

De sunde overvægtige børn

Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn

From, Ditte-Marie

Publication date:
2012

Document Version
Peer-review version

Citation for published version (APA):
From, D.-M. (2012). *De sunde overvægtige børn: Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Roskilde Universitet.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Ditte-Marie From

De sunde overvægtige børn

Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet
med overvægtige børn

Ph.d.-afhandling
Forskerskolen i Livslang Læring,
Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning,
Roskilde Universitet
December 2012

Ditte-Marie From
De sunde overvægtige børn
Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn

En udgivelse i serien *Afhandlinger fra Forskerskolen i Livslang Læring*, Roskilde Universitet

1. udgave 2012 Forskerskolen i Livslang Læring

© Forskerskolen i Livslang Læring og forfatteren

Omslag: Vibeke Lihn
Sats: Forfatteren
Tryk: Kopicentralen, RUC

Forhandles hos RUC-Bogladen/Samfundslitteratur
E-mail: ruc@sl.cbs.dk

ISBN: 978-87-91387-61-6

Udgivet af:
Forskerskolen i Livslang Læring
Roskilde Universitet
P10, Postboks 260
4000 Roskilde
Fax: 46 74 30 70
E-mail: forskerskolen@ruc.dk
www.ruc.dk/paes/forskerskolen/

Alle rettigheder forbeholdes.
Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med COPY-DAN, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer.
Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelse.

Forskerskolens forord

En ph.d.-afhandling er et 'svendestykke' som viser at forfatteren har "gennemført et selvstændigt forskningsarbejde under vejledning" som det siges i Bekendtgørelsen om forskeruddannelse. Det er dette svendestykke der hermed publiceres. Men ph.d.-afhandlingerne er også at betragte som videnskabelige udviklingsarbejder, som yder sit bidrag til at aftegne det nye forskningsområde. Forskning i livslang læring er i nogle henseender en videreførelse af *pædagogisk* forskning. Men Livslang Læring som forskningsområde favner bredere – læring i hele livsløbet, i uddannelse, arbejdslivet og i andre livssammenhænge – og påkalder sig en tværfaglig tematisering af læring som subjektiv aktivitet i en samfundsmæssig kontekst.

Forskerskolen i Livslang Læring skal bidrage til udvikling af dette forskningsområde ved at uddanne dygtige forskere, som har denne tværvidenskabelige og problemorienterede horisont.

Ditte-Marie Froms afhandling *De sunde overvægtige børn. Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*, placerer sig inden for feltet 'sundhedsfremme og sundhedspædagogik'. Den yder hermed et centralt videnskabeligt bidrag til forståelse og diskussion af den rolle, 'det sunde menneske' har fået for vores identitetsdannelse, men også for den måde vi som samfund opstiller kriterier for den rigtige og ansvarlige måde at leve vores liv på.

Afhandlingen bidrager med et kritisk blik på opfattelsen af, at sundhed primært drejer sig om, at den enkelte skal vælge den rigtige livsstil, og at vejen hertil går igennem at lære befolkningen hvordan. I afhandlingen diskuteres begrebet sundhed, som der findes meget forskellige naturvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og humanistisk inspirerede forståelser af, som hver især leder frem til væsensforskellige sundhedspædagogiske strategier for, hvorledes fx det meget omdiskuterede overvægtsproblem blandt børn skal forstås og gribes an. Afhandlingen er velskrevet og teorierne er velvalgte og klart beskrevet i forhold til afhandlingens problemstilling vedrørende konstruktionen af overvægt som sundheds- og samfundsmæssigt problem, og den måde dette kommer til udtryk på gennem kommunale kurser for overvægtige børn og deres forældre. Læseren introduceres på en spændende og fint formidlet måde til det Foucaultinspirerede begreb om biopædagogik, hvilket ikke tidligere er set i danske studier af sundhedspædagogiske problemstillinger.

Den empiriske analyse af de kommunale sundhedskurser for overvægtige børn rummer endvidere en række interessante elementer. Det påvises således hvordan kommunerne på den ene side taler om et bredt, borgerdefineret sundhedsbegreb, men i praksis, i de kurser forfatteren har studeret, bruger et overvejende biomedicinsk begreb om sundhed, hvor problemer og årsager er defineret på forhånd. Forfatterens iagttagelse af, hvordan kurserne er med til at skabe en selvforståelse hos børnene om, at de som overvægtige er et problem – en selvforståelse, som de ikke nødvendigvis havde i forvejen, hvilket er et andet interessant og vigtigt resultat. Derigennem peges der på, hvordan en governmentality-inspireret tænkning forankres i børnenes måde at tænke og handle på i forhold til at fremstå som et 'dydigt bio-barn', der kender til herskende normer og udviser en adfærd i overensstemmelse med disse. Dette knytter også an til forfatterens påvisning af det, hun benævner en *mangeldiskurs*, dvs. en forhåndsopfattelse af overvægtige børn som børn, der mangler viden, selvværd, handlekompetencer, udfoldelsesmuligheder og sociale relationer. Antagelser, som bliver stærkt problematiseret og nuanceret igennem afhandlingen.

Ditte-Marie From giver endvidere en række illustrative eksempler på, hvordan kommunernes forhåndsopfattelse af de overvægtige børns situation og selvopfattelse kommer til udtryk i sundhedspædagogiske praksisser ved at fylde på af ernæringskorrekt viden, give redskaber til at vælge det sunde måltid og ikke mindst give anvisninger til, hvilken adfærd, det forventes, at man som overvægtigt barn udviser i hverdagslivets sociale arenaer. Endelig skal det nævnes, at analysen leverer en relevant kritik af de evidensbaserede metoders anvendelse i det sundhedspædagogiske arbejde. På linje med de fleste andre initiativer, der sættes i værk fra offentlig side, har de kommunale sundhedskurser været underlagt kravet om at bruge evidensbaserede metode – altså at resultaterne skal kunne dokumenteres i form af statistisk målbare størrelser. At skulle leve op til dette krav har været en af forhindringerne for at kunne iværksætte de sundhedspædagogiske initiativer, der tager udgangspunkt i en bred humanistisk og samfundsvidenskabelig sundhedsfremmende tilgang, der arbejder med dialogorienterede og inddragende metoder, og åbner mulighederne for at tage udgangspunkt i de overvægtige børns ressourcer og erfaringer frem for deres mangler.

Helt centralt for afhandlingens empiriske analyser er de overvægtige børns stemmer, der er sat i spil ved hjælp af foto-eliciterede interviews. De overvægtige børns fortællinger fra hverdagslivet viser, hvordan børnene har indlejret

biomedicinske sundhedsforståelser af det overvægtige børneliv som overvejende værende afvigende, utilstrækkelig og i fare for at blive potentielt sygt, hvis ikke de retter op på deres adfærd. Samtidigt illustrerer børnenes fortællinger, hvordan overvægt ikke nødvendigvis er en hindring for et sundt og trivselsfuldt børneliv med venskaber, aktive fritidsinteresser, viden, handlekompetencer og eksisterende ressourcer til at leve et sundt og trivselsfuldt liv. Denne analytiske pointe bestyrker yderligere argumentet for en inddragende sundhedspædagogik, der arbejder ud fra de overvægtige børns ressourcer frem for mangler.

Forfatteren har benyttet sig af en abduktiv tilgang til analysen, og denne gennemføres meget konsekvent, således at der hen gennem rapporten til stadighed gennemføres en refleksionen af samspillet mellem teoretiske, metodiske og empiriske elementer.

Forskerskolen i Livslang Læring blev etableret i 1999 med støtte fra Forskerakademiet. Den byggede videre på det forskeruddannelsesprogram indenfor uddannelsesforskning som var igangsat allerede i begyndelsen af 90'erne. Siden forskeruddannelsen ved det daværende Institut for Uddannelsesforskning, nuværende Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, blev etableret er der ca. 70 der har erhvervet ph.d.-graden. Der er nu ca. 60 indskrevne studerende, og Forskerskolen optager hvert år omkring 15 nye ph.d.-studerende.

Forskerskolen trækker på teoretiske og metodiske inspirationer fra andre humanistiske og samfundsvidenskabelige forskningstraditioner. Den søger at tematisere nogle af de sammenhænge som disciplinopdelt videnskab og praktisk bestemt professionsviden traditionelt afskærer. Af fokuseringen på læring som en subjektiv proces, der indgår i nær sammenhæng med objektive samfundsmæssige og kulturelle sammenhænge, følger en række forskningsmæssige problemstillinger, som vedrører både læringsarenaer, de lærende og selve forståelsen af hvad læring, viden og kompetence er. Forskning i Livslang læring omfatter derfor en emnemæssig mangfoldighed og har en lige så mangfoldig praktisk perspektivering af forskningen. Ph.d.-afhandlingerne har ofte emner, der ikke umiddelbart ligner noget pædagogisk, men som bliver skrevet ind i det nye forskningsområde, som endnu kun vagt lader sig aftegne. Det kræver ofte teoretisk og metodemæssig innovation. Det er samtidig bestræbelsen i forskeruddannelsen at trække forbindelsen til eksisterende forskningstraditioner og paradigmer både i pædagogisk forskning og en række tilgrænsende discipliner. Metodologisk er der en række gennemprøvede, fortolkningsbaserede empiriske metoder, som kan udnyttes, og bliver udnyttet, men hvert projekt rummer sine valg og tilpasninger.

Forskeruddannelsen er en international uddannelse, som løbende har fremtrædende internationale gæsteprofessorer og en jævn strøm af udenlandske gæstestuderende, ligesom både studerende og vejledere deltager meget intensivt i internationale forskningsnetværk. Der er etableret samarbejdsaftaler med en række toneangivende forskningsmiljøer ved universiteter over hele verden.

Indhold

Forord	11
Kapitel 1. Indledning.....	15
1.1. Baggrund.....	16
1.2. Fra skoler til kommunale kurser	18
1.3. Sundhedsforståelserne bag pædagogikkerne.....	20
1.4. Instruktioner til livet – biopædagogik	24
1.5. Børnenes stemmer	25
1.6. Socialkonstruktionistiske metoder.....	26
1.7. Kommunale sundhedsforpligtelser	27
1.8. Kildesund og Velling Kommune.....	28
1.9. Nødvendige afgrænsninger og præciseringer.....	30
1.10. Afhandlingens opbygning.....	31
Kapitel 2. Forskningsdesign	35
2.1. Socialkonstruktionisme og diskursive praksisser	36
2.1.1. Krop og menneske som et socialt produkt.....	38
2.1.2. Sprog og diskurs som tekst og repræsentationer.....	40
2.2. Abduktion	43
2.3. Refleksivitet i forskningsprocessen	45
2.4. Gyldighed og generaliserbarhed	46
2.5. Specifik mangfoldighed – en anden situation.....	49
Kapitel 3. Teoretiske perspektiver og iagttagelsesledende begreber	53
3.1. Sundhedspositioner bag pædagogikkerne	56
3.1.1. Ændring af livsstil	57
3.1.2. KRAM i kommunale sundhedspædagogikker	60
3.1.3. Ægte og uægte sundhedsmål.....	62

3.1.4. En salutogenetisk orientering i sundhedspædagogikken.....	63
3.2. Opdragelse og dannelse i sundhedspædagogikken.....	65
3.2.1. Kurser som sundhedspolitiske styringsredskaber.....	67
3.3. Sundhedspædagogik – normativitet og dialog.....	69
3.3.1. Demokratiske sundhedspædagogikker.....	72
3.3.2. Evidensbaserede sundhedspædagogikker.....	74
3.4. Alternative sundhedsforståelser.....	76
3.4.1. Krop, mad, fællesskab og selvværdsfølelser.....	77
3.4.2. Selvbeherskende dannelse af krop gennem mad.....	80
3.4.3. Den civiliserede kropsvægt.....	81
3.5. Retten til at definere sundhedsnormer: Bio-pædagogik.....	85
3.5.1. Et Foucaultsk afsæt.....	87
3.5.2. Normen, det afvigende og 'det frie valg'.....	89
3.5.3. Biopædagogik.....	90
3.5.4. Bio-borgere og dydighedsdiskurs.....	95
3.5.5. 'Fedme-epidemien' og dens effekter.....	96
3.5.6. Kroppen som privat anliggende og politisk holdeplads.....	99
 Kapitel 4. Metodiske tilgange og refleksioner.....	 101
4.1. Udvælgelse af cases.....	103
4.2. Dokumentanalyse.....	105
4.2.1. Kontekstualisering af dokumentanalysen.....	107
4.3. Generationsordenen – voksendominans og børnesyn.....	108
4.4. Deltagerobservation.....	111
4.4.1. Præmisser og refleksioner bag deltagende observation.....	112
4.5. Visuelle metoder og børn som informanter.....	123
4.5.1. Børn som kompetente subjekter.....	125
4.5.2. At få sagt og blive hørt.....	126
4.5.3. To former for foto-eliciterede interviews.....	127
4.5.4. Visuelt materiale – indsigt i sociale fænomener.....	130
4.6. Udvælgelse af informanter.....	131
4.6.1. Køn – en analysekategori blandt mange.....	132

4.6.2. Kursusdeltagelse og overvægt som kriterium	133
4.6.3. Interaktioner med børnene forud for interviewene.....	135
4.7. Etik i forskningspraksissen med visuelle data	136
4.7.1. Samtykke og forhandling.....	137
4.7.2. Anonymisering	138
4.7.3. Præsentation af mit emne og foto-opgaven	139
4.7.4. Udførelsen af de foto-eliciterede interviews	142
4.7.5. Magtfulde forhandlinger om dialog og deltagelse	143
4.8. Fotofortolkning og analyse.....	145

Kapitel 5. De rammesættende dokumenter 149

5.1. Produktion og konsumtion af sundhedspolitikker.....	150
5.1.1. En kommunal forpligtigelse.....	150
5.1.2. At leve det liv, man har lyst til.....	152
5.1.3. Den skræmmende og risikofyldte overvægt.....	153
5.1.4. Økonomiske og samfundsmæssige rationaler i sundhedsstrategierne.....	156
5.1.5. Kommunal biopolitik og governmentality	158
5.1.6. Roller og ansvar for sundhed.....	160
5.2. Produktion og konsumtion af sundhedspædagogikker	161
5.2.1. Magt, viden og mangeldiskurser.....	163
5.2.3. De sociale koders afsløring af bio-borgerskabet	167
5.2.4. Fedme-epidemien og det manglende mådehold	168
5.2.5. Slankekurens symbolik og selvkontrol.....	169

Kapitel 6. Observation af sundhedspædagogiske praksisser..... 171

6.1. Sundhedsbegreber i sundhedspædagogikken.....	172
6.1.1. Til fødselsdag.....	173
6.1.2. Viden i polaritetsformer og den moralske styrke	177
6.1.3. Sundhed trin for trin	179
6.1.4. Mangeldiskursens indtog og salutogenese	182
6.1.5. Selvstyringens rationalitet.....	186
6.1.6. Kategoriale antagelsers mulige effekt.....	189

6.1.7. De objektive sundhedssandheder	191
6.1.8. De kropslige kriterier for sundhed.....	194
Kapitel 7. De foto-eliciterede interviews	201
7.1. Bearbejdning af fotografier og interviewtekst	202
7.2. Interaktioner med børn og magtspil	202
7.2.1. Produktion af fotografisk materiale.....	206
7.3. Børnenes stemmer	210
7.3.1. Jeg har et problem: Jeg er overvægtig.	210
7.3.2. Viden om sundhed	216
7.3.3. Sundhedsbegrebernes strid i hverdagslivet.....	220
7.3.4. Det dydige bio-barn.....	225
7.3.5. Mig og min venner – og Tykberg	230
Kapitel 8. Konkluderende pointer.....	239
8.1. Et opgør med faste sundhedskategorier.....	240
8.2. Mangeldiskursernes betydningsfulde brud.....	240
8.3. Nye pædagogiske syn på kommunale sundhedskurser	243
8.4. Hør de overvægtige børns fortællinger.....	244
8.5. Få greb om overvægten af ressourcer.....	246
Perspektivering.....	249
Litteraturliste	251
Rapporter	259
Artikler fra dagblade.....	262
Øvrige links	262
Sekundær litteratur.....	263
Abstract (Dansk).....	265
Abstract (English).....	267

Forord

Ikke så få har mindet mig om, at dette projekt har fat i et rigtig vigtigt budskab. Det alene kræver en tak. Tak til alle de forvrængede ansigter, der oftest har mødt mig, når jeg har fortalt, at jeg skriver om de *sunde* overvægtige børn. ”Hvem er dog det?”, lød det skeptisk. ”Måske i virkeligheden de fleste faktisk”, svarede jeg og fik om muligt en endnu større mimisk sammentrækning retur. Så måtte jeg jo forklare mig. Du kan læse forklaringen i sin fulde form på de næste mange sider. God fornøjelse!

Først dog en stor tak til en lang række af mennesker, der har medvirket til at starte projektet op, været mit heppekor undervejs og hjulpet med at runde af og lukke ned.

Uden min RUC'ske hovedvejleder, Kirsten Bransholm Pedersen, og hendes utrættelige og minutiøse blik for passager, der havde potentiale for forbedring; uden så stor en faglig, teoretisk og metodisk indsigt på sundhedsområdet og veludviklet sans for videnskabers muligheder og begrænsninger; uden denne ambitiøse tilgang og velmenende allergi over for mine til tider forhastede slutninger og forskningsmæssige krumspring havde dette projekt næppe fået sit endelige, kvalificerede udseende. Af hjertet tak, Kirsten. Du har gjort en afgørende forskel.

Også en stor tak skal lyde til Inge Tetens, den altid positivt indstillede chef i Fødevareinstituttets afdeling for Ernæring (DTU), der på trods af, at projektet bevægede sig længere og længere væk fra sit oprindelige, madmæssige udgangspunkt, alligevel forblev opbyggende og entusiastisk og fandt interesse i projektets alternative vinkler og pointer.

Tak til Kim Rasmussen (RUC), projektets bi-vejleder, for fagligt inspirerende og behagelige vejledermøder. Tak for troen på, at selv en bøvlet proces omkring visuelle studier med børn i nogle tilfælde kan siges at rumme større indsigter end det egentlige fotografiske produkt.

Tak til Bent Egberg Mikkelsen og Food+Lab-folkene, herunder i særdeleshed Lise Walbom fra Dansk Industri, der begge var en indledningsmæssig driv-

kraft for, at projektet blev en realitet. Tak til Bent og Lise for efterfølgende nysgerrighed og interesse for at lære om nye måder at arbejde med børn og sundhed.

Tak til hele det RUC'ske hold af indskrivningsfolk, der lagde et stort arbejde i gøre en udfordrende (hedder det vist) ph.d.-konstellation mulig at lande: Erling Jelsøe, Kurt Aagaard Nielsen, Birger Steen Nielsen og Camilla Schmidt. Også en tak til Forskerskolens sidenhen hovedansvarlige, Linda Lundgaard Andersen og Niels Warring, for omsorg og hjælp til at trække pragmatiske linjer i sandet.

Tak til projektets to anonyme samarbejdskommuner for at byde mig velkommen indenfor i deres kommunale sundhedsfremmepraksis. En særlig stor tak til de deltagende børn og deres familier!

Tak for sparring fra ph.d.-kollegaer og andre kollegaer på hhv. RUC og Fødevareinstituttet (DTU), der løbende har givet uundværlige input.

Tak til ph.d.-coach Mirjam Godskesen for at trække frustration, perfektionisme og præstationsfornemmelser ned på et menneskeligt plan.

En særlig tak til sekretærerne og andet godtfolk på PAES, der udgør kernen i det trivselsfulde fundament, som dagligt har mødt mig på RUC.

Tak til Ørslev Kloster for ideelle rammer til ro og fordybelse. Tak til alle de inspirerende mennesker, hvis veje mødte min i klostrets lille køkken.

Tak til min usandsynlig gode samling af venner – både de af jer, der hyppigt kom med indsigtsfulde kommentarer, og de af jer, der aldrig helt forstod, hvad jeg egentlig skrev om: Begge dele har været lige befriende.

Og endelig: Tak til min ganske aldeles vidunderlige familie for jeres ukuelige støtte og altid kærlige omsorg, der har mindet mig om, at når alt kommer til alt, så er et ph.d.-projekt alligevel kun det, det er: Endnu en af (arbejds-)livets mange opgaver, der som nu får sin afslutning og lader nyt begynde.

Ditte-Marie From,
2012

Den, der tager sundt for sundt, og usundt kun alvorligt,
han og hun har faktisk fattet begge dele lige dårligt.

