Derved ses det at den socialdemokratiske diskurs bryder op med de liberalistiske diskurser og den neo-liberalistiske governmentality.

Offerdiskursen er stabil i forhold til diskursordenen omend med forskellige italesættelser af grupperne i underklassen. Offerdiskursen træder tydeligst frem i 'sund hele livet' og 'Aalborg i front med sundhed', der diskursivt har skabt et dikotomisk syn på sundhed. Med brug af Bourdieu påpeger han at autoriteter igennem myndighedshandlinger og symbolsk kapital kan tildele mennesker forskellige positioner, identiteter eller stempeling. Klasser kan ifølge

Bourdieu ses som konstruerede på baggrund af økonomisk, kulturel og social kapital, hvor de udøver dominans. Magtforholdet opretholdes således gennem de indlejrede diskurser der tydeligt distancerer underklassen fra resten af befolkningen i forhold til mængden af kapital. I tråd hermed, kan italesættelsen i Aalborg kommunes sundhedspolitik af, at der skal særlige målrettede indsatser og opsøgende arbejde til i forhold til underklassen, ses som en måde, hvor det diskursivt er muligt at opretholde magtforholdet. Det er således muligt i den sociale praksis, at se at der findes forskellige felter mennesker befinder sig i, hvor aktørerne og andre øvre klasser med deres habitus adskiller sig fra underklassen i forhold til livsstil. Med denne distinktion, kan der således tolkes at offer diskurstypen indebærer symbolsk vold.

I forhold til de særlige målrettede indsatser trækkes der på en særlig omsorgsdiskurs. Dermed kan der med hjælp fra Bourdieu argumenteres for at det eksplicite fokus, der er på særlige grupper med behov for omsorg, skaber en distinktion mellem flertallet af samfundets borgere og underklassen. Bourdieu påpeger, der altid foregår en kamp mellem de forskellige klasser i forhold til den livsstil, som er dominerende og kan skille sig ud. En livsstil, som lever op til de overordnede rammer for sundhed, kan være konstitueret af de strukturer, der er indlejrede i forhold til over/middelklassens værdisæt om god adfærd og det som er politikernes mål. Her er det i kraft af livsstil og deres sociale position muligt at distingvere sig fra underklassen. Ved hjælp af indlejrede magtstrukturer kan denne distinktion ske på en legitim måde. Der kan således diskursivt ses at der trækkes på distinktionen i forhold til den eksisterende sociale struktur og politikernes magt til at distingvere de højere samfundsklasser fra underklassen. Fortsat kan der i kraft af sundhedsdiskursen og med hjælp fra Bourdieu ses symbolsk vold skabt af over/middelklassen på baggrund af deres livsstil, kapitalformer og sociale positioner. De objektive og mentale strukturer, der er indlejrede i samfundet angiver Bourdieu som værende neutraliserede eller doxiske. Da sundhedsdiskursen og offerdiskursen har været fremtrædende i mange år, kan det formodes at de sociale strukturer kan være svære at ændre i kampen om at underklassen kan frigøre sig fra dominansforholdet. En erkendelse af at der eksisterer magtforhold, kan dog ifølge Bourdieu og Fairclough bryde det doxiske.

Endvidere påpeger Bourdieu at klassehabitus er fremkommet på baggrund af særlige livsbetingelser, der er blevet inkorporeret og formet af de objektive betingelser, hvor individets habitus kun afviger lidt i forhold til en gruppehabitus. Sundhed skabes således ud

fra de sociale aspekter og livsbetingelser, hvor underklassen indgår under nogenlunde samme vilkår, samme korte uddannelsesniveau og samme sociale position. Underklassen eller 'de svage' vil således i dette perspektiv være mennesker med en mindre grad af kapitalformer, hvor producenterne i mit arkiv diskursivt gør opmærksom på at underklassen ofte har behov for indsatser i forhold til deres sundhed. Der ses derfor ingen tydelig forandring i diskurserne om underklassen, idet der ses en distinktion mellem samfundsklasserne. Dog ses der en sproglig forandring, i måden individerne i underklassen italesættes på, der indebærer et mere humanistisk sprogbrug, men grundlæggende ses der stadig en stemplende faktor af underklassen. Distinktionen kan således tolkes som værende konstituerende for den diskursive praksis, hvor der diskursivt er opretholdelse af magtforholdet grundet diskurserne i de konkrete kommunikative begivenheder.