(Citeret frit efter Gruk af Piet Hein)

Kapitel 1. Indledning

Fedme er en hastigt voksende trussel mod folkesundheden. Manglende viden om sund mad og motion gør os syge og tager livet af os. Stigning i vægt er så stort et globalt problem, at der tales om en fedme-epidemi. Sundhed er et fælles anliggende, og overvægtige må udvise et ansvar – ikke kun for egen krop, men også for den samfundsmæssige velfærd. Når overvægtige vejer for meget, er det fordi de mangler viden, redskaber og kompetencer til at leve det sunde liv. Overvægt skal forebygges så tidligt som muligt, helt fra den tidlige børnealder. Overvægtige børn må lære at ændre adfærd, inden det går galt. Overvægtige børn må på kursus. Overvægtige børn må lære at blive sunde.

Sådan tales der om sundhed, børn og overvægt i den aktuelle sundhedsdebat.

Denne afhandling er et sundhedspædagogisk projekt. Afhandlingen undersøger, hvordan overvægt forstås som et individuelt og samfundsmæssigt problem, og hvilke sundhedspædagogiske foranstaltninger, der iværksættes for at afhjælpe problemet. Grundlæggende kan det antages, at når vi betragter et problem på en bestemt måde, så skaber vi også ganske bestemte måder at løse problemet på.

Derfor er vi nødt til at stille os selv det spørgsmål: Har vi forstået problemet rigtigt?

Jeg undersøger i denne afhandling, hvordan overvægt som et sundhedsmæssigt og samfundsmæssigt problem konstrueres i spændingsfeltet mellem politiske sundhedsstrategier, sundhedspædagogiske indsatser og i overvægtige børns hverdagsliv. Jeg har undersøgt, hvad bestemte fortællinger, antagelser, fordomme, målsætninger, strategier og tilgange til overvægt og overvægtige mennesker gør, når vi med pædagogiske virkemidler ønsker at forebygge og

sundhedsfremme de overvægtige børn, der er udpegede til at have et særligt sundhedsproblem.

At der er sket en stigning i den danske befolknings vægt, og at svær overvægt (fedme) kan forårsage en række livstruende sygdomme, stilles der i denne afhandling ikke spørgsmålstegn ved. Overvægt er en aktuel sundhedsmæssig og samfundsmæssig problemstilling, hvis udbredelse politikere, praktikere, professionelle og folk i al almindelighed har en interesse i at finde en løsning på. Der er en efterspørgsel på viden om, hvordan vi løser befolkningens overvægtsproblemer og knækker de opadgående fedmekurver. Det slanke menneske repræsenterer nemlig ikke kun en forestilling om det sunde menneske med den sunde krop, men også forestillingen om den gode, produktive borger. Set i det lys bevæger overvægtsproblematikken sig ind og ud af to sideløbende arenaer, der sigter mod bedring af to former for sundhed: den individuelle og den samfundsmæssige. Det er med denne dobbeltsidede interesse, at sundhedspædagogiske indsatser iværksættes i landets kommuner.

Denne afhandling konfronterer den herskende overvægtsproblematik ved i første omgang ikke at bestræbe sig på at finde nye svar, men ved at stille nye spørgsmål. Afhandlingen vil med sin dekonstruerende tilgang dermed kaste et nyt blik på måden at forsøge at gøre overvægtige børn sunde ved at spørge: *Hvad gør allerede sunde?* Og når vi kender til det svar, da stille spørgsmålet: Hvilke nye og hidtil oversete *sundhedspædagogiske potentialer* opstår der da?

Afhandlingens problemstilling er således at undersøge, *hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvfølelser.*

1.1. Baggrund

Dette ph.d.-projekt blev en realitet i august 2007 som følge af et samarbejde mellem DTU's Fødevareinstitut (Afdeling for Ernæring) og Roskilde Universitet, Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC) samt Forskerskolen i Livslang Læring (PAES)¹. Ph.d.-projektet er en del af den såkaldte

1 På RUC har jeg været tilknyttet to institutter, hhv. Institut for Miljø, Samfund og Rumlig Forandring (ENSPAC) og Institut for Psykologi og Uddannelsesstudier (PAES), hvorfra jeg har haft hhv. en hoved- og bi-vejleder. De to RUC-institutter samarbejder om faget Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier, hvorpå

Food+Lab ansøgning, der i samarbejde med repræsentanter fra Dansk Industri, praktikere, embedsfolk, kommuner, ernæringseksperter, skolemadsudbydere, fødevarereproducenter og forskere skulle skabe en national platform for sund skolemad og undervisning om sundhed i de danske folkeskoler med det formål at ruste skolemadsområdet og gøre danske skolebørn sunde gennem sund mad.

Food+Lab opstod som idé i 2005, da 48 fagfolk mødtes i 48 timer på initiativ af Fødevarerindustrien² på Det Fede Topmøde³. Målet var at udvikle konkrete idéer til, hvordan Danmark kunne forebygge en fedme-epidemi. Denne ambition var i tråd med Ernæringsrådets rapport fra 2003 om ”Den danske fedme-epidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats”, hvori det stod således beskrevet: *”Som anført, er en optimal forebyggelsesindsats endnu ikke identificeret. Imidlertid stiger forekomsten af overvægt og fedme med stor hast, og følgetilstandene bliver et tiltagende problem for både individet og samfundet og medfører store samfundsøkonomiske konsekvenser. Derfor er det nødvendigt at handle nu [...]”* (Ernæringsrådet, 2003).

Derudover var formålet med Food+Lab at finde på tiltag, der kunne bekæmpe de stigende sundhedsmæssige udfordringer i form af livsstilsrelaterede sygdomme som følge af overvægt og fedme. Intentionen bag Food+Lab var dels at tilbyde værktøjer til etablering af sunde skolemadsordninger og dels at give skolerne let adgang til en række undervisningsmaterialer med henblik på at give lærerne inspiration til at inddrage sundhedsfremmende elementer i undervisningen.

I Food+Lab projektet indgik tre forskellige ph.d.-projekter. Jeg blev ansat til at varetage det forskningsprojekt, der havde en pædagogisk vinkel, og som skulle udforske en individuel læring om sundhed. Oprindeligt bar dette forskningsprojekt titlen: ”Evidensbaseret forskning: Udvikling og gennemførelse af en individuelt målrettet læringsdel”.

Food+Lab ansøgningens oprindelige intentioner med dette ph.d.-projekt beskrev et formål, der rettede sig mod en udarbejdelse af undervisningsmateriale

jeg har afviklet 1/3 af min vidensformidlingsforpligtelse i form af undervisning og vejledning. Den sidste 2/3 af mit pligtarbejde har jeg afviklet i løbet af de to første år på DTU's Fødevarerinstitut. Samarbejdet mellem DTU og RUC's institutter og fag har gjort, at ph.d.-projektet adskiller sig fra andre forskningsprojekter, der arbejder med børn og sundhed, idet jeg har haft de naturvidenskabelige forskningstraditioner fra Fødevarerinstitutet på tæt hold, samtidig med at min vejledning og min primære, faglige tilknytning foregik i de traditionelle, samfundskritiske RUC-rammer.

2 Et branchefællesskab under Dansk Industri.

3 www.detfedetopmoede.dk

og hands-on-øvelser til skoleelever. Dette forskningsdesign fulgte en logik, der antog, at hvis skoleelever fik præsenteret tilstrækkeligt gennearbejdet undervisningsmateriale med instruktioner i, hvad sund mad er, og hvordan man lever sundt, ville det dernæst kunne måles, om børnene ændrede deres adfærd og blev sundere ved f.eks. at vælge de sunde tilbud i skolemadsordningerne.

Med den RUC'ske vejledning på projektet foretog jeg imidlertid en del bearbejdninger af det oprindelige forskningsdesign⁴. Mine humanistiske og samfundsvidenskabelige tilgange til børn, pædagogik, sundhedsfremme og hverdagsliv frembragte et anderledes analytisk undersøgelsesdesign, dog stadig med sundhedspædagogik i højsæde. Det skete ikke mindst med udgangspunkt i de socialkonstruktionistiske videnskaber, hvilket f.eks. forårsagede et opgør med at undersøge sundhed ud fra evidensbaserede metoder. I stedet stillede jeg mig kritisk undrende overfor nogle af de grundantagelser, der hersker omkring overvægtige børn, f.eks. antagelsen om en florerende fedme-epidemi, og at overvægtige børn er usundere end andre børn. Dette banede vejen for at arbejde dekonstruerende i bestræbelsen på at afdække nye sundhedspædagogiske potentialer.

1.2. Fra skoler til kommunale kurser

Ph.d.-projektets forankring forblev hos børn i skolealderen. Men projektet bevægede sig også uden for en egentlig skolesammenhæng, hvilket havde to forklaringer. For det første ville jeg inddrage forældre i min forskning ud fra den antagelse, at børns sundhedsdannelse også sker igennem forældre. For det andet var der en mere praktisk årsag til, at jeg bevægede mig væk fra sundhedsfremmende læring i skoletiden, nemlig at jeg i min søgning efter skoler, der ville indgå i et samarbejde, fandt ud af, at mange skoler på daværende tidspunkt ikke havde implementeret en egentlig sundhedsfremmende indsats på skolerne.

Denne oplysning fik jeg bekræftet af de to kommuner, Kildesund Kommune og Velvinge Kommune⁵, hvor jeg senere endte med at producere afhandlingens empiri. Oplysningen var, at kommunernes skoler kunne vælge, om de ville iværksætte f.eks. et Sundhedstegn eller en særskilt sundhedspolitik. Men de kunne også vælge at takke nej. Det havde de fleste skoler gjort. Kommu-

⁴ Jeg havde ikke selv udarbejdet det oprindelige forskningsdesign til ph.d.-projektet.

⁵ Begge kommuner har fået tildelt anonyme. Kildesund og Velvinge er således to opdigtede bynavne.

nerne havde derimod med Kommunalreformen 1. januar 2007 og den nye sundhedslov⁶ overtaget ansvaret for sundhedstilbud for kommunens borgere, herunder børn og unge og deres forældre. Det var med andre ord den kommunale forpligtelse til at foranstalte sundhedsfremmende tilbud, der vendte mit empiriske blik mod læring om sundhed på kommunale kurser.

Med beslutningen om at undersøge kommunale sundhedskurser fik jeg blik for både de nationale og kommunale sundhedspolitikker. De statslige, økonomiske og overordnede sundhedspolitiske lovbeslutninger var med til at forme de kommunale kursers beskaffenhed og erklærede sundhedsmål. Disse forhold prægede kursernes *pædagogiske* udseende, virke og formål. Derfor har herskende sundhedspolitikker en relevant status i afhandlingens forskning, da nationale og kommunale sundhedspolitikker viste sig at spille en betydelig rolle i mine analyser af de pædagogiske strategier, der var udviklet til at lære overvægtige børn og deres familier at blive sunde.

I mit første møde med de to kommuners sundhedskurser viste der sig et paradoks, som jeg kom til at beskæftige mig med. Paradokset omhandlede, at de kommunale kurser i både Kildesund Kommune og Velvinge Kommune slog sig op på ikke at være slankekurser og alligevel kun blev tilbudt til overvægtige børn. Således var de pædagogiske indsatser ikke for *alle* potentielt usunde børn (uanset vægt), men *kun* for familier hvor et eller flere børn var vurderet egnet til deltagelse pga. overvægt. Dette udvælgelseskriterium gav anledning til en række spørgsmål, der ikke kun relaterede sig til, hvordan der pædagogisk ud fra denne udvælgelse blev arbejdet med kategorien sund/usund, men som også pegede i retning af at undersøge, hvilke motivationer for at skabe sunde, men også gode borgere, der kan siges at ligge bag kurser særligt tiltættet for overvægtige børn og deres familie.

Med disse opstartsprocessuelle erkendelser og ny-formulerede forskningsoptikker udviklede ph.d.-studiet sig. Med et socialkonstruktionistisk ståsted kom de interaktionistiske metoder og kritiske blikke på herskende paradigmer og syn på overvægtige børn og sundhed i spil med det formål at undersøge alternative sundhedspædagogiske potentialer. Jeg havde med de grundlæggende undringsspørgsmål skabt et forskningsmæssigt udgangspunkt for at arbejde med *alternative sundhedsforståelser*, der skulle pege på nye *sundhedspædagogiske tilgange*. Ph.d.-projektet har med andre ord muliggjort produktionen af nye syn

6 "Sundhed i Kommunen – nye opgaver og muligheder" (Sundhedsstyrelsen, 2005).

på sammenhængen mellem overvægt og sundhed. Dette har skabt nye bud på, både hvordan overvægt kan forstås som et sundhedsproblem og i særdeleshed på, hvordan dette problem rent pædagogisk kan afhjælpes.

1.3. Sundhedsforståelserne bag pædagogikkerne

Sundhedspædagogik er uløseligt forbundet med forståelser af det sunde menneske, da det, der skal læres igennem en sundhedspædagogisk indsats, kan ses som et udtryk for et bagvedliggende sundhedsbegreb. Sundhedspædagogik kan overordnet set siges at være de pædagogiske overvejelser, der ligger bag sundhedsundervisning og sundhedsfremme. Disse er to adskilte, men gensidigt relaterede aktiviteter: ”*Sundhedsundervisning er kendetegnet ved et fokus på (formelle og uformelle) aktiviteter, som er rettet mod sundhedsrelateret læring og kompetenceudvikling; sundhedsfremme [er kendetegnet] ved aktiviteter rettet mod at fremme sundhed i bredere forstand, herunder via sundhedsundervisning, udvikling af sundhedsfremmende rammer på gruppe- og lokalsamfundsniveau samt udvikling af sundhedspolitikker*” (Carlsson og Simovska, 2009: 296).

Der kan i sundhedsfaglig forstand siges at herske flere positioner inden for begrebet sundhed. I afhandlingen diskuterer jeg, hvordan sundhedspædagogikker influeres, med udgangspunkt i to overordnede positioner: Den *biomedicinske* sundhedsforståelse, samt de *brede, åbne og positive* sundhedsforståelser⁷. Disse er ikke nødvendigvis hinandens modsætninger, ej heller kan de i et sundhedsfremmende øjemed siges at være tilstrækkelige i sig selv. Men i bestræbelsen på f.eks. at reducere forekomsten af overvægt opstår der et naturligt fokus på kroppe, hvormed den biomedicinske sundhedsforståelse hovedsageligt præger sundhedsindsatserne og den sundhedspædagogik, der praktiseres på de kommunale sundhedskurser. Med en biomedicinsk forståelse af det sunde barn er kurserne pædagogisk tilrettelagt ud fra et bagvedliggende rationale om, at den sunde krop er *den raske krop*, og at overvægt, som et aktuelt eksempel på den usunde krop, potentielt set er *den syge krop*. Det er med denne forståelse, at de kommunale indsatser pædagogisk iværksættes for at slanke

⁷ Jeg henviser gennem afhandlingen til både det biomedicinske sundhedsbegreb i ental og de biomedicinske sundhedsforståelser i flertal, fordi der både er tale om en lægefaglig vidensposition, men også fordi der jævnfor den socialkonstruktionistiske tilgang er flere måder at praktisere forståelserne af det sunde menneske på i overensstemmelse med biomedicinen. Jeg henviser til de brede, positive og åbne sundhedsforståelser i flertal, da disse sundhedsforståelser har hver deres begrebsmæssige baggrund og tillige har forskellige måder at praktiseres på. Dette uddyber jeg i kapitlet om teoretiske perspektiver på sundhed i fht., hvordan disse påvirker sundhedspædagogikken bag de kommunale sundhedskurser.

borgere med henblik på at forebygge sygdomme og holde borgerne sunde og raske. Biomedicinske sundhedsforståelser kan føre til individuelle tiltag, der søger at rette op på det enkelte individs kropslige forhold. Ligeledes kan biomedicinske sundhedsforståelser føre til mere socialmedicinske tiltag, der f.eks. skal forbedre det miljø, hvor individet lever, f.eks. i form af forbedrede boligforhold, infrastruktur, sanitetsforhold mv. I denne afhandling er der med begrundelse i, at de to kommunale sundhedskurser i overvejende grad var rettet mod en forbedring af de deltagende børns individuelle adfærd (og ikke f.eks. en forbedring af de miljøer, de måtte færdes i), fokus på, hvordan en biomedicinsk sundhedsforståelse, der fokuserer på det enkelte individs krop også skaber en bestemt type af sundhedspædagogik.

Det er vigtigt at slå fast, at afhandlingen ikke har haft til formål at kritisere den biomedicinske orientering mod opretholdelsen af den sunde krop. Ej heller har afhandlingens sigte været at bryde med en traditionel lægevidenskabelig og patogenetisk praksis, ligesom afhandlingen heller ikke har sigtet mod at kritisere eksisterende kliniske praksisser. Derimod og langt mere væsentligt har afhandlingen søgt at identificere herskende problematikker i pædagogiske tilgange, der betragter overvægt som et potentiel eller allerede eksisterende adfærdssrelateret sundhedsproblem, der gennem særligt tilrettelagte undervisningsforløb kan forebygges og behandles.

Afhandlingen har derfor i overensstemmelse med den socialkonstruktionistiske videnskabsteoretiske forståelse søgt at dekonstruere de to kommunale praksisser, der som skrevet bygger på et overvejende biomedicinsk fundament, ved at stille sig kritisk spørgende over for herskende sundhedspædagogiske rationaler. I forlængelse af dekonstruktionen følger rekonstruktionen, hvorved den biomedicinske forståelse af det overvægtige barn ikke forkastes men suppleres med perspektiver fra de brede, åbne og positive sundhedsforståelser, der introducerer alternativer til den biomedicinske forståelse af sammenhængen mellem sundhed og overvægtige. Denne konstruktionistiske proces har været afsættet for at kunne stille skarpt på herskende sundhedspædagogikkers begrænsninger og pege på nye og mere gunstige sundhedspædagogiske tilgange, der kan styrke arbejdet med overvægtige børn.

Den biomedicinske orientering, som jeg uddyber senere i afhandlingen, bygger på et positivistisk, objektivistisk og evidensbaseret ståsted, der beskæftiger sig med den del af sundhed, der kan dokumentere og bevise vejen til et sundere liv (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009). Det objektivistiske i den biomedicin-

ske videnstradition kan forklares ud fra en forestilling om, at der hersker en objektiv virkelighed, hvis årsag og virkningssammenhænge den menneskelige krop og dens funktioner kan anskues ud fra. Sygdomme i form af forstyrrelser i kroppen kan biomedicinsk betragtet identificeres ud fra nogle essentielle kriterier, diagnosticeres og dernæst behandles. Dermed kan forskellige mennesker have den samme sygdom og sandsynligvis have gavn af den samme behandling (Søndergaard Kristensen, 2005: 18). Den objektivistiske, biomedicinske tilgang har muliggjort forebyggelse og bekæmpelse af en lang række ikke mindst livstruende sygdomme og udgør således et afgørende fundamentet for det moderne menneskes fravær af sygdomme, idet sygdomme med ensartede symptomer kan kureres med ensartede behandlingstiltag.

Således har det objektivistiske islæt i de biomedicinske metoder og tilgange fremhævet visse sundhedsvalg frem for andre. Som eksempel på dette er de velkendte KRAM-faktorer, der stiller skarpt på anbefalelsesværdige måder at forholde sig til Kost, Rygning, Alkohol og Motion⁸ for at forebygge sygdomme, der relaterer sig til en uhensigtsmæssig livsstil. I denne ph.d.-afhandling med fokus på børn er det forhold omkring kost og motion, der er i fokus, dels hvordan forebyggelsen af potentielle sygdomme forsøges forebygget ved at identificere fællestræk ved konsekvenserne af at spise for meget og motionere for lidt og dels på baggrund af fællestrækkene iværksætte ensartede, sundhedspædagogiske indsatser.

Pædagogisk set kan forebyggende og sundhedsfremmende kurser med et biomedicinsk afsæt i behandlingen af overvægt siges at bygge på en forståelse af, at den rette oplysning og viden om kost og motion bør kunne ændre overvægtiges vaner og medføre en sundere livsstil. Dette sundhedspædagogiske perspektiv på årsag, sammenhænge og tilpasning af ønskværdig adfærd er et eksempel på en af de grundlæggende diskurser om, hvad det sunde menneske er, og hvordan det er muligt at blive sund. I denne afhandling bliver disse spørgsmål yderligere udfordret ved at dekonstruere perspektiver og forståelser og slutteligt kæde dem sammen i en ny form ved at introducere alternative perspektiver på det overvægtige barn.

Forankringen af den biomedicinske forståelse af den sunde krop i herskende sundhedsforståelser kan tilskrives, at lægevidenskabens udvikling historisk set gjorde det muligt at forebygge en lang række epidemiske sygdomme og redde

8 KRAM-faktorerne er sidenhen blevet videreudviklet til også at indbefatte stress, som en afgørende faktor for det sunde liv, hvormed der hyppigere henvises til KRAMS-faktorerne.

liv. Oplysning om hygiejniske forholdsregler, samt udviklingen af vacciner og antibiotika forhindrede f.eks. før livstruende sygdomme (Elsass og Lauritsen, 2006). Derudover faldt årsagerne til livstruende sygdomme ved forbedring af boligforhold, kloakering og rent drikkevand, hvilket forhindrede udbredelse af smitsomme sygdomme blandt mennesker (Iversen et al., 2011: 18). Den biomedicinske forebyggelsestankegang synes derfor naturlig at overføre til det, der i dag betegnes som en *fedme*-epidemi. I forlængelse heraf bliver det naturlige biomedicinske omdrejningspunkt at finde den rigtige form for indsats til at forebygge eller behandle den potentielt syge (overvægtige) krop.

Den sunde krop *er* naturligvis også den raske krop. Men som den internationale World Health Organisation allerede og i øvrigt uændret siden 1948 proklamerede som deres offentlige definition på sundhed, så er sundhed mere end fravær af sygdom: ”*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*”⁹. Derfor kan sundhed (og dermed overvægt som et *sundhedsproblem*) ikke anskues alene ud fra en biomedicinsk tankegang, der fokuserer på forebyggelse og behandling af overvægtsrelaterede sygdomme. Derimod bør omdrejningspunktet for at arbejde med sundhed hos overvægtige tænkes bredere og række udover forebyggelse af sygdomme og rettes videre over imod trivsel.

I afhandlingen refererer jeg i en samlebetegnelse til de brede, positive og åbne sundhedsforståelser, som f.eks. Steen Wackerhausen (1994), Bjarne Bruun Jensen (2006), samt Aron Antonovsky [1987] (2000) er repræsentanter for ved at arbejde med sundhed ud fra herskende livsbetingelser frem for faste definitioner. I forlængelse heraf opstår de brede, åbne og positive *sundhedspædagogikker*, der ikke søger at formidle en bestemt sundhedsviden for at anspore til en bestemt adfærd, men snarere ud fra dialog og inddragelse søger at afdække og styrke eksisterende sundhedsressourcer. Og netop fokus på ressourcer frem for begrænsninger er Aron Antonovskys grundsynspunkt i hans *salutogenetiske* sundhedsbegreb, der ikke ser på alt det, der gør syg, men på alt det, der gør sund. Således arbejdes der i afhandlingen med, at overvægt kan ses som andet end en kropslig ubalance, der skal behandles. Fokus er på overvægtige børns sundhedsressourcer, der i sameksistensen af både den biomedicinske sundhedsforståelse samt de brede, åbne og positive sundhedsforståelser kan sættes pædagogisk i spil og skabe en forstærket sundhedsfremmende og forebyggende forankring i de overvægtige børns hverdagsliv.

⁹ <http://www.who.int/>

Det er med disse videnskabelige sundhedstilganges indbyrdes kamp om at definere sundhed, at afhandlingen diskuterer overvægt i en sundhedspædagogisk optik som både et individuelt og samfundsmæssigt problem og som genstand for diskursive fortællinger om, hvordan det sunde liv opnås og leves. Disse grundsynspunkter udfolder jeg i afhandlingens kapitler.

1.4. Instruktioner til livet – biopædagogik

Afhandlingen har orienteret sig internationalt ved at se på, hvilke teoretiske strømninger, der forsøger at bryde med herskende biomedicinske sundhedsdiskurser og komme med alternative bud på det sunde liv. Den australske sociolog Deborah Lupton (1996), der orienterer sig mod senmodernismen, baserer f.eks. sine analyser på, at spisning og *mad ikke kan ses løst fra kultur og subjektivitetsprocesser*. Med dette perspektiv får mad og læring om ernæringsrigtige måltider en ny status, når overvægtige skal sundhedsfremmes og overvægt forebygges, fordi mad og viden om korrekt ernæring isoleret set ikke alene kan siges at betinge individers måder at spise på.

Ligeledes får forståelsen af overvægt som problem for både individet og samfundet en ny forståelse, når der forskes i det, der kan betegnes som *instruktioner til livet*. Betegnelsen stammer fra begrebet *biopædagogik*, som er hentet fra Jan Wright og Valerie Harwood (2009)'s antologi om biopolitik og styring af individer gennem kroppen. Biopædagogik er inspireret af Michel Foucaults begreb om biomagt og biopolitik (f.eks. Foucault, 1994; 2001; 2005; 2008) og ser på, hvordan en *disciplinerende magt foranstalles i sundhedspædagogiske instrukser til livet* og regulerer individers adfærd i henhold til de herskende sundhedsnormer.

Regulering af adfærd er et centralt analytisk tema i denne afhandling – heraf også motivationen for at inddrage adfærdsregulerende rationaler om kost og motion, som de konkret findes f.eks. KRAM-faktorerne. Biopædagogik betoner med sin analytiske optik, hvordan retten til at definere sundhedsnormer og -afvigelser, som de udspiller sig i forskellige pædagogiske praksisser, også medfører bestemte måder for individerne (både de tynde og de tykke) at forstå sig selv og tilpasse sig samt ændre deres handlinger i overensstemmelse med de herskende sundhedsnormer. De teoretiske perspektiver omkring biopædagogik opererer med begrebet om *den dydige bio-borger*, der henviser til opkomsten af en helt ny menneskeart: Borgeren, der udviser et ansvar for egen og dermed

det fælles samfunds sundhed ved at vise, at han eller hun er i stand til at træffe de rigtige sundhedsvalg. Den dydige bio-borger afspejler retorikken om f.eks. forestillingen om en hastigt voksende 'fedme-epidemi', der kan bekæmpes ved at leve et liv, der følger de officielle sundhedsanvisninger i forhold til kost og motion. Dette kan ske ved f.eks. at opnå eller bibeholde et acceptabelt Body Mass Index ($BMI = \text{kg/m}^2$) og dermed udadtil leve det dydige liv: *"What has made the idea of an obesity epidemic possible is the development of a discourse of a normative Body Mass Index (BMI) as the "virtuous mean" to which we should all aspire"* (Halse, 2009: 46).

Dydighedsdiskurser om det sunde liv rammer således ikke kun overvægtige, men alle individer. Diskurserne opretholder en biomedicinsk forestilling om, at der hersker en fedme-epidemi, uden at der reflekteres over den udtalte medicinske konnotation, der befinder sig i at kæde en epidemisk betegnelse sammen med overvægt som fænomen. Den medicinske betegnelse har dog den effekt, at den appellerer til alle borgere om at udvise ansvarlighed og moralsk forpligtelse til at kontrollere sin sundhed gennem *kropslige* praksisser. Således bliver en løsning på overvægt som problem f.eks. korrekt fødevareindtag og regelmæssig motion. Og således står fokusering på krop centralt i formelle såvel som uformelle sundhedspædagogiskers instruktioner til det sunde liv.

1.5. Børnenes stemmer

Afhandlingens gennemgående aktører er børn – de overvægtige børn på kommunale sundhedskurser. Ikke kun som studerede objekter, men som interagerende subjekter, hvis stemmer jeg har været optaget af at inddrage aktivt i afhandlingens analyser. Beslutningen om at inddrage børn som informanter opstod tidligt i projektet, da jeg stødte på et utal af undersøgelser af børns sundhed. Ingen af projekterne havde dog ladet mikrofonen gå direkte i børnehøjde og spurgt børnene om deres egne oplevelser af at være overvægtige og på kursus for at blive sunde. Børnестemmerne var bemærkelsesværdigt fraværende og blev ikke tillagt værdi, til trods for at kurser og indsatser netop omhandler disse børns sundhed. En af de bærende argumentationer for at inddrage de overvægtige børn i forskningen læner sig op ad de danske og engelske traditioner for at arbejde med generationsordnen (f.eks. Warming (2005); Rasmussen (2001); Tuft, Kampmann og Juncker (2001); Clark, Kjørholt og Moss (2005)). Generationsordenen henviser til de uligheds- og magtfulde

interaktioner, som børn og voksne indgår og forhandler i, samt det at tildele børn en aktiv stemme i forsøg på at udligne en herskende voksendominans. Teorierne bygger på en forestilling om, at det ved at inddrage børn øger muligheden for at lade børn få større indflydelse på betingelser i deres hverdagsliv og blive en aktiv del af retten til f.eks. at definere det sunde liv.

Den anden grund til at jeg har inddraget de kursusdeltagende børn er, at jeg igen og igen stødte på beskrivelser af det overvægtige barn, der var præget af hvad jeg har valgt at kalde en *mangeldiskurs* og beskrev alt det, som barnet ikke havde, ikke kunne, ikke var i stand til, ikke formåede og var begrænset eller tyngtet af. Da jeg trådte ind i de to kommunale kurser, havde jeg således en forventning om at møde overvægtige børn, der havde begrænset viden om sund mad og motion, ikke havde kompetencer og redskaber til at leve sundt, havde dårligt selvværd, ingen venner, ingen fritidsinteresser, mistrivedes i skolen, blev mobbet, var inaktive og triste. Betegnelser der kan siges at stamme fra det billede på overvægtige børn, der hersker i daglige forståelser. Jeg besluttede, at min forskning skyldte børnene at få disse antagelser bekræftet, hvis de var sande. Men jeg besluttede også, at hvis min forskning bød på andre mere ressourcefyldte og positive fortællinger om det overvægtige barn i hverdagslivet, så ville disse få en central status i det analytiske forskningsarbejde rettet mod sundhedspædagogiske potentialer.

Jeg har i afhandlingen i samarbejde med de deltagende børn arbejdet med billeder i en dobbelt forstand. Dels i beskrivende billeder på overvægtige børn som i det ovenstående, som møder os i hverdagen, men også ved at invitere de kursusdeltagende børn til selv at medvirke til at skabe billeder fra deres hverdagsliv. Børnene har således ved hjælp af engangskameraer produceret visuelt materiale ved at fotografere begivenheder, steder, personer og hændelser. Fotografierne blev anvendt i såkaldte foto-eliciterede interviews, hvor børnene i billeder og i tale bidrog til at skabe nye fortællinger om sundhed, børneliv og overvægt.

1.6. Socialkonstruktionistiske metoder

Afhandlingen er bygget op om omkring en socialkonstruktionistisk forståelsesramme. Med et konstruktionistisk udgangspunkt har det ikke kun været muligt, men også en pointe i sig selv at arbejde med bevægeligheden i sundhedsdiskurser, frem for at arbejde med faste kategorier om, hvad der er sundt

og usundt. Vivien Burr (2003), som er grundkilden til afhandlingens socialkonstruktionistiske perspektiv, bestræber sig med udgangspunkt i sproget på at stille kritiske spørgsmål til et genstandsfelt og undersøge, hvorfor nogle former for viden får status som sande, og hvad dette betyder for menneskers måde at tænke og handle på: *"Descriptions or constructions of the world therefore sustain some patterns of social action and exclude others. Our constructions of the world are therefore bound up with power relations because they have implications for what is permissible for different people to do, and for how they may treat others"* (Burr, 2003: 5). Med andre ord er det de magtfulde forhandlinger gennem sproget, der konstruerer bestemte forståelser af norm og afvigelser. Den socialkonstruktionistiske forståelse tager afstand fra essentialistiske perspektiver, hvormed det ikke giver mening at tale om, at overvægtige børn *per se* er usunde. Snarere har et af de centrale underspørgsmål til afhandlingens overordnede undersøgelsesfokus været: Hvornår er man u/sund? Og ifølge hvilke forståelser? Og hvilke konsekvenser har det for den pædagogiske måde at arbejde med at sundhedsfremme i kommunerne?

1.7. Kommunale sundhedsforpligtelser

Overvægtige menneskes sundhedstilstand er ikke blot alarmerende og skræmmende, men billedet peger også på, at der i særdeleshed er en økonomisk og velfærdsmæssig opgave at løfte. De danske kommuner, der efter amternes nedlæggelse pr. 1. januar 2007 har overtaget ansvaret for sundhed på lokalt plan, er forpligtede til at iværksætte kommunale sundhedsindsatser for børn og familier med særlige sundhedsbehov. I afsnittet om Kommunale sundhedsydelser står i § 120 (stk. 2) skrevet, at: *"Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov."* (Sundhedsloven 2007). Overvægtige børn betragtes på grund af deres vægt som børn med et særligt sundhedsbehov. Derfor iværksætter kommuner rundt om i landet kurser, der ofte bygger på det simple budskab, at hvis du spiser flere kalorier, end du forbrænder, så tager du på i vægt. Kurserne har det pædagogiske sigte at opmuntre overvægtige børn og deres forældre til at spise sundt og motionere mere.

Kommunerne tager truslen mod folkesundheden alvorligt og er derudover under et stigende økonomisk pres til at minimere alle unødige, offentlige udgifter. Dette betyder, at kommunerne er interesserede i, at de midler, der po-

stes i sundhedskurser, er gunstige og har en effekt. Dette bevirker, at kommunale sundhedskurser rent pædagogisk også tilrettelægges på en sådan vis, *at selve effekten kan dokumenteres*. Dokumentationskravene i kommunerne forårsager, at de sundhedsfremmende kurser underlægges evidenskriterier og evalueringsteknikker, der bedst måles i tal og mængder, der kan sammenlignes med andre. Dette også ud fra rationalet om, at hvis et kursus har en mærkbar effekt (vægttab) i den ene kommune, vil det kunne overføres til andre kommuner, der vil kunne tilbyde samme behandling i form af kurser til børn og familier med overvægtsproblematikker.

Evalueringskravene påvirker de pædagogiske tilrettelæggelser af sundhedskurserne, idet kurserne organiseres og udføres, så effekten af indsatsen kan dokumenteres. Tilrettelæggelsen af de kommunale sundhedskurser kan med andre ord siges at befinde sig i et skisma, hvor sundhedspædagogik skal spille sammen med krav om målbare effekter. Dette betyder, at et kursus ikke nødvendigvis får vurderet dets succes på baggrund af børnenes oplevelser, erfaringer og syn på kurset, men snarere på baggrund af antal af tabte kilo. Dette skisma omkring krav om dokumentation af effekt og dette kravs indflydelse på den kommunale sundhedspædagogik udgør et andet væsentligt grundlag i afhandlingens diskussioner. Disse foretager jeg på baggrund af empiriske analyser af sundhedspolitiske dokumenter. Derudover bygger afhandlingens analytiske diskussioner på observationer af kommunale sundhedskurser og foto-eliciterede interviews med de kursusdeltagende, overvægtige børn i de to udvalgte kommuner.

1.8. Kildesund og Velvinge Kommune

Afhandlingen har taget udgangspunkt i to kommunale cases i henholdsvis Kildesund Kommune og Velvinge Kommune. Jeg præsenterer her indledningsvist begrundelserne for udvælgelsen af disse to kommuner, og hvorfor deres sundhedskurser var relevante for dette ph.d.-projekt.

Kildesund Kommune blev jeg introduceret til gennem en medieafdækning, der beskrev kommunens projekt som succesfuldt i dets banebrydende sundhedstilgange med dokumenteret effekt i form af målbare resultater angående vaner, aktivitetsniveau, selvværd, vægt mv. I projektet var der fokus på forældres deltagelse. Dog deltog kun én forælder sammen med det pågældende overvægtige barn. Hovedemnerne på sundhedskurset var undervisning i kost

og ernæring i en time, hvilket blev efterfulgt af en times fysisk aktivitet, dog kun for børnene, mens forældrene fik yderligere undervisning eller samtale om sundhedsrelaterede emner. Kurset fulgte et udenlandsk koncept, der har udviklet en omfattende undervisningsmanual med tilrettelagt program og undervisningsmaterialer. Kurset var drevet af en ernæringskonsulent (første time af kurset) samt en gymnastiklærerinde fra folkeskolen (anden time). Der var 15 deltagende børn i alderen 8-13 år. Kurset foregik hver tirsdag samt hver anden lørdag, 1-2 timer hver gang.

Velvinge Kommune og deres arbejde med overvægtige børn og sundhed kom jeg på sporet af på baggrund af en velskrevet evalueringsrapport fra kommunens daværende naboamts afvikling af et tilsvarende sundhedsprojekt. Rapporten beskrev succesen med at arbejde ud fra en systemisk tankegang, det vil sige, at hele familien skulle deltage i kurset, også selvom kun et enkelt barn var overvægtigt. Endvidere blev der lagt stor vægt på trivsel i hverdagslivet, og udover kursustilbuddet var der også tilknyttet en psykolog. Velvinge Kommune stod i 2008 for at skulle afprøve projektet på overvægtige børn og deres familie. Hovedemnerne på kurset var kost, motion og psykologi. Disse var bygget op omkring to timers fysisk udfoldelse for børn såvel som voksne efterfulgt af tre timers madlavning. Kurset havde ingen undervisningsmanual eller et nedskrevet, pædagogisk formål med kurset, men havde en gymnastiklærerinde samt en ernæringskonsulent, der tilrettelagde og udførte kurset fra gang til gang, delvist i samarbejde med deltagerne. Der var ingen aldersbegrænsning på de deltagende børn. Fire familier deltog i kurset, der foregik hver anden lørdag i 5 timer.

Deltagelseskriteriet for begge kurser var børnenes overvægt. Begge kurser slog sig op på ikke at være et slank kursus. Jeg fulgte de to kommuners sundhedskurser i 4 måneder i efteråret 2008.

Afhandlingens samlede empiriske produktioner strakte sig over et år. Disse bestod af en række møder med de to kommuner, et pilotstudie i begge kommuner, observation af kurserne, afvikling af de foto-eliciterede interviews samt tilbagemeldinger til særligt Kildesund Kommune om forskningens udfald på baggrund af de empiriske studier.

1.9. Nødvendige afgrænsninger og præciseringer

Afhandlingens forskningsdesign er kendetegnet ved, at jeg har foretaget en lang række til- og fravalg. Ph.d.-projektet bygger på den abduktive metode, hvilket vil sige, at jeg løbende i processen har ladet mine empiriske erfaringer tale tilbage og spille ind på mine teoretiske perspektiver og omvendt. På den måde er projektet kredset ind. Således var det i takt med et voksende kendskab til de empiriske felter, at også det teoretiske felt åbnede sig. Tilsammen bød begge former for vindinger på nye forskningsperspektiver, og jeg måtte begrænse og prioritere mine forskningsoptikker i bestræbelsen på at fokusere forskningen.

Oprindeligt ønskede jeg som beskrevet at inddrage forældrene aktivt i forskningen. Dette var også begrundelsen for, at jeg havde udvalgt et felt, hvor forældrene deltog i sundhedsundervisningen sammen med børnene. Jeg havde en antagelse om, at skulle læring om en sundhed have optimale betingelser for at føre til ændringer i hverdagen for børnene, så skulle forældrene også være en del af samme undervisningsforløb. Jeg argumenterer fortsat for, at det giver god mening, at børn og forældre deltager sammen på kursus, hvis det, de skal lære, er et fælles anliggende. Men jeg måtte sande, at antallet af tematikker vedrørende de kursUSDeltagende forældre var mindst ligeså omfangsrige (og i øvrigt mindst ligeså interessante), at det ikke var muligt at tildele forældrene en lige så central plads i forskningen. Inddragelse af forældre ville f.eks. kunne have bidraget med diskussioner om, hvilken rolle forældre spiller i dannelsen af det sunde børneliv. Dette forskningstema ville være interessant at beskæftige sig med – ikke mindst i lyset af at forældre til overvægtige børn ofte er i kamp med en form for umyndiggørende diskurs, når ofte både de og deres børns visuelle fremtoning i form af for mange kilo åbent indikerer, at de som forældre ikke er gode nok som rollemodeller for sundhed. Dette har konsekvenser for vores måde at se disse forældre på, hvilket den australske sociolog, Christine Halse (2009), påpeger: *"Recalcitrant parents who fail to control their own weight and that of their children leave themselves open to being ridiculed, blamed and decried as 'bad parents'"* (Halse, 2009: 52). Forældre indgår i denne afhandling i de analytiske sammenhænge, hvor deres medvirken på de kommunale kurser er en del af en vigtig forskningspointe.