'Aalborg i front med sundhed', har et diskursivt mønster, der italesætter strukturelle tiltag til gavn for sundheden, som muligvis på sigt kan skubbe ved dominansforholdet, således underklassens livsstil fremstår mindre tydelig. Det ændrer dog ikke ved at kommunen stadig diskursivt har et særligt fokus på underklassens livsstil som mindre sund, hvilket opretholder distinktionen.

Arkivets fokus på den individorienterede empowerment lignende tankegang om at være herre over egen sundhed, kan i kraft af det som jeg har observeret i samfundet i løbet af flere år, tolkes som en befolkningsmæssig accept heraf. Dette kan med Bourdieus begreb *illusio* betegne den accept af det spil, der foregår i samfundet. Der kan dog argumenteres for, at der kan ske en langsom brydning af selv-ansvarliggørelses og frihedsforpligtelserne, i takt med at de nye diskurser, som har større fokus på socialdemokratiske ideologier, indlejres i den sociale praksis. En accept af disse nye spilleregler i den sociale praksis må dog ses som en forudsætning før de bliver doxiske.

Der kan her med Bourdieus begreb symbolsk kapital tilskrives producenterne og de professionelle en særlig dominans i kraft af deres position til at definere det, som er tilstræbelsesværdigt. Hermed bliver symbolsk kapital sat i spil i forhold til at skabe distinktion i livsstile til underklassen. Endvidere kan der i kraft af de dominerendes symbolske kapital være miskendelse, hvormed underklassen ubevidst kan nedgøre sig selv ved at benægte egne livsbetingelser. Da 'sund hele livet' kun diskursivt fokuserer på adfærd

som indsats i den sociale ulighed i sundhed, er det muligt, der kan være en miskendelse for underklassen. Der ses dog moddiskurser fra Sundhedsstyrelsen og Aalborg kommune der anerkender sociale forhold som en betydning for uligheden i sundhed, hvorved indsatser på flere niveauer italesættes, da ændring af habitus må ske som følge af både ændrede livsbetingelser og livsstil. Med de nye hegemoniske diskurser i den diskursive praksis omhandlende et systematisk perspektiv for indsatser, er der anerkendelse af at social ulighed i sundhed er et kompleks samspil af mangeartede sociale, psykiske og fysiske faktorer. Hermed kan det tolkes at det sociale arbejde kan få mulighed for at præge underklassens habitus i den sociale praksis ved at yde helhedsorienterede sociale indsatser.

5.2.1 Delkonklusion

Igennem analysen af den sociale praksis er der set sociale magtstrukturer, som ifølge Bourdieu benævnes som symbolsk vold og distinktion, der holder underklassen i en lav position, hvor diskurserne i sundhedsprogrammerne er med til at opretholde magtforholdet. Sprogbruget har dog ændret sig igennem de diskursive praksisser til at indebære en omsorgsdiskurs for underklassen, hvor kommunen udtrykker et genuint ønske om at reducere den sociale ulighed i sundhed ved at påtage sig ansvaret. Ansvarsfordelingen for sundhed er diskursivt vendt væk fra egenomsorg, således governmentality i den sociale praksis ses udfordret i forhold til selv-ansvarliggørelses teknikker. Med de socialdemokratiske diskurser er der således indsatser, der retter sig mod hele befolkningen og endvidere indsatser, der relaterer sig bredt mod underklassens livsstil. De veludbyggede offentlige institutioner, organisationer og forvaltninger i kommunen kan således igennem diskurserne blive en del af den sociale indsats, ved at have den sociale lighed i sundhed som et fælles mål. Producenterne af Sundhedsstyrelsen og Aalborg kommunens programmer benytter bevidst ord, som distancerer sig fra selv-ansvarlighedens og rational choice diskurserne, hvorved de udgør en moddiskurs til den hegemoniske liberale diskurs. Dermed er diskursen for styring ny i forhold til den indlejrede neo-liberalistiske governmentality i målet om at reducere den sociale ulighed. Legitimering af interventioner overfor grupper af borgere ses dog stadig i diskurserne fra 2011 og 2012, selvom de fremføres ud fra et omsorgspræget og mere inkluderende perspektiv.