Et andet springende punkt har været de undervisere, der har stået for sundhedskurserne i de to kommuner. Jeg har haft stor interesse i at følge undervi-

serne, og for så vidt indgår de også aktivt i mine observationer og gennemløbende samtaler under observationerne. Jeg har været optaget af den form for sundhedspædagogik, som de udførte, hvilket er det centrale fokus i mine observationer, men omfanget af den øvrige forskning medførte, at der ikke blev yderligere plads til at udforske de pædagogiske overvejelser i forbindelse med kurserne set fra underviserens synspunkt. Igen har det været et valg om at fokusere min forskning, der har gjort, at jeg ikke har foretaget formelle interviews med underviserne, men derimod har observeret dem og deres undervisning, samt analyseret de dokumenter, der beskrev deres formål, virke og anvendte metoder. Interviews med underviserne ville dog kunne have bidraget med perspektiver på, hvilke overvejelser om det sunde liv, som underviserne fagligt, men også personligt bar med sig i det pædagogiske rum og i interaktionerne med de deltagende børn.

Et tredje og helt afgørende punkt i afhandlingen retter sig mod, hvorvidt der skulle være et eksplicit fokus på mad og ernæring, eftersom jeg er delvist finansieret og ansat af DTU's Fødevareinstitut, Afdeling for Ernæring, og har tilknytning til Dansk Industris fødevareenhed. Mad og overvægt er næsten uadskillelige begreber, når der tales om sundhed og den sunde krop. Mad og ernæring er for så vidt heller ikke underlagt en decideret afgrænsning i dette projekt, idet netop læring om sund kost har været det væsentligste omdrejningspunkt på sundhedskurserne i de to kommuner. Men dels er jeg ikke ernæringsfagligt uddannet, og dels har jeg været ansat til at udføre et sundhedspædagogisk stykke forskning. Derfor findes der i afhandlingen ingen svar på, hvordan vi kan lære overvægtige børn at spise sundt. Derimod findes der adskillige analytiske pointer, der peger på, at sundhed handler om meget mere end kost og motion.

1.10. Afhandlingens opbygning

Afhandlingens skriftlige fremstilling adskiller sig fra den dynamiske forskningsproces, der er foregået på basis af den abduktive vekslen mellem teori og empiri. Den abduktive proces kan derfor i den skriftlige fremstilling siges at være de mellemregninger, der ligger bag afhandlingens mere traditionelle overskrifter. Denne fremstillingsform er valgt for at lette læsningen. Dog vil abduktionens forskningsmæssige erkendelser blive præsenteret sideløbende med forskningens analytiske pointer, da det netop var vekselvirkningerne, der skabte analysens tematikker. I en socialkonstruktionistisk forståelse går den ana-

lytiske proces i gang fra begyndelsen. Dermed skal afhandlingen ikke læses som en oversigt over en form for kronologisk fremgangsmåde af forskningsarbejdet. Det samlede ph.d.-projekt har i høj grad bevæget sig på tværs af kapitlerne, og netop de abduktive refleksioner har forårsaget den dynamik, der har skabt projektets fremdrift og endelige udseende. Der er derfor i afhandlingens forskellige kapitler en stadig dialog mellem teori og/eller metode og empiriske forhold. I de indledende kapitler 2, 3 og 4 er udgangspunktet og hovedvægten som indikeret i kapiteloverskrifterne på hhv. forskningsdesign, teoretiske perspektiver og metodiske tilgange, mens hovedvægten i de efterfølgende kapitler 5, 6 og 7 er analyser af det empiriske materiale, hhv. dokumenter, observationer og foto-eliciterede interviews. Den skriftlige fremstilling af projektet resulterede i følgende kapitlemæssige opstilling:

Kapitel 2 (Forskningsdesign) introducerer de socialkonstruktionistiske overvejelser, der ligger bag afhandlingens begrundelser for at arbejde kvalitativt og abduktivt i en interaktionistisk forståelsesramme. I kapitlet beskrives, hvordan sundhedsforståelser og dermed sundhedspædagogikker kan forstås som et produkt af diskursive praksisser, der kan anskues som kulturelle kategorier, der er midlertidige og får deres udseende i de magtmekanismer, der er i kamp for at definere sandt fra falsk – eller sundt fra usundt. I kapitlet argumenterer jeg for, hvordan det er i interaktionerne og i sproget at mening dannes, og hvorfor dette syn har været det grundlæggende argument for at arbejde ud fra et kvalitativt udgangspunkt.

Kapitel 3 (Teoretiske perspektiver og iagttagelsesledende begreber) præsenterer først de teoretiske forståelser bag de sproglige dekonstruktioner og rekonstruktioner, som denne afhandling er skabt på baggrund af. Dernæst gennemgås, hvordan herskende sundhedsbegreber afføder herskende sundhedspædagogikker. Kapitlet præsenterer de teoretiske perspektiver bag den åbne, inddragende og dialogorienterede sundhedspædagogik, samt giver sit bud på alternative måder at forstå sammenhængen mellem sundhed, krop og mad. Afslutningsvist vender kapitlet sig mod teorierne bag biopædagogik og retten til at definere sundhedsnormer.

Kapitel 4 (Metodiske tilgange og refleksioner) udfolder de metodiske overvejelser bag afhandlingens empiriske produktioner ved indledningsvis at beskrive præmisserne bag de casestudier, der blev foretaget i hhv. Kildesund Kommune og Vellinge Kommune. Efterfølgende præsenteres nedslagspunkterne i dokumentanalyserne, nemlig produktionsprocessen og konsumptions-

processer, der retter sig mod, hvorledes dokumenter skal forstås som åbne fra tilblivelse til tolkning i mødet med aktører. Observationernes formål præsenteres hernæst sammen med refleksive beskrivelser af arbejdet med børn som informanter og dernæst produktion af visuelt materiale i form af de foto-eliciterede interviews.

Kapitel 5 (De rammesættende dokumenter) er en præsentation af de dokumentanalyser, der blev mulige at foretage med udgangspunkt i de dels offentlige sundhedspolitikker og dels de to kommuners egne sundhedspolitikker og beskrive formål med sundhedskurserne. Analyserne viser, hvordan kommunale dokumenter i tråd med statslige sundheds(-økonomiske) rationaler har en dobbelt interesse i at holde både borgere og samfund sundt, samt hvorledes de sundhedspædagogiske indsatser tilrettelægges i overensstemmelse med disse rationaler.

Kapitel 6 (Observation af sundhedspædagogiske praksisser) er en præsentation af observationsanalyserne, der er foretaget på baggrund af de observerede sundhedskurser i de to kommuner. Analyserne arbejder med konkrete uddrag fra de observerede kursusgange og giver flere eksempler på, hvordan en bestemt sundhedsforståelse medfører en bestemt måde at praktisere sundhedspædagogik.

Kapitel 7 (De foto-eliciterede interviews) er en præsentation af de foto-eliciterede interview med de kursusedtagende børn. Kapitlet begynder med refleksioner over, hvordan arbejdet med børn som informanter og som producenter af visuelt materiale skabte ganske særlige erfaringer, der førte til ganske særlige analysekategorier. I de indledende afsnit forklares også, hvilke omstændigheder der gjorde, at børnenes visuelle materialer fik en anden status end den forventede. Dernæst præsenteres børnenes stemmer i form af interviewuddrag. Kapitlet indeholder et af afhandlingens samlet set mere overraskende bidrag til analyserne, idet børnenes fortællinger skulle vise sig at give flere nuancerede eksempler på, hvordan sundhedsmæssige paradokser kan sameksistere og tillægges værdi i hverdagslivets mange børnearealer.

Kapitel 8 (Konkluderende pointer) opsummerer afhandlingens hovedpointer og kommer med bud på, hvilke forhold der med fordel kan tages højde for i fremtidige sundhedspædagogiske indsatser.

Kapitel 2. Forskningsdesign

Afhandlingens forskningsdesign er tilrettelagt i overensstemmelse med det centrale fokus, der undersøger, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, samt hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser. Forskningsdesignet bygger på *en abduktiv tilgang i en socialkonstruktivistisk forståelsesramme*. Disse tilgange har foranlediget konkrete valg i løbet af forskningsprocessen. Med betoningen af *valg* står den grundlæggende præmis om foranderlighed, at andre alternative valg kunne have været truffet, klart. Tilstedeværelsen af en potentiel foranderlighed, som forskningsdesignets tilgange er indbegrebet af, er væsentlig at medtage i de følgende afsnit, da kontingens netop udgør en afgørende præmis for forståelsen af afhandlingens vidensdannelse. Vidensdannelse som fænomen reflekterer jeg over som et led i at begrunde og legitimere afhandlingens samlede, producerede viden. Efter som alle konstruktioner af viden er underlagt sociale fænomeners forhandlende magtrelationer, der varierer over tid, sted osv., kan intet siges at være endegyldigt sandt eller omvendt: Alt kunne være anderledes (Burr, 2003: 152; Gergen; 2009: 47-48). Men: De respektive hypoteser er ikke opstået på *tilfældig vis*, men er derimod *nødvendigt* opstået ud fra mine forforståelser, mit forskningsdesign og tilgange til afhandlingens problemfelt.

Dette kapitel gennemgår, hvordan socialkonstruktionismens videnskabsteoretiske udgangspunkter og abduktion som forskningsproces har formet afhandlingens overordnede forståelsesramme såvel som analytiske pointer. Kapitlet rundes af med refleksioner over egen forskningsproces og betydningen af at lave et fortolkende studie frem for et evidensbaseret studie, samt hvilke betydninger det valgte forskningsdesign har for gyldighed og generaliserbarhed.

2.1. Socialkonstruktionisme og diskursive praksisser

Den socialkonstruktionistiske videnskabsteori¹⁰ udspringer af en diskursiv betragtning på virkeligheden. De socialkonstruktionistiske perspektiver kan siges at være som en samlebetegnelse for post-strukturalistiske, diskursteoretiske og postmodernistiske nært beslægtede betragtninger om, hvordan verden og individernes interaktion i denne kan forstås. (jf. Pedersen og Land, 2001: 29). De socialkonstruktionistiske perspektiver på vidensdannelse og forståelser af fænomeners sammenhænge, herkomst og mening betinger måden, hvorpå jeg i dette projekt har erfaret og forstået det udvalgte genstandsfelt (ontologi); hvordan jeg har undersøgt genstandsfeltet og tilegnet mig viden (epistemologi); hvordan jeg er nået frem til bestemte slutningsformer (abduktion); hvad der kan opfattes som sandt og gyldigt (validitet); hvilke metoder der er anvendt (kvalitative); samt forskningsteknikker til at frembringe en analyse (på baggrund af dokumenter, observationer og interviews) (jf. Fuglsang, 2003: 10 + 27-28, (egne udfyldte parenteser)). Valg af og tilslutning til socialkonstruktionismen har således fulgt forskningsprocessen fra start til slut.

Når det har været relevant for dette forskningsprojekt at arbejde ud fra en forståelse af, at virkeligheden er udgjort af diskursivt, konstruerede kategorier, så er det fordi mange af de herskende forestillinger om det overvægtige barn kan komme til at låse de sundhedspædagogiske indsatser, der opstår i kølvandet på de sundhedspolitiske ambitioner om at holde befolkningen sund. Derfor har jeg arbejdet med sundheds(-pædagogiske) fænomener, som de findes i forskellige institutionelle praksisser, som værende udgjort af diskursivt formede kategorier, der bliver meningsfulde i vores møde med dem. Med andre ord har jeg arbejdet ud fra den antagelse, at virkeligheden ikke findes prædiskursivt (jf. Søndergaard, 2000: 65). De diskursive kategorier, som afhandlingen hovedsageligt beskæftiger sig med er børn, sundhed, overvægt, krop og sundhedsfremme, forebyggelse og sundhedspædagogik. Disse kan alle siges at være

10 Jeg bruger betegnelsen socialkonstruktionisme (og ikke socialkonstruktivism) gennem hele denne afhandling. Der hersker en uklarhed omkring de to betegnelser forskelligheder, men som Vivien Burr (2003) beskriver, hersker der også en del sammenfald og ligheder, f.eks. at begge er kritiske over for positivistisk, empirisk videnskab og overvejende har de kvalitative og diskursanalytiske metoder til fælles, altså at sproget konstruerer omverdenen. Dette forårsager, at de to betegnelser ofte bruges i flæng. Dog pointerer Burr, at socialkonstruktivism har et større tilhørsforhold til psykologiske positioner (f.eks. Piaget (1896-1980) og Vygotsky (1896-1934)), der mener, at "[...] we can tell other and ourselves stories that powerfully shape our possibilities" (Burr, 2003: 19). Den socialkonstruktionistiske position, som Vivien Burr (2003), Kenneth Gergen (2009) og jeg selv er fortalere for, tildeler ikke det enkelte individ den egenskab selv at være i stand til at kontrollere de konstruktionistiske processer.

forbundet med andre sociokulturelle kategorier som f.eks. klasse, køn, alder, etnicitet osv. Det er dynamikken inden for kategoridannelserne, der i denne afhandling har været væsentlige at hæfte sig ved for at undersøge, hvordan bevægeligheden kan skabe nye potentialer for det pædagogiske arbejde med overvægtige børn. Kategorier i den socialkonstruktionistiske forståelse anses ikke som stabile, men derimod som midlertidige fænomener, der er skabt på baggrund af historiske, kulturelle og socialt situerede bevægelser. Som Dorte Marie Søndergaard (2000) skriver med inspiration fra Judith Butler, så er det en pointe ”[...] at tænke kulturelle kategorier som temporære og potentielt bevægelige. Kategorierne eksisterer gennem vores gentagende citationer, men ændringer eller brud med citationerne vil ændre eller bryde med den virkelighed, kategorierne postulerer”. Med andre ord er det gennem vores gentagende fortællinger om en given virkelighed, at kategorierne forankres. Pointen er således både, at kategorierne er nogle blandt mange andre mulige, samt at det er muligt at bryde med kategorierne ved at foreslå ændringer eller nye måder at forstå virkeligheden på.

Trækkes kategori eksemplet ’sund/usund’ frem, er spørgsmålet ikke kun, hvilke sundhedsdiskurser der hersker eller fremtræder som mere sande end andre; i særdeleshed er det også bemærkelsesværdigt at tænke kategorier i dualisme, det vil sige i modtermer, der hjælper til at distingvere og kontrastere en forståelse af et fænomen. Søndergaard skriver herom at: *”Dualismen er konstruktioner. De er virksomme og effektive konstruktioner og i den forstand uendeligt virkelige for os, der lever dem, men ikke desto mindre konstruktioner, der kan udsættes for dekonstruktion og overskrides.”* (Søndergaard, 2000: 64). I forhold til at forstå sundhed som et fænomen bag praktiserede sundhedspædagogikker er det derfor vigtigt at holde for øje, at selv definitionen af henholdsvis et sundt og usundt menneske ikke nødvendigvis er entydig. Også en dualistisk kategori som sund/usund kan i en konstruktionistisk forstand ændre udseende og betydning afhængigt af den kontekst, som den befinder sig i, og med hvilke aktører. Hvad der er sundt i nogle sammenhænge eller på et givent tidspunkt, kan blive betragtet som usundt på et andet tidspunkt. Ergo er det konteksten, der er afgørende for f.eks. forståelsen af sundhed – ikke kategorierne i sig selv. Med denne forståelse af kategorier, som diskursive konstruktioner, der kan overskrides, åbnes for muligheden for at opløse eller dekonstruere en for eksempel i visse henseender almindelig antagelse om, at overvægtige børn per definition er usunde.

En diskursiv praksis, hvilket både sundhed og sundhedspædagogik kan siges at være, er med andre ord eksempler på praksisser udgjort af kategorier. Disse

kategorier består af en lang række konstituerende fænomener, der med deres modsætningsfuldhed og på grund af omskiftelige, relationelle sammenhænge er potentielt foranderlige. Den diskursive praksis indeholder altså en dynamik og et spændingspotentiale (Søndergaard, 2000: 68), og det er denne dynamik og disse spændingspotentialer, som denne afhandling har været interesseret i at indfange og undersøge.

2.1.1. Krop og menneske som et socialt produkt

Afhandlingens socialkonstruktionistiske opbygning er inspireret af Vivien Burr (2003) og Kenneth Gergen (2009). Disse trækker begge på Peter L. Berger og Thomas Luckmann[1966] (2000)'s idé om den socialt konstruerede virkelighed. Denne klassiker af Berger og Luckmann inden for samfundsvidenskabene beskriver den konstante vekselvirkning mellem individ og samfund samt forståelsen af, at ingen strukturer, fænomener eller handlinger kan ses løsrevet fra gensidige indlejringer og interaktioner: *"Menneskets skaben-sig-selv er altid og nødvendigvis et socialt foretagende"* (Berger og Luckmann, 2000: 69) og *"Social orden eksisterer kun som noget, der er skabt gennem menneskelig aktivitet"* (Berger og Luckmann, 2000: 70). I relation til denne afhandlings omdrejningspunkt omkring sundhed, overvægtige børn og sundhedspædagogikker skal det fremhæves, at Berger og Luckmanns teori bygger på, at mennesket ikke kun er biologi (homo sapiens), men altid også sociologi (homo socius), idet menneskelighed og socialitet altid er uløseligt forbundet (Berger og Luckmann, 2000: 69). Mennesket, også som et biologisk væsen, er et socialt produkt. Denne forestilling bliver interessant at beskæftige sig med, fordi børnenes biologi (den overvægtige krop) i diskursive praksisser ofte netop ses isoleret og løsrevet fra de sociale kontekster, som børnene og dermed deres kroppe indgår i.

Afhandlingens forskningsdesign bygger på Vivien Burr (2003)'s fire centrale tilgange til socialkonstruktionismen: (1) For det første, at det igangsættende kritiske element tillader at stille spørgsmålstejn til herskende for forståelser, konventioner og kategorier om sammenhængen mellem f.eks. overvægt og sundhed. (2) For det andet forståelsen af, at alle kategorier er afledte og affødte af historiske og kulturelle omstændigheder, og at det er i disses ophav, at givne fænomener som praktiseret sundhedspædagogik skal forstås. (3) For det tredje, at al viden produceres mellem mennesker, dvs. i interaktioner og gennem sproget, hvilket betyder, at sundhedssandheder varierer på tværs af historiske og kulturelle omstændigheder. Herskende sundhedssandheder, der præger de pædagogiske indsatser, kan derfor kun siges at være midlertidige måder at forstå verdenen på grund af menneskenes konstant forskelligartede måder

at interagere på. (4) Og for det fjerde gælder det for dette forskningsdesign, at eftersom viden produceres i interaktionen mellem mennesker, og siden mennesker er forskellige og derudover konstant ændrer sig, så eksisterer der et utal af videnskonstruktioner og dermed også et utal af mulige handlinger og nye praksisser som følge deraf. Men konstruktioner er afhængige og betinget af magtrelationer mellem mennesker, og disse magtrelationer gør, at nogle konstruktioner fremmaner nogle former for social orden og ekskluderer andre. Nogle handlinger bliver således socialt accepteret frem for andre (Burr, 2003: 2-5). Det er den sociale orden, og hvordan nogle diskurser ekskluderer andre, der står centralt i undersøgelsen af, hvordan konstruktioner af overvægt som problem bliver formet gennem diskursive fortællinger og former kommunale sundhedspædagogikker såvel som selvforståelser. Sandhed kan altså siges at være konstrueret, men en konstrueret sandhed er vel at mærke netop magtfuld, idet den hersker over andre. Herskende sandheder om, hvordan velfærdssamfundet sikrer sunde borgere ved hjælp af tidlige, pædagogiske indsatser, kan dermed siges at være magtfuld, fordi den besidder retten til at definere både det sunde menneske, men også hvordan disse skabes. Dermed er en sandhed i en socialkonstruktionistisk forståelse lige så magtfuld som f.eks. realisternes eller positivisternes opfattelse af sandheden. Retten til at definere den sunde krop og det sunde menneske bliver således et produkt af en magtfuld kamp, hvor sandt og falsk konstant udfordres af andre mindre herskende positioner. Mennesket er dermed både som biologisk og socialt væsen indlejret i institutionelle rammer, hvor magten kontinuerligt udspiller sig mellem individerne i interaktioner.

Interaktioner står centrale i afhandlingens forskningsfokus – både i forhold til de empiriske aktørers interaktion med de sundhedspolitiske dokumenter, med hinanden på de kommunale sundhedskurser og med mig som forsker. Margaretha Järvinen beskriver tre grundlæggende teser om den interaktionistiske begrebsramme: *”For det første, at mennesker forholder sig til deres omverden (den fysiske og sociale) på basis af den mening, omverdenen har for dem; for det andet, at denne mening er skabt gennem social interaktion, og, for det tredje, at der i den sociale interaktion sker en kontinuerlig omfortolkning af mening.”* (Järvinen, 2005: 27 (tekstens egen markering)). Således kan interaktion betragtes som en cyklisk proces, hvor omverdenens mening skabes gennem social interaktion, der samtidig er med til fortløbende at omfortolke den herskende mening. Foranderlighed og kontingens får på den måde også betydning for forståelsen af menneskers sociale interaktioner. Forventninger fra omverdenen kan dermed siges at spille en afgørende rolle for individers interaktioner med hinanden, således også for overvægtige

børn. Omverdenens syn på overvægtige børn får derfor betydning for disse børns måder at interagere med andre både børn og voksne på forskellige hverdagsarenaer. Pointen er, at selv omverdenen eller praksisfelter har forskellige herskende logikker, og kræver dermed forskellige former for forventet adfærd. Dette understreger, hvorledes sociale fænomener gennem sproget kan tillægges betydning og påvirke adfærd, men også hvordan fænomener gennem sproget kan undergå en diskursiv transformation og f.eks. tillægges mindre betydning i nogle sammenhænge end i andre. Sådanne diskursive transformationer kan betegnes som en form for skred eller forskydning, der kan ændre én sammenhæng til at blive radikal anderledes (Raffnsøe, Gudmand-Høyer og Thanning, 2008: 166). Jeg har udbygget denne antagelse om sprogligt skred til også at omfatte et skred i handlinger forstået på den måde, at sprog og handling hænger sammen. Dette vil sige, at sundhedshandlinger som f.eks. afstedkommet af en pædagogisk sundhedsindsats, kan siges at læne sig op ad en bestemt diskurs og dermed forankre en bestemt forståelse af sundhed og det gode liv.

2.1.2. Sprog og diskurs som tekst og repræsentationer

Sprogets betydning for den dekonstruerende analyse uddyber jeg i det følgende med inspiration og henvisning til sociolog og diskursteoretiker, Christel Stormhøj (2001). Stormhøj præciserer, at sproget ikke kun repræsenterer en forbindelse til virkeligheden i form af ”[...] *de diskurser, som konstituerer virkeligheden på bestemte måder for os*” (Stormhøj, 2001: 61). Sproget betinger også i en socialkonstruktionistisk og poststrukturalistisk forstand den måde, hvorpå det er muligt *at undersøge* en given virkelighed. I denne afhandlings tilfælde undersøgelsen af konstruktioner af overvægt, diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, sundhedspædagogikker og selvforståelser.

Når virkeligheden i en poststrukturalistisk tænkning forstås som sprogligt konstrueret, betyder det, at alt, hvad vi møder, er repræsentationer af virkeligheden, der kan læses som *tekst* (Stormhøj, 2001: 62). Dette gælder også de visuelle udtryk, som jeg sammen med de kursusedtagende, overvægtige børn har arbejdet med som en repræsentation. Dette har jeg gjort ved at anvende foto-eliciterede interview og dermed arbejdet med det billedlige sprog som en del af det analytiske arbejde.¹¹ Sproget kan således siges at være mediator for fænomeners betydning og mening.

¹¹ Dette metodiske greb udfoldes i Kapitel 4.

De typer af sprog og tekst, som jeg i samspil med de empiriske aktører har været medproducent af, har været igennem mit forskningsmæssige fortolkningsarbejde op til flere gange. Som Dorte Marie Søndergaard (2000) forklarer, så er det sådan, ”*at mennesker altid vil befinde sig i en fortolknings afstand til virkeligheden.*” (Søndergaard, 2000: 65). Min fortolkning af tekster har f.eks. udmøntet sig i, at jeg har udvalgt sektioner og passager, som har pirret min nysgerrighed, irriteret i forhold til mine intentioner og forforståelser, har været mærkelige tomme, har været sprængtfuldt med kontraster, forargelse eller som talte til min egen glæde over at have fundet et eksternt talerør til de antagelser, som jeg formodede at blive mødt af. Og til tider har jeg udvalgt passager som følge af en følelse af skuffelse, som jeg har dyrket og givet plads til at vokse til noget konstruktivt. I sidste ende er der altså ingen tvivl om, at min selektion af tekst også er blevet til mine forskningsmæssige, sproglige konstruktioner og dermed også mine fortolkende fremstillinger af virkeligheden.

Kenneth Gergen (2009) fremhæver endvidere sprogets institutionelle forankring og den indlejrede magt, der fører til en autoritet, og at denne dikterer virkeligheden, formål og rettigheder (Gergen, 2009: 47). Foucault (1978) er omdrejningspunktet for de analyser, der beskæftiger sig med, hvordan individer ”[...] *quite willingly subjugate themselves to subtle forms of power.*” (Foucault (1978:1979) i Gergen, 2009: 47). Der henvises ikke til den åbenlyse magt, der befinder sig i f.eks. lovsystemer, men derimod den underliggende magt i hverdagslivet, og hvordan disse betinger vidensdiskurser. Som de to diskursanalytiske teoretikere Marianne Winther Jørgensen og Louise Philips (1999) forklarer, så skal magt i en foucaultsk forstand ikke forstås som undertrykkende, men som produktiv ved at ses som et produkt af dynamiske interaktioner. Magt skal dog altid ses i sin relation til viden. For Foucault skabes sandhed diskursivt, det vil sige i en konstant magtkamp om at fastlægge sandheden. Magt er derfor tvetydig, fordi den både er produktiv, men også begrænsende (Jørgensen og Philips, 1999: 22-23). Foucaults analytiske interesse har været at undersøge: ”*Hvordan konstitueres den sociale verden med dens subjekter og objekter i diskursen?*” (Jørgensen og Philips, 1999: 23). Tilsvarende har det været denne afhandlings intention at analysere, hvordan overvægtige børn på kommunale sundhedspædagogiske kurser og i hverdagslivet konstitueres som subjekter og objekter – både af dem selv, af kursusundervisere og af andre omkring dem.

Lene Koch og Signild Vallgård (2006) har ligeledes været en inspirationskilde til afhandlingens kritiske vinkel med deres syn på sprog og diskurs i forhold til sundhed og sundhedsfremmende læring. I forbindelse med definitioner af

f.eks. livsstilssygdomme og henholdsvis det sunde og det usunde fremhæver Signild Vallgård de magtfulde sundhedspolitiske gerninger i forhold til styringsteknologier i folkesundhedspolitikker og sundhedsfremme indsatser. Vallgård henleder blandt andet opmærksomheden på sundhedspolitikkers intentioner i forhold til at ville opmuntre eller styre individer til at efterleve en bestemt forestilling eller ideal om det gode liv. Vallgård har ligeledes med perspektiver på magtudøvelse lavet historiske analyser af folkesundhedspolitikkers retorik (Vallgård, 2003b). Det er i disse analytiske tilgange, at jeg har fundet inspiration til at lave en nutidig analyse af sundhedspædagogiske indsatser og de sundhedspolitiske målsætninger bag. Vallgårds betragtninger har i denne afhandling medvirket til at stille skarpt på den sociale, diskursive konstruktion af overvægtige børn i både en samfundsmæssig betydningssammenhæng samt i en hverdagslivskontekst.

Lene Koch (2006) mener i tillæg til Signild Vallgård, at det er vigtigt at undersøge sprogets betydning for f.eks. opfattelsen af sundhed i forskellige sammenhænge og analytisk spørge, *hvem der skriver hvad til hvem og hvorfor* (Koch, 2006: 56). Pointen for Koch er, at der i forskellige tekster (mundtlige og skriftlige) dannes forskellige sundhedsfortællinger. Det vil sige, at forskellige opfattelser af hhv. det sunde og det syge påvirker de sundhedsvidenskabelige erkendelser (Koch, 2006: 53). Når jeg har fundet det vigtigt at lave en analyse af offentlige sundhedsdokumenter, så er det dels for at undersøge, hvordan sundhed konstrueres i en offentlig sundhedspolitik, og hvorfor sundhed konstrueres på denne måde. Men det er også for at undersøge, hvordan disse konstruktioner af sundhed kan siges at skabe efterstræbellesværdige erkendelser i en kommunal sundhedspraksis og herfra stille skarpt på, hvilke dilemmaer det kan skabe i mødet med sundhedskonstruktioner i hverdagens børneliv. For som Lene Koch fortsætter: *"Hvis sundhedsvidenskabelige tekster er konstrueret med et særligt henblik (f.eks. som et naturvidenskabeligt opbygget, politisk dokument), så er det den humanistiske forsknings opgave at afdække de bagvedliggende beskeders herkomst, modsætninger og/eller skjulte betydninger."* (Koch, 2006: 54). Det er denne opgave, som jeg udfører i afhandlingens analysekapitler.

Princippet om kontingens har stillet et særligt krav om løbende at skulle eksplicitere valg og refleksioner, da disse har haft betydning for projektets endelige resultater. Som Vivien Burr beskriver: *"The task of the researcher therefore becomes to acknowledge and even to work with their own intrinsic involvement in the research process and the part that this plays in the results that are produced. The researcher must view the research as necessarily a co-production between themselves and the people they*

are researching” (Burr, 2003:152). Vidensproduktionen har således været et resultat af mine interaktioner med de aktører, der har medvirket, og det er i samarbejde med disse, at jeg er blevet i stand til at producere forskningsmæssige perspektiver på projektets problemfelt. Men kravet som tydeliggørelse af valg forstærkes også ved den abduktive proces, der kendetegner afhandlingens forskningsdesign, hvis indhold således ikke har været fastlagt fra begyndelsen, men blev konstrueret og fik sit endelige udseende som følge af de konstante vekselvirkninger mellem teoretiske perspektiver og kvalitative metoder.

2.2. Abduktion

Den grundlæggende argumentation for at arbejde abduktivt ligger i antagelsen om, at vi først kender virkeligheden, når vi deltager i den. Det er gennem praksis og vores erkendelsesinteresser, at det virkelige skabes (Kirkeby, 1994: 147+150). Dette er i tråd med mit valg om at tilslutte mig den socialkonstruktionistiske forståelsesramme, hvor viden, betydning, mening og sandhed skabes i samspil og dialog med feltet.

Abduktion skal forstås i forlængelse af betragtninger om præmisserne bag det kvalitative studie, hvilket jeg beskriver i Kapitel 4. Jeg har ikke, til forskel fra henholdsvis induktion eller deduktion, haft til formål at afprøve eller udlede teorier (Olsen, 2003: 220-21). Derimod har jeg villet udforske et i min optik relativt uudforsket område: At identificere konstruktioner af sundhed og deres betydning for forståelsen af det sunde liv og for sundhedspædagogiske indsatser. Dette har som tidligere beskrevet betydet, at jeg ikke har lagt mig fast på et bestemt teoretisk fundament, men har dannet dette løbende, samt at jeg har fundet det nødvendigt at lade mine empiriske genereringer spille en betydelig rolle i valg af tilgange og metoder samt i inkorporeringen af teoretiske bidrag til undersøgelsens design. Abduktion defineres blandt andet som ”[...] *en konstruktion, der kan anvendes til at forstå en hændelse med de informationer, man har til rådighed, og som via provokationer, stimulerer søgen efter bedre måder at beskrive forklaringen på. Abduktion er en slutningsform, der svarer til, at meningsdannelse og viden er betinget af det kollektive handlingsnet.*” (Olsen, 2003: 221). At der er tale om en løbende konstruktion er ikke et forhold, der udelukker systematik eller refleksion. Tværtimod er det i de *systematiske refleksioner*, at jeg har fundet begrundelsen for mine metodiske og teoretiske valg.

En abduktiv arbejdsproces kan i udgangspunktet siges at være uendelig, idet den for så vidt kun begrænses af en deadline, hvilket i mit tilfælde vil sige færdiggørelsen af denne ph.d.-afhandling. Men abduktion kan dog også begrænses af en teoretisk og empirisk mæthed i forhold til at være i stand til at analysere den valgte problemstilling. Dette uddyber jeg senere. Men at noget i udgangspunktet ikke er fastlagt eller er endeligt har betydet, at projektdesignet og selv problemstillingen for dette projekt har været til revision mange gange, og at den er endt, som præsenteret i indledningen, er en konsekvens af utallige erfaringer og ny-opdagelser, teoretiske såvel som empiriske (jf. Halkier, 2001: 41-43). Jeg vil præcisere det sådan, at der konstant har været pejlemærker, men at valget af de endelige analytiske forankringer først har fundet sin form i den afrundende fase af projektet. Dette er en naturlig konsekvens af det abduktive valg. Og denne er vigtig at fremhæve for at betone, at afhandlingen frembringer viden, som jeg ikke på forhånd kunne forudsige ville kunne produceres, fordi den først blev skabt som følge af min interaktion med feltet.

At arbejde abduktivt kalder i min forståelse på en ydmyghed til feltet og måden, hvorpå det er muligt at indsamle viden. Denne ydmyghed og åbenhed til feltet muliggjorde en proces, hvor jeg kunne sammenkæde flere teoretiske perspektiver i takt med den empiriske dataproduktion, lige så vel som det blev muligt at forkaste andre. Endvidere og qua den kvalitative vinkling og socialkonstruktionistiske forståelse, tilrettelagde jeg mit forskningsdesign ud fra en åbenhed, således at mine erfaringer og viden uomtvisteligt ville blive dannet i samspil og interaktion med de empiriske aktører. Hermed kunne jeg få plads til inspiration til yderligere revidering og tilføjelse af teoretiske perspektiver (jf. Halkier, 2001: 42-44).

Den abduktive tilgang har også præget mine metodiske valg i empiriproduktionen. Forskellige uforudsigelige omstændigheder i det empiriske felt forårsagede, at jeg løbende måtte tilpasse mine metoder og perspektiver. For eksempel viste det sig, at børnene havde sværere ved at fotografere, end jeg havde regnet med, hvilket betød, at jeg for eksempel måtte forholde mig langt mere aktivt til min egen forskerposition og reflektere over formålet med foto-elicitationen, efter at interviewene var afviklede. Således udgør den abduktive proces ikke fragmenter af en undersøgelse, men karakteriserer helheden af en given undersøgelse, det vil sige: *"Fra sammenhæng ml. problemstilling, teoretisk inspiration og overordnet design, over grundlag for erkendelser, udvælgelse, dataproduktion og databearbejdning til gyldighed og generaliserbarhed."* (Halkier, 2001: 41). På den måde har den abduktive tilgang forårsaget et jævnt skiftende forskerblik, der

også blev ændret i henhold til de nye indsigter, som jeg løbende tilegnede mig både empirisk og teoretisk. Som eksempel kan nævnes mine mange gennemlæsninger af kommunernes sundhedsdokumenter, der bød på nye og flere meningsfortolkninger, jo mere jeg observerede og fik indblik i de kommunale sundhedskurser og i børnenes hverdagsliv. På den måde var dokumenternes tekst aldrig låste, idet den abduktive tilgang tillod en konstant revision og dermed skærpelse af nye analytiske forskningsperspektiver. Tilsvarende var det med den abduktive metode, at mine interviews med børnene fik deres endelige dynamik, idet jeg trak mine observerede erfaringer fra de to kommuners sundhedskurser med ind i det analytiske interviewrum med børnene.

2.3. Refleksivitet i forskningsprocessen

Det er klart, at de analytiske kategorier, som er bærende i denne afhandling, er et udtryk for mine forskningsmæssige valg. Disse opstod som beskrevet i den forskningsproces, der startede i august 2007, da jeg begyndte ph.d.-projektet. Men idet mine valg ikke blot er udtryk for mine personlige holdninger til sundhedskonstruktioner og deres virke på kommunale sundhedskurser og i overvægtige børns hverdagsliv, vil jeg her fremhæve nogle af de perspektiver og teoretiske diskussioner, der kendetegner den del af den socialkonstruktionistiske forskning, der handler om refleksion over egen forskerproces.

Grundlæggende og opsummerende er det, som Fuglsang og Olsen (2003) klargør, "[...] *forskeren, der gennem udvikling af begreber, konstruerer de fænomener, han eller hun studerer*" samt den antagelse, at "*Samfundsforskeren beskæftiger sig ud fra denne opfattelse med at konstruere sine videnskabelige facts, frem for at undersøge fænomener, der eksisterer i forvejen*" (Fuglsang og Olsen, 2003: 12). Et spørgsmål kunne i denne sammenhæng være, om de kommunale, sundhedsfremmende kurser eller de deltagende overvægtige børns hverdagsliv ikke eksisterede *forud* eller *uanset* min ph.d.-undersøgelse? Svaret må naturligvis være: Jo. Både genstandsfelter og mine valgte tematikker er ikke min opfindelse. Ej heller mener jeg, at Fuglsang og Olsens pointe skal opfattes således, at fænomener kun kan begribes solipsistisk, det vil sige, at de kun giver mening for mig som forsker eller i min bevidsthed. Fænomenerne, som jeg har valgt at undersøge, rækker netop gennem sproglig formidling og menneskelig interaktion i en overvejende fælles referenceramme udover projektet og finder sin aktualitet i de situationer, hvor det er vedkommende, nyskabende, bekræftende eller modsigende. Det er mit subjektive forskerblik, der har skabt *en ganske bestemt forståelse* eller *har lagt be-*

stemt betydninger til de konstruerede fænomener. Disse betydninger afspejler mine metodologiske, metodiske, teoretiske og empiriske ståsteder og erkendelser. Dermed kan projektets særlige vinkler på tematikker og fænomener siges at være skabt af mig som forsker, men ikke fænomenerne *per se*.

Den overordnede pointe er, at en forskers egne blikke på undersøgelsen, samt tilstedeværelse, intentioner og forforståelser spiller en afgørende rolle, netop fordi en socialkonstruktionistisk forsker ikke studerer objektive sandheder. Forskeren er medproducent og medkonstruktør af den viden, der udvikles i sammenspil med undersøgelsens aktører og det øvrige forskningsfelt, teoretisk såvel som empirisk.

I Marianne Winther Jørgensens ph.d.-afhandling om "Refleksivitet og Kritik, Social-konstruktionistiske subjektpositioner" (2002) bliver refleksion som begreb og analytisk redskab diskuteret ud fra forskellige positioner. Jørgensen skriver blandt andet, at der rent sprogligt er en vigtig omstændighed i ordet 'refleksion', idet det i ordets etymologiske forstand betyder 'at bøje tilbage' og rent grammatisk henviser til, "*at subjekt og objekt i en sætning henviser til samme størrelse.*" (Jørgensen, 2002: 14). F.eks. er sætningen "Jeg vasker mig" et eksempel på brug af et refleksivt verbum. To ting gør sig gældende i denne sammenhæng, nemlig indikationen af "*at subjektet på én gang er udgangspunktet og objekt for handlingen*" (Jørgensen, 2002: 14). Desuden gælder det, at handlinger, som ellers rettes mod andre, nu rettes mod en selv. I et tolkningsarbejde kan der derfor aldrig være tale om aflæsninger eller afkodninger af en bestemt, udvalgt virkelighed. I stedet skal refleksivitet med henvisning til Garfinkel (1967) "*forstås som vore fortolknings tilbagevirken på den situation, som vi fortolker.*" (Jørgensen, 2002: 20). Med andre ord vil forskerens fortolkende praksis af et givent felt altid være udgjort af forskerens egne forståelser af sammenhænge.

2.4. Gyldighed og generaliserbarhed

Socialkonstrueret viden, der ikke kan reproduceres, afviger fra traditionelle forståelser af gyldig og generaliserbar viden. Den typiske kritik af den socialkonstruktionistiske tilgang lyder ofte, at såfremt alt er relativt, kan alt i princippet være lige gyldigt eller ligegyldigt. Men pointen med socialkonstruktionismen er, at alt netop *ikke* er relativt, men derimod *relationelt* og *situationelt*. Det vil sige at forståelse af sammenhænge altid skal begribes ud fra et bestemt

perspektiv og i sin bestemte kontekst. Og det betyder at også gyldighed er afhængig af relationelle og situationelle omstændigheder.