5.3 Metode refleksion

Jeg har igennem analyseprocessen søgt at leve op til pålidelighedskravene, hvor jeg har søgt at være transparent i min metode for analyse. Mine analytiske fund kan være mulige at overføre inden for dansk kontekst i samtiden, men de brud der ses i diskurserne for sundhedspolitikken kan være særlige, idet der med tiltrådt S-R- SF regering i 2011, kan være skabt en særlig grobund for at de socialdemokratiske diskurser kan blive artikulert i sundhedspolitikken som moddiskurs til den liberalistiske-konservative diskurs.

Faircloughs tredimensionelle model til udførelse af en diskursiv analyse giver mange værktøjer i forhold til tekstanalyse og den diskursive praksis. Der gives dog ikke anvisninger for, hvilke sociologiske teorier som forskeren skal eller kan anvende ligesom der heller ikke anvises, hvornår den sociale analyse er tilstrækkelig (Jørgensen & Phillips 1999). Kritikken kan have sin berettigelse i forhold til, at der er noget som Fairclough ikke har gjort helt tydeligt. Jeg mener dog at analysens omfang og valg af teorier, må ligge på et skøn, hvor sociologiske teorier må gå i spænd med poststrukturalistisk og kritisk samfundsforskning. Derved vil jeg mene at jeg i kraft af have benyttet sociologen Nikolas Rose, som viderefører Foucaults socialkonstruktionistiske tankesæt og sociologen Bourdieu, som er strukturalistisk konstruktionistisk har været tro mod Faircloughs realistiske socialkonstruktionistiske position og dermed min videnskabsteoretiske position som moderat socialkonstruktionist.

Endvidere kan den kritiske diskursanalyse kritiseres, idet der ikke er tydelige grænser mellem det diskursive felt og analysen af de sociale praksisser som konstituerende for diskursiv praksis. Dermed er det svært at sige, hvornår det er det diskursive, der påvirker og forandrer diskursiv praksis og hvornår det er de ikke-diskursive elementer i den sociale praksis, hvorved det kan være svært at blive fri for ideologien (Jørgensen & Phillips 1999:101-102). Da de indgår i et dialektisk forhold, er jeg derfor bevidst om at der kan være usikkerhed i forhold til, hvornår diskurs er konstitueret eller konstituerende for den diskursive praksis.

I det følgende vil jeg samle mine fund fra analysen i en konklusion. Jeg er bevidst om der kan være kritik af det fremkomne som følge af en socialkonstruktionistisk optik, hvor mine perceptionsmuligheder er begrænset af min indlejrede habitus. Derved kan der være elementer i arkivet, som har været skjulte for mig.

Kapitel 6: Konklusion

Den sociale ulighed i sundhed, der eksisterer i forhold til de socioøkonomiske faktorer, er et politisk og socialt problem, da de sociale forhold og sundheden gensidig påvirker hinanden og medvirker til større sygelighed og dødelighed blandt mennesker med lav social position. Sundhedspolitikken i forhold til den sociale ulighed har kun fokuseret på indsatser vedrørende ændring af sundhedsadfærden uden at ændre på de sociale forhold i kombination hermed. Da der kan ses et problem i måden den sociale ulighed er blev søgt styret, har jeg undersøgt den sundhedspolitiske diskurs fra 2002 til 2012. Idet sundhed ifølge WHO må ses som kompleks indebærende både sociale, psykiske og fysiske faktorer er det relevant at vurdere om diskurserne vedrørende styringen af den sociale ulighed i sundhed har skiftet fokus.

Som følge af diskursanalysen af de tre danske sundhedspolitiske udspil, har jeg taget udgangspunkt i Faircloughs tredimensionelle diskursmodel for kritisk diskursanalyse. Endvidere er der gjort brug af sociologiske bidrag fra Bourdieus begrebsapparat samt Roses governmentality perspektiv, der samlet medvirker til besvarelse af specialets undersøgelsesfelt.