En anden vigtig pointe, som Hanne Haavind (2000) fremhæver vedrørende gyldighed i det kvalitative og socialkonstruktionistiske studie, er, at gyldighed og generaliserbarhed ikke er et slutpunkt for undersøgelsen, men er indlejret i selve arbejdsmetoden og i formidlingen af resultater (Haavind, 2000: 36-41). Den kvalitative arbejdsmetode handler ikke om, at resultater ville kunne fremstå på samme måde for en anden, der lavede et tilsvarende studie. Det kvalitative studie har derimod til formål at være genererende gennem fortolkning. Idet fortolkningen altid går gennem forskeren, handler gyldigheden af resultater om at tydeliggøre selvrefleksionen i form af en løbende, indre dialog, der tager stilling til: Hvad forstår jeg her, hvordan forstår jeg det, og hvorfor forstår jeg det på den måde? (Haavind, 2000: 37). Det er altså gennemsigtigheden i, hvordan jeg som forsker er nået frem til mine resultater, der blandt andet har formet gyldigheden i afhandlingen.

Steiner Kvale (1994) og Vivien Burr (2003) trækker nogle andre grundprincipper frem vedrørende gyldighed (validitet) og generaliserbarhed (reliability) i kvalitative studier, som jeg tilslutter mig. Kvale sætter den kvalitative validitet i relief med en kvantitativ og positivistisk gyldighedsform, nemlig ved at spørge: *Måler vi det, som vi tror, vi måler?* I det kvalitative undersøgelsesdesign bliver spørgsmålet snarere, om vi *undersøger* det, som vi tror, vi undersøger (Kvale, 1994: 233). Vivien Burr uddyber den kvalitative metode i diskursanalytisk forskning: *"There can be no final description of the world, and reality may be inaccessible or inseparable from our discourse about it: all knowledge is provisional and contestable, and accounts are local and historically/culturally specific. The concepts of reliability and validity, as they are normally understood, are therefore inappropriate for judging the quality of social constructionist work."* (Burr, 2003: 158). At anskue al viden som foreløbig og mulig at anfægte på grund af historiske og kulturelle forankringer betyder ikke, at den producerede viden er mindre valid, men at metoderne bag den bliver afgørende at tydeliggøre og diskutere ud fra forståelsen af, at al viden er skabt på baggrund af fortolkning.

For at konkretisere hvordan en tydeliggørelse indlejrer sig i de metodisk valg, inddrager jeg Bente Halkier (2001)'s pointe omkring analytisk gyldighed. Halkier argumenterer for, at analytisk gyldighed ligeså vel kan findes i en undersøgelse, der har haft som vigtigste formål at indfange flere forskellige relevante aspekter i analysen, end i en undersøgelse der har arbejdet med en stram logisk

stringens. Halkier skriver: ”Når et forskningsdesign anses for analytisk, signalerer det andet og mere, end at designet blot er logisk stringent. Analytisk signalerer eksempelvis også kritiske refleksion, genstandssensitivitet og systematik i dataproduktionen” (Halkier, 2001: 58). Og netop intentionen om at indfange genstandssensitivitet og foretage kritiske refleksioner har været bevæggrunden for afhandlingens metode-triangulering. Således er genstandsfeltet i dette projekt belyst ud fra tre forskellige metoder: Dokumentanalyse, observationsanalyse og interviewanalyse. Med metodetrianguleringen kan feltet på ingen måde siges at være udtømt eller forskningsmæssigt komplet afdækket. Pointen med metodetriangulering er snarere, at jeg har undersøgt variationen og belyst feltets mangfoldighed på tre forskellige måder for dermed at åbne for kompleksiteten af de dilemmaer, der kan siges at befinde sig i feltet.

Min tilslutning til både Halkier og Burrs validitetskriterier omkring de social-konstruktionistiske og kvalitative studier, åbner endvidere for Kvaless tanker om gyldighed på baggrund af intersubjektiv forhandling, også kaldet for kommunikativ validitet. Som Kvale pointerer, så er perspektivet heri ”[...] *at sandheden forhandles i en lokal kontekst*” samt betoningen af at opfatte ”[...] *den videnskabelige samtale som et magtspil*” (Kvale, 1994: 241-42). Således er det igen det uomgængelige magtelement i interaktionen, der former den endelige opfattelse af validitet, som dermed udmønter sig i en magtfuld forhandling mellem de interagerende subjekter. I min undersøgelses tilfælde har jeg udforsket de sundhedsforståelser, der anses som gyldige i interaktionerne på kurserne og i børnenes hverdagsliv. Christel Stormhøj (2001) opsummerer det således: ”*Eftersom produktionen af videnskabelig viden og sandhed indgår i magtsammenhænge, og magt på sin side gennemsyrrer og betinger, hvad der tæller som videnskabelig viden og sandhed, forbindes validitetsspørgsmålet via diskussionen af sandhed med forskningens politiske/ normative implikationer og målsætninger.* (Stormhøj, 2001: 77).

Afhandlingens gyldighed kan altså også siges at handle om, hvilke forforståelser og intentioner, jeg som forsker har haft med dette studie. Jeg har med dette projekt ikke skabt et svar på, hvordan fedmekurver pædagogisk kan knækkes, eller hvilke kommunale sundhedsfremmende tiltag, der virker bedst for overvægtige børn, velvidende at et sådant svar på mange måder ville imødekomme en aktuell sundhedspolitisk efterspørgsel. Når dette projekt ikke er et punktum i håndteringen af sundhedsfremmetiltag, men snarere et kolon eller en tankestreg til fremtidens indsatser, så er det, fordi det ikke på noget historisk eller kulturelt betinget tidspunkt vil være muligt at udvikle én bestemt

sundhedsfremmende indsats, der får alle individer med sundhedsudfordringer (hvad end disse måtte være) på rette kurs.

Formålet med afhandlingen har netop været at opmuntre til i højere grad at omfavne eksisterende ressourcer og sundhedsdynamikker omkring forståelsen af det sunde og det overvægtige liv i bestræbelsen på at udvikle nye sundhedspædagogiske måder at arbejde med overvægtige børn på. Denne overordnede intention og forforståelse stiller én endegyldig sundhedspædagogisk sandhed ud på et irrelevant sidespor – dog uden at kompromitere afhandlingens gyldighed. Pointen er blot, at gyldigheden vinder frem i mine argumentationer for at have undersøgt det, som jeg satte mig for at undersøge, samt i det øjeblik afhandlingen bidrager med værdi i form af nye handlinger eller nye tankegange på det sundhedspædagogiske område.

2.5. Specifik mangfoldighed – en anden situation

Jette Fog (1983) fremhæver to væsentlige betragtninger i en kvalitativ undersøgelse i forhold til repræsentativitet, som jeg låner mig op ad. Fog pointerer, at der godt kan være tale om en mangfoldighed, men at der er tale om en *specifik* mangfoldighed, samt at kriterierne for valg af informanter og metoder skal være relevante for undersøgelsen (Fog (1983) i Pedersen og Land, 2001: 37). Således har jeg valgt empiriproduktionsmetoder og informanter ud fra det, som jeg ønskede at vide noget om og ud fra perspektiver, som jeg vurderede frembragte nogle interessante sundhedspædagogiske diskussioner. Jeg har arbejdet med to forskellige typer af kommunale sundhedsfremmekurser og deres respektive pædagogiske og sundhedspolitiske formålsbeskrivelser, observeret hver deres kursuspædagogikker over 4 måneder samt i alt interviewet 39 børn, der havde deltaget i et af de to kommunale kurser.

Mine forskningsmæssige udvælgelseskriterier har betydet, at jeg er kommet omkring de sundhedspædagogiske dilemmaer, som jeg ønskede at undersøge. Vel vidende, at feltet ikke er udtømt for fremtidig forskning eller for dilemmaer for den sags skyld, så jeg har dog alligevel i forhold til min specifikke problemstilling oplevet en mæthed i den forstand, at jeg mener at have tilstrækkeligt empirisk og teoretisk materiale til at belyse feltet, producere nye, analytiske pointer og bidrage med relevante perspektiver på sundhed, overvægt og sundhedsfremmende pædagogik. Som Steinar Kvale svarer på spørgsmålet om, hvornår man som forsker f.eks. har interviewet nok, så er antallet af informan-

ter ikke afgørende, men derimod om man som forsker har fået viden nok (Kvale, 1994: 108).

Kvale skriver endvidere om analytisk generaliserbarhed, at det "[...] *indebærer en velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation*" (Kvale, 1994: 228). Kvale henviser til det, der i retspraksis betegnes som et enkeltstående fortilfælde, der danner præcedens for fremtidige afgørelser eller handlinger. Samme princip, mener Kvale gør sig gældende for generaliserbarheden i kvalitative casestudier. Igen er det i systematiske beskrivelser af casen og gennem analysen, at generaliseringsens holdbarhed afhænger. Hertil vil jeg argumentere for, at afhandlingens analyser har skabt nogle vigtige *opmærksomhedspunkter*, der kan være vejledende for lignende fremtidige sundhedsindsatser. Der er således ikke tale om en generelt anvendelig viden, men om at mine analytiske konklusioner kunne være beskrivende og gældende ved f.eks. andre kommunale sundhedsprojekter.

Desuden, som Haavind (2000) pointerer, så afhænger generaliserbarheden også af, hvordan forskningsresultater bliver modtaget, samt om hvor langt den producerede viden rækker: "*I et snevert og teknisk metodespråk bliver generalisering gjort til et spørgsmål om utvalget som er studert, har mye til felles med en større population*" (Haavind, 2000: 41). Med sundhed som en stigende samfundsmæssig, politisk velfærdsinteresse med ambitioner om pædagogisk at bekæmpe overvægt i kommunalt regi vil mine analyser kunne bidrage til og tale sig ind i et videnskabeligt og politisk sundhedsfelt. På den måde er det forhåbningen, at afhandlingens pointer vil kunne få en betydning for måden at tilrettelægge og udføre sundhedspædagogiske indsatser ved at tilpasse synet på overvægtige børn i forhold til sundhed.

Der ligger som nævnt den udfordring i den socialkonstruktionistiske tilgang at ville rykke ved normer og kategorier, som med deres beskrivelse af sammenhænge bliver taget for givet. I denne sammenhæng spiller generaliserbarheden også ind, fordi analysen netop skitserer nogle bestemte normantagelser og dernæst påpeger aspekter, der afviger fra disse antagelser. Dermed rykkes der ved et normhegemoni og sætter det som Stormhøj kalder for nye 'standardbetingelser' (Stormhøj, 2001: 78). Derudover er der i mit fortolkningsarbejde af de empiriske analyser opstået nogle regelmæssigheder, det vil sige nogle fænomener eller kategorier, der har gentaget sig som et mønster for den undersøgte praksis. Disse regelmæssigheder kunne give anledning til at bane

vejen for nye sundhedspædagogiske standardbetingelser i arbejdet med overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem i kommunale eller andre formaliserede sundhedspraksisser.

Kapitel 3. Teoretiske perspektiver og iagttagelsesledende begreber

Før jeg introducerer de valgte teoretiske perspektiver gennemgår jeg kort teoriens virke i socialkonstruktionistiske studier. I det som Esmark, Lausten og Andersen (2005) kalder for en logisk-empirisk tradition henvises der til en type af forskning, hvor teori er udgjort af hypoteser og forudsigelser, der skal afprøves empirisk. Det vil sige en klar adskillelse af teori og empiri. Teoriens formål i en logisk-empirisk tilgang er at afdække virkelighedens objekter og relationer. Teorien bruges til at søge efter forklaring på forholdet mellem struktur og aktør ved at se på årsag og effekt (Esmark et al., 2005: 9-10). En socialkonstruktionistisk analysestrategi derimod har et helt andet syn på teoriens virke. Grundantagelsen er som præsenteret i det foregående kapitel, at ingen virkelighed giver mening uden for de sociale interaktioner, (jf. Berger og Luckmann, [1966] (2000); Burr, 2003; Gergen, 2009). Teori i et socialkonstruktionistisk perspektiv anses ikke som et redskab til at forstå årsager og virkninger i og omkring strukturer og aktører, men derimod handler socialkonstruktionistisk teori om ”[...] *udfoldelsen af begreber, der gør en forskel i konstruktionen af den sociale virkelighed*” (Esmark et al., 2005: 11). Ifølge min forståelse bliver teoretiske begreber i dette projekt således analysebærende begreber, der kan hjælpe med at afdække, hvilke strukturer der gennem en relationel og socialt skabt virkelighed muliggøres og begrænses i bestemte kontekster, samt hvorledes aktører konstruerer mening i forhold til disse.

Forholdet mellem teori og empiri er helt afgørende i en socialkonstruktionistisk forståelse, idet teorien med sine begreber skaber et bestemt *udsnit* af empirien (Esmark et al, 2005: 12). Det vil sige, at teori ikke hjælper til at forklare virkeligheden, men gestalter eller konstituerer virkeligheden. Af samme grund afrundes en socialkonstruktionistisk analyse heller ikke ved at konkludere på en tese, men foretager i stedet ”*en opsamling på den udførte konstruktion*” (ibid.:

12). På den måde handler analysen i min forståelse om at beskrive, hvilke meningssammenhænge der træder frem ved at anvende bestemte former for teori frem for andre. For som Esmark et al. videre beskriver, så sættes teori i spil for at konstruere den videnskabelige genstand. Dette er nødvendigt for at genstanden overhovedet kan studeres eller blive mulig at iagttage (ibid.: 12).

Teori i dette socialkonstruktionistiske projekt er derfor med til at tydeliggøre, at der netop er tale om en konstruktion af en given social virkelighed, der bibringer forskellige former for mening ud fra tilførslen af forskellige teoretiske begrebssæt. Teori i en socialkonstruktionistisk forståelse har direkte betydning for måden at analysere på, idet en analysestrategi jævnfør ovenstående beskrivelser af teori som en udfoldelse af begreber bliver ”[...] *den praksis, der består i at skabe det videnskabelige blik, så det sociale konstruktion bliver iagttagelig*” (Esmark et al., 2005: 12). I den forstand handler klargørelse af valget for teoretiske perspektiver i min forståelse om at forklare og argumentere for, hvorfor lige netop de valgte teorier er valgt, samt hvilke syn på virkeligheden disse med deres *iagttagelsesledende begreber* sætter i spil.

De teoretiske input har med andre ord i dette projekt med sine begreber været med til at tydeliggøre og muliggøre en undersøgende proces ved at skabe en sproglig struktur forankret i de valgte teoretiske perspektiver, hvorigennem det har været muligt at erfare eller iagttage de sociale virkeligheder, der har indgået i dette projekt.

Teoretikerne i dette projekt er valgt, fordi de udgør forskellige bud eller syn på sundhed, sundhedsfremmende pædagogik, hverdagsliv og offentlige sundhedspolitikker. Teorierne kan i overvejende grad siges at repræsentere alternative konstruktionsmuligheder, fordi teorierne på flere måder kan siges at udgøre et modstykke til de herskende, teoretiske positioner inden for kommunale sundhedspolitikker, sundhedskurser og sundhedspædagogisk indhold.

Kapitlet har nærmere bestemt har et trefoldigt formål: 1) At afdække, diskutere og dekonstruere hvilke sproglige konstruktioner af sundhed og overvægt mv., der teoretisk befinder sig og er på spil omkring sundhedspædagogiske indsatser for overvægtige børn og i disses hverdagsliv; 2) At forsøge at bringe alternativer til de empiriske herskende meningsdannelser i spil for tilsammen at lade dem udgøre et nyt konstruerende syn på sundhedsfremme og overvægtige børn; og 3) Løbende at tydeliggøre magtens element i sundhedskonstruktioner i henholdsvis kommunale sundhedsfremmeindsatser og i overvægtige

børns hverdagsliv ved at gå bagom kursernes beskaffenhed og bringe teorier i spil, der betoner magt som et politisk styringsredskab i forhold til at fremme en bestemt type af sundhed i befolkningen.

De valgte teorier gjort mig i stand til at konstruere en række sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske dilemmaer. De teoretiske perspektiver, som jeg inddrager, har fungeret som *fokusfindere* for disse dilemmaer. Jeg har bygget afsnittene i dette teoretiske kapitel således op:

1) Først stiller jeg skarpt på de sundhedsbegreber, der ligger bag og former bestemte sundhedspædagogikker. Derfor er det ikke uvæsentligt at se på, hvorfor og i hvilke sammenhænge det ene sundhedsbegreb frem for et andet vinder indpas, fordi det både er et udtryk for interessekampe, men også har en direkte betydning for den type af undervisningspraksis, der etableres – hvilket igen er med til at præge modtagerne af undervisningen (børnene)’s forståelse af dem selv som et henholdsvis sundt eller usundt menneske.

2) Dernæst diskuterer jeg, hvilke syn på overvægt, mad, krop og sundhed der er konstituerende for de to sundhedsbegreber. For at dekonstruere de overvejende biomedicinske syn på det overvægtige barn, som jeg fandt på kurserne, har jeg inddraget teorier, der udfordrer disse herskende syn på det overvægtige barn. Således bibringer jeg alternative syn på overvægt, mad, krop og sundhed ved at udfordre bl.a. herskende forestillinger om, at sundhed opnås ved at tage ansvar for egen livsstil og få redskaber til at øge selvkontrol.

3) Endelig belyser jeg magtens element i sundhedskonstruktioner ved at trække Foucault-inspirerede teorier ind, der peger på sundhedspædagogik som et magtfuldt, politisk styringsredskab i forhold til at fremme en bestemt type af sundhed i befolkningen. Med begrebet *Biopædagogik* samler jeg op på, hvorledes normer og værdier i samfundet udgør en sundhedsdiskurs, der definerer sundhedsforståelser og er med til at styre borgerne (børnene) til at styre sig selv i en bestemt sundhedsretning. Jeg belyser, hvad magten gør ved det overvægtige barns syn på sig selv samt betoner det ansvar for egen sundhed, der appelleres til i kommunal sundhedsundervisning.

3.1. Sundhedspositioner bag pædagogikkerne

Et pædagogisk rationale bygger altid på en bestemt opfattelse af en given virkelighed, og denne er konstituerende for undervisningens mål, indhold og metoder. Herskende sundhedspædagogikker i kommunale sammenhænge bygger derfor på herskende forståelser af det sunde menneske og på forestillinger om, hvordan det sunde liv opnås. I det følgende præsenterer jeg, hvad jeg betragter som nogle af de væsentligste strømninger inden for sundhed, sundhedsfremme og forebyggelse, som ligger til grund for sundhedspædagogiske indsatser. Præsentationen er et led i den dekonstruerende og analytiske proces omkring de sundhedsfremmende kurser for overvægtige børn. Formålet er i tråd med afhandlingens hovedsigte nemlig at få greb om, hvordan teoretisk formulerede konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser. Dette kapitel undersøger, hvornår og i hvilke sammenhænge det biomedicinske sundhedsbegreb og de brede, positive og åbne sundhedsbegreber, både hver for sig og i sameksistens, positionerer sig og tillægges meninger og betydninger.

Det er med andre ord ikke så vigtigt objektivt at forsøge at tillægge henholdsvis det biomedicinske sundhedsbegreb og de brede, positive og åbne sundhedsbegreber større eller mindre værdi i forhold til hinanden, men derimod har det været min forskningsmæssige interesse at finde teoretiske perspektiver, der eksemplificerer, hvordan de to i teorien vidt forskellige sundhedsbegreber har forskellige forudsætninger for at blive tillagt betydning alt afhængigt af kontekst, situationer og relationelle omstændigheder. Således er det netop sameksistensen af de to begreber, der har været mit udgangspunkt, selvom der, som jeg vil vise i analysen, på de kommunale kurser har været en tydelig overvægt af det biomedicinske sundhedsbegreb. Sidstnævnte betragtning har skabt grobund for en analyse af overvægtige børns selvforståelser i både formelle og uformelle pædagogiske sammenhænge, det vil sige på kursus og i hverdagslivet.

Ved at anlægge et diskursivt blik på sundhedsbegreberne, så er det blevet muligt at stille skarpt på det konfliktfyldte i, hvordan så to forskellige forståelser af sundhed indbyrdes strider om at vinde indpas i f.eks. den kommunale sundhedssetting og i børns hverdagsliv. Som Lene Otto (1994) beskriver det: *"Pointen i en diskursanalytisk anskuelsesmåde er, at den giver os mulighed for at forstå,*

hvorfor vi taler om sundhed på tilsyneladende modsætningsfyldte måder. Ved at betragte sundhed som en diskurs og ikke som noget, der eksisterer i virkeligheden uafhængigt af den praksis, i hvilken den italesættes, bliver det muligt at indfange og forstå, at der er to strukturelt forskellige betydninger af begrebet sundhed, som eksisterer side om side, men som samtidig modsiger hinanden.” (Otto, 1994: 76). Det er således i begrebernes interne strid, at forståelsen af det sunde menneske holder til og skal iagttages. Også fordi sundhedsbegreberne ud fra en diskursiv betragtning kan siges at være et produkt af en institutionel magt, hvor sundhed ikke kun helt konkret handler om fravær af sygdom eller om at søge det gode liv, men også er en del af et større opdragelsesmæssigt sundhedsprojekt, der skal sørge for gode borgere. Således har det været essentielt for dette projekt at se på kommunal sundhedsundervisning som en institutionel praksis – eller en sundhedsmæssig arena, hvor offentlige sundhedspolitikker brydes og strides i mødet med de deltagende børn og deres hverdagsliv.

Når jeg har eftersøgt sundhedsbegrebers mening ud fra diskursivt ståsted, så er det altså, fordi sundhed som begreb og fænomen ikke kan forstås essentielt eller som noget, der eksisterer uden for en given praksis eller kontekst. Skal jeg alligevel starte med en begrebssætning, der med en traditionel, international konventionsbeskrivelse forsøger at samle begge sundhedsbegreber under ét og uafhængigt af kontekst, så kan det gøres ved at introducere WHO's budskaber fra Ottawa Charteret, 1986.

3.1.1. Ændring af livsstil

WHO's Ottawa Charter fra 1986 står som et vigtigt dokument i den internationale sundhedsdiskurs med sit budskab om, at sundhed er mere end fravær af sygdom, og at sundhed derfor ikke kun handler om at forebygge, men mindst lige så meget om at fremme sundhedsressourcer, nærmere bestemt: *”... 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. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living [...]”* (WHO, 1986). En skelsættende tilgang til sundhed, der selv efter 25 år har haft svære kår for at blive udfoldet i praksis, fordi biomedicinske tilgange hersker bredt. Ikke mindst i de to kommunale sammenhænge, hvor jeg gennem de to kommuners offentlige sundhedspolitiske dokumenter har fået et billede af kommunernes syn på, hvad det overvægtige barn havde brug for og hvorfor.

Velvinge Kommune klargjorde f.eks. i en beskrivelse af deres sundhedsprojekt, at succeskriteriet for sundhedskurset var, at familierne skulle være tilfredse med at deltage, men også ved at deltagerne (børnene) havde fået ”[...] *øget viden om, hvad man forstår ved sund, fedtfattig mad*” samt være blevet bevidste om ”[...] *hvorfør det er vigtigt at være fysisk aktive*”. Det overordnede formål var beskrevet som at opnå sundere kost- og motionsvaner samt bedre trivsel hos borgerne. Disse formålsbeskrivelser indikerer to vigtige sundhedsforståelser, nemlig en opfattelse af at det overvægtige barn og dets familie *ikke ved nok* om sundhed og har brug for mere viden, samt at de kost- og motionsvaner, som de har, *ikke er sunde nok*.

På tilsvarende vis er det muligt at få et indblik i de sundhedsforståelser, der arbejdes ud fra i Kildesund Kommunes undervisningsmateriale. Her bad kommunen de deltagende børns forældre om hjælp og støtte til lave reelle ændringer i børnenes kost- og livsstilsvalg, for så ville børnene blandt andet blive mere ”*selvsikre, gladere, sundere, tage sig, men endnu vigtigere mindske taljemålet, hvilket ville reducere risikoen for, at børnene ville få hjertesygdomme og diabetes*”. Grundantagelsen om det overvægtige barn kan siges at være, at det manglede selvsikkerhed, kunne blive gladere og sundere samt en risikovurdering af, at barnet er i fare for at blive alvorligt sygt – på baggrund af barnets overvægt.

Disse to kommuners erklærede sundhedsforståelser gjorde mig optaget af begrebet *livsstil*, fordi begge kommuner havde iværksat sundhedskurserne for at hjælpe de overvægtige børn og deres familier til at *andre livsstil*. I intentionen om at tilbyde et kursus ligger en grundlæggende pædagogisk antagelse indlejret om, at nogle (kursusudbyderne) vurderer, at andre (kursusdeltagerne) mangler viden for f.eks. at blive bedre rustet til at klare en udfordring. Når overvægtige børn, og ikke alle børn uanset vægt, sendes på et særligt *sundhedskursus* for at få en sundere livsstil, så ligger der en ganske bestemt forståelse af det overvægtige barn (og dets familie) bag.

Opmærksomheden på såkaldte livsstilssygdomme er skærpet i takt med nationale undersøgelser om, at danskernes vægt er steget stødt, og at vi lever kortere sammenlignet med vores skandinaviske naboer. Overvægt bliver i Folkesundhedsrapporten 2007 udpeget som en hurtigvoksende trussel for folkesundheden på grund af forskellige livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdomme, kræft og diabetes 2 (Kjøller et al., 2007: 261). Livsstilssygdomme er i ordets forstand sygdomme, der kan siges at være forbundet med livsstil, det vil

sige at måden at leve livet på forårsager bestemte typer af sygdomme. Overvægtige børn ses således som i faregruppen for at udvikle livsstilssygdomme, da de med deres overvægt betegnes som børn, der lever en forkert livsstil. Denne begrundelse ligger bag iværksættelsen af sundhedspædagogiske tiltag i kommunerne og udgør fundamentet for, at undervisningen har til formål at opmuntre de overvægtige børn og deres familier til at ændre livsstil.

Signild Vallgård (2003a, 2003b, 2007; 2009 m.fl.), der historisk har forsket i folkesundhed som politik, påpeger dog en problematik i brugen af ordet livsstilssygdomme. Vallgård kommer med en række begrundelser, hvoraf jeg har valgt at trække tre overordnede frem. 1) At der i fokusset på livsstil ligger en antagelse om, at individet selv kan ændre denne og endda kan tillægges et ansvar for at sørge for at livsstilsstilen er hensigtsmæssig for at undgå sygdomme; 2) At det er misvisende at tale om livsstilssygdomme, når fremkomsten af de oftest benævnte livsstilssygdomme sættes i et historisk perspektiv, fordi en af grundene til at flere mennesker får f.eks. kræft og hjertekarsygdomme er, at mennesker i dag lever længere end tidligere og derfor simpelthen når at leve længe nok til at få disse sygdomme; og 3) At staten i omsorgens navn bruger begrebet livsstilssygdomme som styringsredskab til at påvirke borgerne til at leve ifølge en bestemt sundhedsfremmende adfærd (Vallgård, 2009). Disse tre perspektiver på livsstilssygdomme som hævder, at betegnelsen ikke kun er misvisende i forhold til de egentlige årsager til at folk får sygdomme, peger også på, at sundhedsfremmeindsatser, der tager udgangspunkt i, at individet er hovedansvarlig for sin egen sundhed, fejlvurderer de egentlige årsager til sygdom, der ikke kun kan tilskrives individets livsstil, og desuden tildeler individet for meget ansvar for egen sundhed.

Vallgårdas perspektiv på livsstilssygdomme er, at de ikke kun kan ses som de primære årsager til sundhedsproblemer, men at levevilkår, der omfatter f.eks. boligforhold, arbejdsmiljø, arbejdsløshed, ydre miljø og sociale relationer i samfundet også skal inddrages (Vallgård, 2003a: 137). Til listen over levevilkår tilføjer jeg mere målrettet til dette projekt om sundhedskonstruktioner på kommunale kurser og i børns hverdagsliv også centrale vilkår som undervisningsmiljø og infrastruktur i lokalsamfundet, f.eks. i form af cykelstier. Vallgårdas uddybning af, hvorfor der blandt andet er fokus på livsstil frem for levevis er, at: *"Når det gælder livsstilen, kan ansvaret placeres hos den enkelte; det kan levevilkår ikke i samme omfang"* (Vallgård, 2003a: 141). Dette bringer mig videre til spørgsmålet om ansvaret for sundhed, som er et centralt emne i dette projekt om overvægtige børn på kommunale sundhedskurser.

Livsstils- og adfærdsændring står centralt i KRAM-undersøgelsen (2009), der påviser, hvordan konkrete tiltag kan ansprende til en ny og forbedret livsstil. Anvisninger, der med deres konkrete udseende har vundet indpas i kommunale sundhedspædagogiske indsatser.

3.1.2. KRAM i kommunale sundhedspædagogikker

Som nævnt i indledningen er kendetegnene for det biomedicinske sundhedsbegreb, at fokus er på sygdomsforebyggelse og risikotænkning. Mere specifikt kan det siges, at de biomedicinske sundhedsopfattelser beror på en kausal-tænkning og lineære årsags- og effektforklaringsmodeller (Kamper-Jørgensen, 2010: 157-166). Med udgangspunkt i kroppen som et biologisk apparat, der skal holdes i gang, for at mennesket er i live, tænkes der i logiske sammenhænge f.eks. i forhold til, hvad der skal til af forebyggende indsatser for at undgå, at kroppen får skavanker eller funktionelt kommer ud af drift.

Det er i den forståelse, at sundhedsfremmende og forebyggende pædagogik i et biomedicinsk perspektiv skal forstås: Hvilke handlinger kan fremme den kropslige sundhed? Hvis et menneske lider af en sygdom eller har fare for at tilegne sig den, må vedkommende handle for at komme af med sygdommen eller forhindre, at den opstår. I den forstand lægges der i den biomedicinske sundhedsforståelse vægt på, hvad individet selv kan gøre af handlinger for at tage ansvar for at blive eller forblive sund. Dette er i tråd med definitionen af forebyggelse som: *"Den foranstaltning eller proces, hvorved et bestemt uønsket fænomen forhindres, hæmmes eller reduceres"* og som en: *"Indsats for at mindske risikoen for, at sygdom overhovedet optræder"* (Kamper-Jørgensen og Jensen, 2009: 23). Som følge af den årsags-virkningstænkning, der gengives i de to citater, angiver forfatterne KRAM-faktorerne som eksempler på forebyggende tiltag. KRAM-faktorerne stiller nemlig skarpt på, hvordan individet skal forholde sig til kost, rygning, alkohol og motion for at minimere risikoen for forekomsten af livsstilssygdomme¹² (KRAM-undersøgelsen, 2009). I undersøgelsen er der overvejende fokus på, hvordan befolkningen skal *lære at ændre adfærd* for at undgå sygdomme og være sunde. KRAM-faktorerne eksemplificerer, hvordan arbej-

¹² Livsstilssygdomme benævnes også som folkesygdomme i f.eks. regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele Livet". Der peges i programmet på i alt otte overordnede folkesygdomme, nemlig: Aldersdiabetes (diabetes 2), forebyggende kræftformer, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed (osteoporose), muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme (astma og allergi), psykiske lidelser og rygerlunger (KOL) (Regeringens sundhedsprogram, Sund hele Livet, 2002: 32). Jeg belyser i et senere afsnit i dette kapitel de teoretiske perspektiver på begrebet 'livsstilssygdomme' som værende en vildledning i forhold til at forenkle årsager og sammenhænge vedr. sundhed og sygdom.

det med sundhed bliver forsøgt gjort konkret ved at opstille nogle bestemte parametre for, hvordan sundhed opnås og sygdom undgås med udgangspunkt i individets egen handlekraft og ansvar. KRAM-tankegangens konkrete anvisninger transformeres over i de pædagogikker, der skal lære befolkningen at leve sundt.

Som Lene Otto pointerer, så skal sundhedsbegrebet blandt andet fungere som målsætning for en lang række professioner og faggrupper (Otto, 1994: 77), og derfor kan KRAM-faktorerne ses som både en måde at definere sundhed, men også som et redskab til at definere, hvilke sundhedsopgaver der pædagogisk skal arbejdes med i sundhedsfremmeindsatser. KRAM kan altså ses som en bestemt virkelighedsopfattelse og et bestemt afsæt til at definere mål, indhold og metoder til sundhedspædagogiske indsatser, der i overvejende grad abonnerer på det biomedicinske sundhedsbegreb og har en universel tilgang til opnåelsen af sundhed.

KRAM-faktorerne kan med sit naturvidenskabelige ophav siges at have den styrke, at mange af de foreslåede indsatsers effekt kan *måles* ved hjælp af blandt andet evidensbaserede studier. Kildesund Kommune, der arbejdede med kost og motion på de kommunale sundhedskurser for overvægtige børn, fremhævede denne kvalitet som en styrke, fordi kommunen har en forpligtigelse til at dokumentere en effekt af sundhedsindsatserne. Derfor bifalder kommunen logikker, der svarer til KRAM-metoderne, fordi dette muliggør en evaluering, der fortrinsvist fokuserer snævert på kroppen og på kvantificerbare tal såsom vægt, kondital, taljemål mv.

Karen Wistoft (2009) argumenterer, at det dog ikke er helt uden konsekvenser, når sundhedsindsatser tager udgangspunkt i bestemte og på forhånd fastlagte kropslige og biomedicinske værdier: ”[...] *det brede sundhedsbegreb kommer 'i fare', når tingene gøres konkrete, og når der arbejdes med på forhånd bestemte risikofaktorer.*” (Wistoft, 2009: 125). Spørgsmålet, som jeg har været interesseret i at belyse i forlængelse af min problemformulering, er, hvilke forestillinger om det overvægtige barn, der træder i forgrunden med KRAM-faktorerne i førersædet i kommunale sundhedsindsatser, og hvilke pædagogiske følger, der kan observeres i praksis både på de kommunale kurser og i børnenes fortællinger. De kommunale sundhedspædagogiske indsatser har jeg betragtet som eksempler på to delvist evidensbaserede praksisser. Jeg har set på, hvilke dilemmaer der opstår, når sundhedskurserne pædagogisk tilrettelægges ud fra en ambition om at skabe målbare parametre, der slutteligt kan evalueres på. Konsekvenserne af

evidensbaseret sundhedsundervisning diskuteres i analysen af den observerede kursuspædagogik.

Problemet med KRAM er dog, at der ikke tages højde for sociale og kulturelle omstændigheder, men at sundhed omtales ud fra de fire faktorer som noget, der er muligt at opnå ved at foretage bestemte valg og fravalg i hverdagen. Flere teoretiske studier peger dog på, at mad langt fra kun er ernæring, men måske i virkeligheden først og fremmest er socialt, fordi indtag af mad skal ses i samspil med de sociale relationer og situationer, som udspiller sig i hverdagslivet. Dette perspektiv på mad og motion udfolder jeg senere med Deborah Lupton (1996) som repræsentant for denne sociologiske vinkel på mad og måltider. Først gennemgår jeg det åbne sundhedsbegreb, der kan siges at ville rumme både de biomedicinske essensperspektiver i sundhed sideløbende med de mere kontekstafhængige forståelser af det sunde liv. Sameksistensen mellem de to begreber lægger an til en form for sundhedspædagogik, der både forholder sig konkret til biomedicinske anvisninger for den sunde krop og samtidig tager højde for f.eks. sociokulturelle forhold.

3.1.3. Ægte og uægte sundhedsmål

Steen Wackerhausen (1994)s teoretiske diskussioner af det åbne sundhedsbegreb skaber et alternativ til de to radikalt forskellige sundhedsbegreber (det biomedicinske og det som Wackerhausen kalder det holistiske sundhedsbegreb). Wackerhausen anerkender, at begge begreber rummer et indhold og en målsætning, der tilsammen er forenelig, hvis det gribes an med udgangspunkt i individets egne værdier og målsætninger. Udgangspunktet i Wackerhausens redegørelse af det åbne sundhedsbegreb er i tråd med socialkonstruktionistiske forståelser, idet *”Sundhed aldrig kan defineres rent objektivt og værdifrit”* (Wackerhausen i Jensen og Andersen (red.), 1994: 48). Det vil sige, at sundhed er et kontingent begreb, og altså ikke har karakter af at være universelt gældende for alle mennesker i alle sammenhænge.

Essensen i Wackerhausens teori er, at sundhedsopfattelser varierer over tid og sted og defineres ud fra givne livsbetingelser ifølge de mål og værdier, som kulturer finder vigtige. Mere specifikt beskriver Wackerhausen sundhed således: *”Sundhed er evnen til at indfri mål, og det som afgør graden af et subjekts sundhed – kvaliteten af generaliseret handlekapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektive handlefærdigheder [...]”* (Wackerhausen, 1994: 50). I

denne forståelse giver det således ikke mening at fastsætte universelt gældende kriterier for hhv. det sunde og det usunde liv.

I Wackerhausens forståelse af sundhed er der lagt vægt på det *relationelle* (frem for det relative) i den forstand, at det lader definitionen af sundhed være åben. På den måde er det den givne kulturs variationer i mål og livsbetingelser, der betinger individets sundhedsdannelse. Dette betyder, ”at det åbne sundhedsbegreb i konkrete situationer nødvendigvis må ’substantialiseres’ via konkrete, ’lokale’ mål og via analyser af konkrete livsbetingelser.” (Wackerhausen, 1994: 52). Dette lægger op til det relativistiske spørgsmål, om alle mål da er sunde, hvis individet finder det således? Wackerhausen holder det direkte skadelige for øje, men holder ellers fast i tesen om, at kulturens særegenheder samt individets egen selvrefleksionsevne skal tages til efterretning i vurderingen af, hvad der er sundt og usundt. Dermed ikke sagt, at alt er lige sundt for mennesket, men at det først og fremmest er i refleksionen over individets sundhedsmål, at vurderingen skal foretages. Dette har bragt mig videre til begrebet om trivsel, som er et begreb, der betoner det relationelle og det rummelige.

Centralt i Wackerhausens teori om det åbne sundhedsbegreb står tesen om de *ægte* og *uægte* mål. Det ægte mål som værende kendetegnet ved tvangs frit at være udsprunget fra individet selv, det vil sige, at handlinger skal udspringe fra intenderede ønsker. Omvendt er uægte mål de mål, der er definerede af en ydre instans. Når jeg inddrager denne pointe, så er det naturligvis, fordi denne sondring skaber et særligt analytisk nedslagspunkt – også i forhold til hvordan det pædagogisk er muligt at tilrettelægge sundhedsfremmende indsatser med øje for det ægte mål. Forestillingen om at arbejde med ægte mål slægter en individforståelse, hvor autonomi og selvbestemmelse er afgørende. Denne tilgang afspejler de intentioner jeg har haft med nødvendigvis at inddrage de deltagende børn i mine studier og samtidig observere, hvorledes de blev inddraget i den kommunale sundheds-undervisning. Jeg vender tilbage til Wackerhausens teorier i analysen.

3.1.4. En salutogenetisk orientering i sundhedspædagogikken

Et andet væsentligt perspektiv, som jeg har inddraget i dette projekt, baserer sig på Aron Antonovsky [1987] (2000)’s studier af sundhed. Det centrale i Antonovskys studier er, at han fjernede blikket fra, hvad der kan findes af forklaringer på, hvorfor mennesker bliver syge og i stedet interesserede sig modsat for, hvad der holder mennesker raske. Dette er en radikal anderledes

tilgang til sundhed og sundhedsfremme, end den der findes i biomedicinske diskurser i dag. Antonovskys teorier bidrager til denne afhandlings analyser med et modblik på de mangeldiskurser, der har været fremtrædende i de kommunale sundhedspædagogiske praksisser og i de overvægtige børns hverdagsliv. Ligeledes har Antonovskys teorier om sundhed fungeret som inspiration til at læse de empiriske produktioner med blik for alt det, der allerede gør sund, og for hvordan der pædagogisk set kan arbejdes videre med dette udgangspunkt.