Med udgangspunktet i de hegemoniske diskurser gående på selv-ansvarliggørelse og rational choice tankegangen ud fra en utilitaristisk velfærdsforståelse om det gode liv, kan der diskursivt ses moddiskurser gående på en velfærdsforståelse ud fra behovsteorien i kraft af Sundhedsstyrelsens og Aalborg kommunens sundhedspolitikker. Der ses således en ny diskursorden der er i kamp mod den hegemoniske liberalistiske diskurs på det sundhedspolitiske område.

Der har både diskursivt og i den sociale praksis været et hegemonisk fokus på individuel empowerment og egenomsorg igennem ansvarliggørelses teknikker. Der ses dog en moddiskurs, idet den sociale ulighed i sundhed nu diskursivt erkendes som et socialt problem, der både kræver strukturelle og individuelle løsninger med baggrund i et systemisk perspektiv. Som følge af den diskursive erkendelse af at sundhed foruden de fysiske elementer også påvirkes af sociale som psykiske forhold, italesættes brede sociale indsatser i målet om at mindske den sociale ulighed i sundhed. Der trækkes særligt på beskæftigelses og

uddannelses indsatserne mod bedre sociale betingelser for individerne i underklassen, hvor sundheden endvidere bliver en integreret del af de institutioner og forvaltninger, der skal yde de sociale indsatser. Derved bliver sundhed en integreret del i det sociale arbejde i kombination med at det sociale arbejde får udfoldelsesmuligheder i forhold til at påvirke den sociale ulighed i sundhed. Herved kan sundhedspolitikken med den socialdemokratiske diskurs, ses værende i tråd med den danske velfærdstats grundprincipper, som bygger på solidaritet og behovstilfredsstillelse for alle mennesker. Der er dog stadig fokus på individrettede tiltag, med KRAM diskursen som stabil faktor, men der ses diskursivt andre mønstre i sproget, der indebærer at aktører ud fra et omsorgsperspektiv, skal hjælpe mennesker fra underklassen til en sundere adfærd. Således er tankegangen om mennesket som et udelukket rationelt handlende individ, der skal være i stand til egenomsorg, sat i baggrunden og i stedet lægges ansvaret hos kommunens forskellige aktører i forhold til at hjælpe underklassen med sundere livsstil og bedre livsbetingelser. Herved kan der ses en erkendelse af at underklassen ikke har tilstrækkelig kapital eller muligheder for aktivt at ændre sundhedsadfærd, hvilket kan skyldes deres habitus og muligvis den sociale stress, der kan eksistere hos mennesker med lav social position. Hvorvidt de institutioner og indsatser, der eksisterer i Danmark er sufficente til at skabe social lighed i sundhed for alle samfundsklasser skal være usagt i lyset af fokuset for dette speciale.

Borgerens fulde ansvar for sin sundhedsadfærd er således diskursivt taget væk og i stedet ses en mere indgribende omsorgspræget tilgang fra aktørernes side, hvor det sociale arbejde bliver mere inkluderet i de mangeartede sociale indsatser, der kan bidrage til bedre sociale vilkår og sundhed. Diskursen vedrørende et systemisk perspektiv kan således være med til at skabe social forandring når sundhed bliver et fælles mål for alle institutioner og organisationer i et samarbejde.

Sundhed italesættes som følge af den socialdemokratiske diskurs som en kollektiv opgave, hvorved sundhed ikke kun er et moralskt anliggende, idet sunde tiltag skal blive en integreret del i institutioner og kommunens tilbud. Viden er grundet menneskets træge habitus ikke ens betydning med at man handler derefter og derfor kan strukturelle tiltag ses som strategier, der kan gøre det sunde valg lettere. Den nye diskursorden tager dermed afstand fra den tidligere rational choice diskurs, hvor det sunde valg krævede et aktivt valg. Bourdieu påpeger at

habitus kun kan skubbes til gennem nye erfaringer og ændrede livsbetingelser, hvorved der igennem de nye diskurser omhandlende tværfagligt samarbejde med baggrund i et systemisk perspektiv kan ydes indsatser der relaterer sig til at højne den sociale position, bl.a. igennem en aktiv beskæftigelsesindsats. Ved at ændre livsbetingelserne ses større muligheder for at der kan rykkes ved habitus og dermed på livsstilen. Strukturel styring kan derved ses som en metode, der kan gavne sundheden for underklassen uden at komme med moralske prædikener, som ikke altid er hensigtsmæssige og som kun har haft sporadisk effekt.

I forhold til den sociale praksis, er der med hjælp fra Rose gjort tydeligt, at politikerne har særlige normer der stræbes efter, hvilket tydeliggør den indlejrede biomagt, der ligger i bestræbelserne på at gøre borgerne til sunde biologiske medborgere. Dermed er der ikke sket forandring i forhold til at professionelle aktører på mikroniveau fortsat er styret af biopolitikken mål om skabe flere raske borgere. Biopolitikken må derfor ses som en nødvendighed for samfundets sammenhængskraft, hvor målet, uanset ideologi, er medvirkende til at alle borgere kan leve et sundt og langt liv. Strategierne herfor kan dog variere og er som følge af en ny diskursorden, der baserer sig på en blanding mellem den socialdemokratiske og konservative ideologi, er der set et skifte væk fra den neo-liberalistiske ideologi. Strategierne har således ændret sig på trods af den samme målsætning eksisterer i biopolitikken. Sundhed er derfor diskursivt blevet mere til et samlet mål for samfundet end et middel som set under den liberale diskurs. Endvidere kan der ses en forandring i måden sundheden anskues på, da diskursen i 'sund hele livet' blev betragtet som det at være fri for sygdom, mens nye diskurser tillægger sundhed en helhedstænkning, omend der ideologiske effekter der fortsat opretholder magtforholdene i lyset af det biomedicinske perspektiv i forhold til KRAM.

Økonomi diskursen ses som en sammenkoblet del til sundhedsdiskursen, hvor omkostninger i forbindelse med sygdom dominerer sundhedspolitikken generelt. Derved findes en gennemgående teknologisering af menneskers liv, hvor hensigten udover at skabe mere lighed i sundhed kan være bedre samfundsøkonomi.

I kraft af at der er sket en forandring af diskurserne på det sundhedspolitiske område, kan dette påvirke måden, hvorpå det sociale arbejde kan udfolde sig, idet der med et systemisk perspektiv åbnes op for flere typer indsatser inden for det sociale arbejde. Indsatserne der trækkes på er allerede eksisterende i samfundet, som eksempelvis beskæftigelsesindsatsen og

misbrugsbehandling, men som nu skal arbejde sammen i et fælles mål om bedre sundhed, ved at få individer inkluderet i samfundet. Det sociale arbejde får derved en vigtig betydning i forhold til at mindske den sociale ulighed igennem de forskellige hjælpe organisationer i samfundet. Som følge af en helhedsforståelse og dermed helhedsindsats kan det på sigt få gavnlige konsekvenser for befolkningen. Dette kan ses i lyset af de positive resultater fra Sverige, hvor der ses bedre helbred for hele befolkningen grundet en omfattende sundhedspolitik. Strukturelle tiltag er derved gode i målet om at løfte sundheden for alle, men der kan stilles spørgsmålstejn ved om der kan opnås fuldstændig lighed i sundhed, da der er indlejrede magtforhold som skaber distinktion mellem samfundsklasserne igennem den symbolske dominans.

Der blev i hele arkivet fundet en offer diskurs varierende fra, at underklassen blev tillagt en stærk kategoriserende og stigmatiserende rolle til en mindre kategoriserende rolle, når der blev lagt særlig vægt på at ulighed i sundhed tilkom en gradient. Der er således sket en diskursiv forandring i konstruktionen af underklassen med baggrund i et humanistisk sprogbrug, hvor subjekterne i de nye diskurser træder tydeligere frem og dermed bliver mere inkluderet i det sociale arbejde der kan foregå. Der trækkes dog fortsat på dikotomi diskurs, hvor særlige indsatser for mennesker i underklassen italesættes i målet om at der opnås lighed i sundhed, hvilket distingverer underklassen fra den øvrige befolkning. Selvom der er sket omstruktureringer i sproget, bevares de sociale strukturer i samfundet, hvormed den symbolske magt er med til at opretholde samfundsklasserne.

Den sociale praksis indeholder doxiske strukturer som er medskabende for den diskursive praksis, hvilke omfatter governmentality, biopolitik, symbolsk vold samt samfundsklassernes kampe for distinktion. Disse sociale strukturer ses opretholdt i mere eller mindre grad af diskurserne i de diskursive praksisser. Den socialdemokratiske diskurs vedrørende strukturelle indsatser og med den konservative diskurs om omsorg for de svage, afviger fra den neo-liberalistiske governmentality, hvormed der er skabt diskursiv forandring. Diskursivt tager politikere således ansvaret på sig i forhold til at hjælpe underklassen med at styre sin egen sundhed, mens biopolitikken i sammenhæng med risikostyringen opretholdes diskursivt. Dermed kommer den pastorale omsorgsledelse diskursivt til udtryk, hvor magten kan være til gavn for 'de svage' i forhold til at hjælpe til bedre sociale vilkår og sundhed.

Den danske sundhedspolitiske diskurs har derfor foretaget et stort skifte fra den primært liberalistiske til en blanding af den socialdemokratiske og konservative diskurs, hvilket kan skyldes at der ved S-R-SF regeringens tiltrædelse i 2011 er skabt rum for nye artikulationer. Strukturelle og helhedsorienterede indsatser er dermed diskursivt blevet herskende, hvilket kan hjælpe underklassen med lavere grad af kapital mod en sundere livsstil og dermed til mere lighed i sundhed. Gennem en fokusering på den sociale ulighed i sundhed som en gradient, kan det bryde med det som Vallgård kalder en 'endeløs fortælling' i kraft af der kun har været fokus på sundhedsadfærden som følge af den liberale diskurs. Med den socialdemokratiske diskurs i sundhedsøjemed er der således fokus på at inkludere alle borgerne, hvormed der kan ske en reducere af ekskluderede borgere, der er i risiko for sygdom eller hvor sygdom kan betinge eskalering af sociale problemer. Betydningen af hvad vi tillægger verden ses derfor diskursivt ændret på baggrund af den socialdemokratiske diskurs, på trods af der stadig er doxiske magtstrukturer i den sociale praksis. Igennem den nye diskursorden er der således skabt rum for at det sociale arbejde kan yde en helhedsorienteret indsats med sundheden som et fælles mål.

Kapitel 7: Perspektivering

Som følge af at der kan ses et skifte i diskurserne for, hvordan folkesundhedspolitikken udmøntes, kan dette få konsekvenser for den sociale praksis, hvis de socialdemokratiske og konservative ideologier bliver doxiske. I forhold til den viden der foreligger fra Sverige, kan der ses at brede strukturelle tiltag har en virkning for folkesundheden, hvor borgerne lever længere uden sygdom end danskerne. Endvidere har underklassen ikke været underlagt samme dikotomi/underklassen diskurs, som i Danmark, hvormed sundhed ikke kun har været et moralsk personligt ansvar. Som følge af at de danske kommuner diskursivt påtager sig større ansvar for menneskers helbred i Danmark, med fokus på større samarbejde forvaltningerne imellem, må det hermed formodes at dette også udmøntes i praksis, hvor det er interessant at se om tiltagene har de effekter, der ønskes mod større lighed i sundhed.

Som et konkret eksempel på at der faktisk foretages involvering af alle borgere mod sundere adfærd, som ligger i tråd med det sociale arbejde på meso niveau, ses projektet SoL (Sundhed og Lokalsamfund), der blev iværksat i 2011 på Bornholm og afsluttes i 2015. Her er der fokus på at fremme børnefamiliers sundhedsvaner igennem påvirkning af bevægelses, indkøbs og spisevaner, hvilket finder sted på lokalsamfundets betingelser med inddragelse af professionelle aktører:

Projektet fokuserer på de mange gode ressourcer, som findes i lokalsamfundet. Der arbejdes med et positivt sundhedsperspektiv. Dette baseres på bred deltagelse og involvering af lokalsamfundets aktører til påvirkning af befolkningens sociale engagement og motivation til at skabe forandring. (sol.aau.dk)

Der kommer således til at ske ændringer i bl.a. børnehaver og skoler, hvor der er fokus på at påvirke viden, holdning og sundhedsadfærd i forhold til at styrke familiernes handlekompetencer. Grundlæggende vil de forandringskabende aktiviteter dog både finde sted i børneinstitutioner, supermarkeder og igennem medier (ibid.).

Endvidere kan der med publikationen 'Ulighed i sundhed' fra 2013 udgivet af sundheds- og forebyggelses ministeren, anskues, at der diskursivt er fokus på at se den sociale ulighed i sundhed som en gradient og hvor sproget indikerer, at der ligger et politisk ansvar i forhold til at skabe lighed i sundhed. Astrid Krag påpeger her, at det kræver en helhedsindsats i forhold

til at forebygge, således sundhedssektorens indsatser kun er én blandt mange (Ministeriet for sundhed og forebyggelse 2013). Derved følger den op på Sundhedsstyrelsens sundhedspolitiske diskurs fra 2011 og kan derfor anskues som en moddiskurs til 'sund hele livet', idet der søges forandring. Det tyder diskursivt på at der kan ske strukturelle tiltag, men hvor omfattende de strukturelle tiltag bliver, er dog stadig uvist, da der ikke er kommet et nationalt sundhedspolitisk udspil endnu. Min formodning er at der ikke bliver så gennemgribende tiltag igennem love og tiltag som der findes i Sverige (i folkemunde kaldet forbuds-Sverige), som har en længere tradition for sin strukturelle politik og med stort fokus på fællesskabet. Tiltag som SoL kan dog ses som et skridt mod større inddragelse og fællesskabsfølelse for alle borgere, hvorfor der ses tendens til forandring i samfundet, der stiler væk selv-ansvarliggørelsen.

Kapitel 8: Referenceliste

- Allardt, Erik (1975): *Att Ha, Att Älska, Att Vara – Om velfärd i Norden*. Argos Förlag. Lund.
- Andersen, Jacob (2008): 'Myterne om den skæve sundhed'. I: Diderichsen et al. *Den tunge ende. Sandheden om ulighederne og uretfærdighederne i den danske sundhed*. Dagens medicin bøger. Viby.
- Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier. Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. Nyt fra samfundsvidenskaberne. København.
- Andersen, Pernille T & Timm, Helle (2010): *Sundhedssociologi. En grundbog*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Bourdieu, Pierre (2007): *Den praktiske sans*. Hans Reitzels Forlag. København
- Bourdieu, Pierre (1995). *Distinktionen*. DET lille FORLAG. Frederiksberg.
- Burr, Vivien (1995): *An Introduction to Social Constructionism*. Routledge. London.
- Dahlgren, Göran & Whitehead Margaret (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe*. Stockholm. Institute for future studies.
- Dean, Mitchell (2006): *Governmentality – magt og styring i det moderne samfund*. Forlaget Sociologi. Frederiksberg.
- Diderichsen, Finn (2011): 'Ulighed i sundhed'. I: Iversen L, Christensen U & Lund R (red) : *Medicinsk sociologi. Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. Munksgaard Danmark. København.
- Fairclough, Norman (2008): *Kritisk diskursanalyse – en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Fairclough, Norman (2003): *Analysing Discourse. Textual analysis for social research*. Routledge. London.

- Fairclough, Norman (1992): *Discourse and Social Change*. Polity Press. Cambridge UK.
- Glasdam, Stinne (red.). *Folkesundhed – I et kritisk perspektiv*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København.
- Hagen, Roar (2003): 'Rational Choice'. I: Andersen, H & Kaspersen, L B (Red.): *Klassisk og moderne samfundsteori*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Højberg, Henriette. (2004): 'Hermeneutik'. I: Fuglsang, L. & Olsen P.B. (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Jensen, Per H (2007): 'Velfærdsbegrebets mangfoldighed' I: Jensen, Per H (red.) *Velfærd – dimensioner og betydninger*. Bogforlaget Frydenlund. København.
- Jensen, Mads (2012): Regeringen og EL afskaffer sukker- og fedtafgift. Berlingske Nyhedsbureau. Lokaliseret [1/3-13] via <http://www.b.dk/politiko/regeringen-og-el-afskaffer-sukker-og-fedtafgift>
- Jørgensen, Marianne & Phillips, Louise (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg.
- Jørgensen, Marianne (2002). *Refleksivitet og kritik. Socialkonstruktionistiske subjektpositioner*. Roskilde Universitetsforlag. Frederiksberg.
- Lund, Rikke, Christensen Ulla & Iversen, Lars (red.) : *Medicinsk sociologi. Sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred*. 2. udgave. Munksgaard Danmark. København.
- Mandag Morgen & Trygfonden (2008): *Fremtidens forebyggelse – ifølge danskerne*. Huset Mandag Morgen. København.
- Mandag Morgen (2006): *Er sundhed et personligt valg? - et debatoplæg om forebyggelse i Danmark*. Huset Mandag Morgen og Trygfonden.
- Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2013): *Ulighed i sundhed*. Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. København.
- Nicolaisen, Peter (2011): 'Fedme er også et socialt problem'. *Univers* nr. 13. Århus.

- Lokaliseret [11/2-2013] <http://www.au.dk/univers/nyhed/artikel/fedme-er-ogsaa-et-socialt-problem/>
- Olsen, Henning (2003): 'kvalitative analyser og kvalitetssikring'. *Sociologisk forskning*. Nr. 1
 - Olsen, Lars et al. (2012): *Det danske klassesamfund. Et socialt Danmarksportræt*. Gyldendal. Gylling.
 - Otto, Lene (2009): 'Sundhed i praksis'. I: Glasdam, Stinne (red.). *Folkesundhed – I et kritisk perspektiv*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. København.
 - Payne, Malcolm (2006): *Teorier i socialt arbejde*. Hans Reitzels Forlag. København.
 - Piil, Mille A M (2006): 'Den uretfærdige usundhed'. I: *Sygeplejersken*. 20. oktober (20).
 - Prieur, Annick & Sestoft, Carsten (2006): *Pierre Bourdieu. En introduktion*. Hans Reitzels Forlag. København.
 - Regeringen (2002): *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. Indenrigs- og sundhedsministeriet.
 - Regeringen (2009): *Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre*. Regeringen.
 - Rose, Nikolas (1999): *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge University Press. Cambridge.
 - Rose, Nikolas (2009): *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. Dansk psykologisk forlag.
 - Rubington, Earl & Weinberg, Martin (eds.) (2011): *The Study of Social Problems. Seven Perspectives*. 7. udgave. Oxford University Press. New York.
 - Schmidt, Anders (2013): 'Derfor lever de rige danskere længere end de fattige'. I: *Politiken.dk* Lokaliseret [13/3-13] <http://politiken.dk/tjek/sundhedogmotion/livsstil/-ECE1919857/derfor-lever-de-rige-danskere-laengere-end-de-fattige/>
 - Sol.aau.dk (u.å): *Sundhed og Lokalsamfund*. Aalborg Universitet - Måltidsvidenskab

- og Folkesundhedsernæring. København. Lokaliseret [7/2-13] <http://www.sol.aau.dk/-om-sol/>
- Sundhedsstyrelsen (2011): *”Social ulighed i sundhed - Hvad kan kommunen gøre?* Sundhedsstyrelsen. København.
 - Sundhedsstyrelsen (2010): *Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* Sundhedsstyrelsen. København S.
 - Sørensen, Kjeld M (2010): *Ideologier og diskurser – sprog, magt, politik.* Forlaget Columbus. København.
 - Vallgård, Signild (2011): *”Livsstilssygdomme” og livsstil* i Brock S (red.): *Folkesundhed. Perspektiver på dansk samfundsmedicin.* Philosophia. Aarhus.
 - Vallgård, Signild (2008): *'Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes'. I: Health Policy no. 85. pp. 71-82.*
 - Vallgård, Signild (2003): *Folkesundhed som politik. Danmark og Sverige fra 1930 til i dag.* Aarhus Universitetsforlag. Gylling.
 - Verwohlt Betinna & Reinbacher Gunnar (2010): *”Kan vi leve længere, hvis vi problematiserer ansvaret for sundhed på en ny måde?: en undersøgelse af relationen mellem folkesundhedsprogrammer og middellevetid i et komparativt perspektiv.* Aalborg Universitet.
 - WHO (1986): *“Ottawa Charter for Health Promotion”, First International Conference on Health Promotion Ottawa, November 21th,* World Health Organization. Lokaliseret [1/2 2013] <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>
 - Aalborg kommune (2012) *”Aalborg i front med sundhed. Sundhedspolitik 2012-2014”.* Sundhed og Bæredygtig Udvikling. Aalborg.