Antonovsky er kritisk overfor den opfattelse af usundhed, der billedligt kan forstås som en flydende flod, som mennesker jævnlige dumper ned i, og som det er medicinens opgave at redde menneskene op fra. Antonovsky argumenterer i stedet for, at alle mennesker konstant befinder sig i floden, og at ingen har mulighed for at ”redde sig i land på bredden”. Pointen er tosidet, nemlig for det første at floden skal forstås som selve livets strøm, og for det andet at floden ikke *kan* være, men *er* forurenet og løbende byder på forskellige bølger og hvirvelstrømme, såvel som smulte vande (Antonovsky, 2000: 106). Det vil med andre ord sige, at livet skal forstås som værende fyldt af bevægelser eller udfordringer, men også med rolige tilstande. Det er i denne forståelse, at sundhed og sundhedsfremme skal ses: Det er meningsløst at betragte usundhed som noget, mennesket kan undslippe eller som noget mennesket selv forårsager (ved at hoppe i floden), fordi livet er en tilstand, der rummer tilstande, der kan føre til både sundhed og usundhed. Ligeledes er det meningsløst at sundhedsfremme og for den sags skyld helbrede ved at se på alt det, der ikke virker. Antonovsky er derimod fortaler for at fokusere på alt det, der virker, det vil sige alt det, der allerede gør sund. Ved at tage det standpunkt, at livet byder på en række stressorer (bølger), har Antonovsky derfor arbejdet med at undersøge, hvorfor nogle mennesker er bedre til at overkomme livets stressorer frem for andre i stedet for at tale om, hvorfor nogle mennesker er usunde. Fokus er på det, der holder mennesker raske i stedet for det, der gør dem syge – også set i forhold til de rammer, som individerne lever i og som skal være gunstige for at blive i stand til at håndtere situationen. Dette kalder Antonovsky ’den salutogenetiske orientering’, det vil sige en orientering, der ser på sundhed frem for sygdom ved at spørge: Hvad er sundhedsforstærkende? Frem for: Hvad er sygdomsfremkaldende? (’den patogenetiske orientering’) (Antonovsky, 2000: 12)

Jeg har arbejdet med et tilsvarende udgangspunkt i mine analyser af sundhed og usundhed som værende en del af det levede liv og ikke som absolutte stør-

relser. Med inspiration fra Antonovskys teoretiske grundantagelser om sundhed har jeg anlagt et sundhedspædagogisk perspektiv i analysen, der har handlet om at undersøge, hvor gode en svømmere (for at blive i Antonovskys maritime metafor) børnene er – på trods af overvægt. Det vil sige, hvilke ressourcer, børnene har til at håndtere livets stressorer. Hovedantagelsen hos Antonovskiy, som jeg genanvender i analysen, er, at en bestemt gruppe ikke kan tillægges en bestemt *type* af stressorer, fordi disse er afhængige af historiske, sociokulturelle og samfundsmæssige betingelser. Det, der er interessant, er altså at undersøge, hvorfor nogle mennesker håndterer udfordringer bedre end andre.

Pointen er, at sundhedspædagogiske indsatser kommer længst med at opbygge ressourcer ved at bygge videre på det, der allerede har et positivt virke i hverdagslivet. De pædagogiske strategier, der iværksættes, står over for at holde individets ressourcer for øje, men også for at sikre en opretholdelse af velfærdssamfundets ressourcer. Derfor vil en sundhedspædagogisk indsats i kommunalt regi både skulle ses som en optimering af individers sundhed, men også indeholde pædagogikker, der retter sig mod dannelse af den gode borger.

3.2. Opdragelse og dannelse i sundhedspædagogikken

Fra lægevidenskaben til statslige folkesundhedsidealer kan der siges at opstå en sammenkædning af normativitet og moralske anskuelser af det sunde liv, fordi sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse kommer til at handle om, hvordan man skal leve livet (Elsass og Lauritsen, 2006: 44). Disse borgerrettede diskurser influerer ligeledes kommunale sundhedspædagogikker. Dermed kommer sundhedsfremmeindsatser ofte til at handle om adfærdsændring, fordi sundhed ikke kun handler om, at mennesker trives, men fremme af sundhed kan ses som et led i en statslig normsættende og regulerende strategi. En sådan strategi kan historisk set spores tilbage til 1600-tallet, hvor man ved statistikker over fødselsrater og dødelighed begyndte at interessere sig for borgeres sundhedstilstand, og senere f.eks. i 1700-tallets Tyskland begyndte man at udvikle sundhedsprogrammer med det formål at højne folkesundheden. Programmet blev udviklet under navnet 'det medicinske politi', og skulle koncentrere sig om en form for befolkningsomsorg, men også om disciplinering. Den overordnede logik var, at ledelse af staten måtte tage udgangspunkt i en form for

biopolitik (Raffnsøe, Gudmand-Høyer og Thaning, 2008: 311-12). De disciplinerende teknikker, som ikke blot skulle lede på et overordnede plan, men også helt ned på det individuelle plan, vender jeg tilbage til i dette kapitels afsnit om det Foucault-inspirerede begreb om biopædagogik, der netop sammenfletter styring af borgernes sundhed og ikke mindst kroppe med sundhedspædagogiske indsatser.

I dette afsnit er det essentielle at klargøre, at sundhed som et normativt begreb blandt andet har rødder tilbage i en statsfilosofi, hvor borgere skulle disciplineres til en bestemt opfattelse af det sunde liv, nemlig den, der følger et statsligt ideal om den gode, produktive borger. Disciplineringen i sundhedsindsatser bliver sat i spil i afhandlingens analyser af de sundhedspolitiske dokumenter, der ligger bag de kommunale sundhedskurser og i selve observationen af de to kommuners sundhedskurser for at se på, hvordan sundhedsfaglige kategorier forankres i officielle dokumenter, og hvordan kategorierne udspiller sig konkret i sundhedspædagogikken. Dernæst danner følgende perspektiver på sundhed som et led i et statsligt opdragelsesprojekt grundlag for en analyse af, hvordan disciplineringen af den gode borger indlejrer sig i det levede, overvægtige børneliv.

Lene Otto (1994) argumenterer for, at sundhed skal forstås ud fra et statsperspektiv, fordi det er et begreb, der er produceret og installeret gennem et stortilet opdragelsesprojekt, hvor vi har lært at tænke os selv og vores liv medicinsk (Otto, 1994: 78). Den statslige oplysningstankegang begyndte i en dansk sammenhæng omkring enevælden at opdrage de almindelige mennesker til selvreflekterende subjekter. Forestillingen var, at sygdom kunne kontrolleres gennem sundhedslære og gennem uddannelse af individet til en passende livsstil: *"Vedligeholdelse af sundheden kræver en kalkulerende holdning til livet, hvor målet er personlig lykke. Derfor må der i individerne installeres en lyst til sejransagelse. Idet sundhed bliver noget, den enkelte ønsker for sig selv, er den et centralt led i rationaliseringen og medikaliseringen, og ikke et behov der kommer 'indefra'"* (ibid.: 79). Denne antagelse bygger på Foucaults tese om, at menneskers tilværelse underkastes institutionel magt gennem rationel viden: *"Foucault vil vide, at forestillingen om at sygdom og sundhed er videnskabelige, moralske neutrale kategorier, stammer fra faggruppers praksis. Den stammer fra deres vilje til viden om og magt over livsproccessen. Diskursen er et resultat af deres uopbørlige kamp for at sætte deres vilje igennem og relativere deres muligheder"*. (ibid.: 79). Det vil altså sige, at faggrupper som f.eks. læger og andre sundhedsprofessionelle skaber og reproducerer sundhedskategorier, der med deres anerkendte videnskabelighed synes uden for diskussion og dermed er almen-

gyldige. Otto mener, at dette kan ses som gentagende og i mange tilfælde succesfulde forsøg på at udøve magt igennem viden og derigennem diktere sandt fra falsk eller snarere: Sundt fra usundt. I denne diktation er det normmæssige og det afvigende indlejrede, fordi sundhed bliver en efterstræbelsesværdig norm og usundhed bliver det afvigende. Derfor handler opdragelsesprojektet også om pædagogisk at præge afvigere ind på den rette (sunde) kurs.

I moderne medicin sker der en institutionalisering af det afvigende, hvor selvkontrol og forvaltning af livsførelse bliver et redskab, og således overvåges sundheden i hverdagen. Hermed kommer kausalitetstankegangen i spil, fordi moderne medicin strukturelt set kan beskrives som en praksis, hvor årsager og handlemuligheder er i søgelyset (Otto, 1994: 80). Sammenfattende vil det sige, at hvis en bestemt livsstil er ønskværdig, så burde den også ud fra et medicinsk synspunkt være mulig at realisere. Dog, som Otto pointerer, er der uendelig mange forhold, der er potentielt sygdomsfremkaldende, og at alt i yderste konsekvens vil kunne anskues som en mulig sygdomsårsag (ibid.: 83). Netop det *potentielt* sygdomsfremkaldende har været indlejret i motivationen bag de kommunale sundhedskurser, fordi overvægt i en medicinsk forstand kan siges at føre til en række af de såkaldte livsstilssygdomme. Derfor trækker jeg i analysen på teorierne bag sundhedsfremme som et statsligt opdragelsesprojekt, fordi der er flere indikationer på, at et kommunalt kursus i sundhed handler om at blive opdraget til en bestemt sundhedsadfærd, samt at der med udgangspunkt i kroppen bliver lagt vægt på, at overvægt er en afvigende sundhedskategori i den forstand, at overvægt i medicinsk forstand kan rettes op på, det vil sige at man kan slankes, og dermed undgå potentielle sygdomme og dermed blive en god borger.

3.2.1. Kurser som sundhedspolitiske styringsredskaber

Som før nævnt ligger der et skisma i overvægt som henholdsvis et privat anliggende og et nationalt ansvar, der både spiller ind på sundhedspædagogiske tiltag, men også har betydning for forestillingen om 'den gode borger'. Inspireret af en foucaultsk tankegang kan det siges, at sundhed udspiller sig på én og samme tid på en national og en privat arena, fordi der i de politiske begrundelser for folkesundhedsinitiativer både ligger et ønske om at sikre borgerne det gode liv samt styrke den nationale økonomi og velfærd. I de offentlige erklæringer og sundhedsinitiativer befinder sig også et element af borgernes egen frihed til at vælge, hvordan de vil leve, men som Vallgård pointerer, er frihedsbegrebet i denne sammenhæng ikke løsrevet fra statens indblanding: Staten ønsker nemlig ikke at påvirke borgerne til at vælge et hvilket som helst

valg, men snarere at gå i en ganske bestemt sundhedsretning (Vallgård, 2003a: 141). Derfor har de sundhedspædagogiske indsatser også et ganske bestemt sigte, hvilket jeg viser i dokumentanalyserne.

I statslige forsøg på at påvirke befolkningen til at vælge at leve på en bestemt måde efter en særligt identificeret sundhedsadfærd, appelleres til pligt og ansvarlighed som styringsteknik. Særligt benævnelsen 'ansvar for egen sundhed' har været hyppigt refereret til i sundhedspolitiske udtalelser. Dermed kan det siges, at politikere forventer, at borgerne både har viljen til at ville det sunde liv, og også at de besidder ansvarligheden til at efterstræbe den (Vallgård, 2003a: 149). Sådanne forventninger om, at borgerne naturligvis vil og formår at efterstræbe en korrekt sundhedsadfærd, er interessante, fordi det modsatte heller ikke nødvendigvis kan antages: at borgerne ikke *kan* eller *vil*. I udgangspunktet må det antages, at de fleste borgere har interesse i at tage vare på eget liv og både kan og vil dette. Det interessante er, om den korrekte sundhedsadfærd, som politikerne appellerer til i de nationale folkesundhedspolitikker, stemmer overens med det levede hverdagsliv – og hvis ikke, gør det så den enkelte borger mindre villig og ansvarsbevidst til det sunde liv? Dette diskuterer jeg i analysen, hvor officielle sundhedspolitikker ikke altid harmonerer med det levede børneliv, det vil sige, at børnene dyrker en anden sundhedsforståelse, men ikke nødvendigvis af den grund er usunde.

Vallgård har foretaget en interessant analyse af sundhedspædagogikkens formål set fra et folkesundhedspolitisk standpunkt, som jeg vil lade være introducerende for det næste hovedafsnit. Vallgård peger på, at en bestemt måde at styre befolkningens sundhedshandlinger, som ikke forudsætter selvstyring, er ved så at sige *at lægge valgene til rette* (Vallgård, 2003a: 153). Som nævnt indledningsvist i dette kapitel er selve bevæggrunden for at iværksætte et sundhedskursus for overvægtige børn baseret på en antagelse af, at børnene mangler viden for at kunne ændre adfærd. Eller nærmere bestemt den *rigtige* viden. For som Vallgård beskriver: "*For at borgerne kunne tage ansvar for eget helbred og ændre adfærd i den af myndighederne ønskede retning, måtte de have den rigtige viden*" (Vallgård, 2003a: 154). Antagelsen er, at oplysning fører til ændret adfærd, og at det er muligt at styre målgruppen i en bestemt retning ved at appellere til fornuften. For at motivere til ændring skal borgernes værdier og mål også ændres (ibid.: 155). Denne opfattelse er stadig herskende i kommunale sundhedsfremmeindsatser og gør, at der er et udtalt pædagogisk fokus på at formidle viden om sundhed.

Vallgårdar retter opmærksomheden mod, at der hersker en dobbelthed i offentlige sundhedspolitikker, når de adresserer borgernes frihed til at vælge det liv, de ønsker, fordi politikerne i deres udsagn om borgernes valgfrihed hentyder til, at borgerne skal vælge netop det, som politikerne har erklæret som bedst for borgerne (Vallgårdar, 2003a: 156). Dobeltheden er en af de kategorier, som jeg arbejder med i analysen af de to kommuners sundhedspædagogiske indsatser, men også i forhold til børnenes fortællinger om det levede børneliv som henholdsvis sundt og usundt.

I næste afsnit præsenterer jeg sundhedspædagogiske overvejelser, der arbejder ikke-essentielt og bringer muligheden for at arbejde dialogorienteret frem. Afsnittet er efterfølgelsen på, hvordan de netop beskrevne konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskurser om det sunde liv og den gode borger. Afsnittet handler derfor om, hvordan disse diskurser former herskende og alternative sundhedspædagogikker.

3.3. Sundhedspædagogik – normativitet og dialog

Sundhedspædagogisk teori kan siges at være et sæt af begreber, perspektiver og metoder i forhold til to overordnede praksisområder, sundhedsundervisning og sundhedsfremme. Sundhedspædagogisk teori handler om de muligheder, der foreligger hos individerne i forhold til at fremme sundhed, samt udgør et blik på de muligheder, der påvirker de forhold, som influerer sundheden.

Skolen er ofte den foretrukne arena for sundhedsfremmeindsatser, hvilket også har været tilfældet i de to kommuner i dette projekt. Begrundelsen kan blandt andet siges at være, at skolen allerede er et politisk og lovmæssigt reguleret undervisningsrum. Selv om undervisningen på de kommunale kurser har foregået efter ordinær skoletid, så kunne sundhedspædagogikken på kurserne alligevel med fordel basere sin undervisning på de retningslinjer, der står beskrevet i Undervisningsministeriets lovgivning på sundhedsundervisningsområdet, der gælder for skoleindsatser. I lovgivningen står i beskrivelsen af formål med sundhedsundervisning, at: ”(stk. 2.) *Undervisningen skal knyttes til elevernes egne oplevelser, erfaringer og begreber for at medvirke til udvikling af engagement, selvtillid og livsglæde samt støtte den enkelte i udviklingen af egen identitet i samspil med andre. Undervisningen skal endvidere medvirke til, at eleverne opnår erkendelse af egne*

grænser og forståelse for andres” (Fælles Mål, ”Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab”, Faghæfte 21, Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23 – 2009). Det vil sige, at eleverne engagement står centralt i formålsbeskrivelserne, og at elevernes erfaringer vægtes højt i undervisningen. Desuden appelleres der til en dobbelt indsats, der både tager udgangspunkt i at udvikle elevernes egne identiteter, men samtidigt er der også et vigtigt element i at lære eleverne at rumme andre.

Fællesskab er med andre ord et delvist omdrejningspunkt i sundhedsundervisningen, hvilket også kan læses videre i Undervisningsministeriets faghæfte om sundhedsundervisning. Her står, at: ”(stk. 3.) *Undervisningen skal i enhver henseende bidrage til, at eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed*” (Fælles Mål, ”Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab”, Faghæfte 21, Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23 – 2009). Læring om sundhed og sundhedsfremme har derfor et tydeligt tosporet fokus, der rækker udover det enkelte individs viden og udvikling ved også at ruste eleverne til at handle for at fremme andres sundhed. Dette aspekt ved sundhedsfremmende undervisning er vigtigt at holde sig for øje og kan siges at udgøre et af de dilemmaer, som jeg trækker frem i analysen. Blandt andet er det interessant at stille denne formålsbeskrivelse overfor den mere målrettede ambition om at lave målbar, evidensbaseret sundhedsfremmende undervisning.

En anden vigtig teoretisk pointe, som jeg arbejder videre med i analysen, er sidstnævnte citat (stk. 3.) fra sundhedsundervisnings formål, der fremhæver vigtigheden af, at eleverne lærer at tage kritisk stilling i forhold til at fremme sundhed hos dem selv og andre. Signild Vallgård påpeger i forlængelse af hendes før beskrevne blik på folkesundhedspolitikker, at det må antages at forholde sig sådan, at det som eleverne skal ”tage kritisk stilling til” i sagens natur må være det, som opfattes som *sundhedsskadeligt*. Vallgårdas pointe er, at elever ikke kan siges at skulle udvikle handlekompetencer i al almindelighed, men skulle blive kompetente i det, som myndighederne finder rigtigt (Vallgård, 2003a: 160). I udgangspunktet kan en undervisningssituation siges at være uligevægtig og magtpræget, fordi underviseren har til formål at formidle eller facilitere viden om et bestemt emne. Uligevægten kan siges at herske uanset om emnet er sundhed, trafiksikkerhed, franske verber eller musik. Men forskellen på at være underviser i traditionel forstand, hvor en form for pensum skal gennemgås, over for en mere eller mindre pensumfri undervisning

baseret på at facilitere eleverne til at gøre deres egne erkendelser, kalder på to vidt forskellige typer af pædagogisk indsats.

Der hersker en udbredt normativitet, inden for hvad der anerkendes som henholdsvis sundt og sundhedsskadeligt, der er væsentligt at holde sig for øje i sundhedspædagogiske indsatser. Normativitet er derfor uundgåelig i enhver sundhedsundervisning. Samtidig kan der siges at være et hverdagsliv at tage højde for, og erfaringer fra dette skal inddrages for netop at sikre deltagernes engagement – og ikke mindst bæredygtighed i indsatsen. At ruste elever til et sundt liv kan derfor siges at handle om at udvikle deres kompetencer til at navigere i sundhedsanbefalinger samtidig med at anerkende det levede livs hverdagsbetingelser, der måske ikke altid er centreret omkring at skulle efterleve officielle sundhedsbud på trods af kendskab til dem. Derimod kan hverdagslivet måske i højere grad siges at handle om sociale relationer, venskaber, at have det sjovt og at blive anerkendt. Tyngden i den sundhedsfremmende undervisning kan derfor siges at skulle handle mindre om rigtig og forkert sundhedsadfærd og mere om, hvordan eleverne erfarer, lever og inddrager sundhedsaspekter i deres hverdag.

Denne tankegang afspejler også Steen Wackerhausen (1994)'s foromtaltte begreber om ægte og uægte mål, hvilket Wackerhausen i forlængelse af det åbne sundhedsbegrebs betydning for en given sundhedspraksis udfolder ved at håndhæve dialogen som redskabet til at gøre sundhedsmæssige værdisæt relevante for individets livsbetingelser: ”Sundhedsarbejderen må således – via dialog – søge at afdække subjektets mål- og værdiunivers, samt analysere subjektets livsbetingelser og personbundne handlepotentialer, for derigennem at give en 'lokal', subjektbestemt og substantiel sundhedsdefinition. Det er ikke sundhedsarbejderen, der – i rollen som den objektive ekspert – egenhændigt skal definere og vurdere subjektets livsbetingelser og mål (f.eks. vurdere målenes 'ægtbed'). Det er et dialogisk anliggende; det er i dialogen – hvor denne er mulig [...] – at disse mål- og værdispørgsmål skal finde deres afklaring” (Wackerhausen, 1994: 66). Pointen er, at der skal skelnes mellem nationale sundhedsmål og individets egne, ægte mål. Det vigtigste i sundhedsarbejdet er derfor at gøre målene realistiske eller realiserbare ved at foretage det, som Wackerhausen kalder en lokal substantialisering af sundhedsbegrebet. Dermed bliver det muligt at komme videre fra en fundamentalisering af sundhedsbegrebet, hvis det i undervisningen bliver et spørgsmål om at rette blikket mod selve forholdet mellem individets mål, livsbetingelser og handlepotentialer. Dette bliver den sundhedsfremmende undervisnings fornemmeste opgave, for

som Wackerhausen afrundende gentager, så er sundhed ”*et relationsforhold, ikke en kropstilstand*” (Wackerhausen, 1994: 67).

Denne åbne, dialogiske, pædagogiske tilgang til, hvad sundhedsfremmende undervisning har som opgave, stiller nogle ganske særlige krav til underviserne, fordi deres rolle bliver mere faciliterende end formidlende af viden. Dette bryder på mange måder med en traditionel undervisningsform og kan sågar siges at udgøre et større usikkerhedsmoment for underviseren, fordi der som sådan ikke er et fastlagt pensum at undervise efter. Men også fordi det kræver en praktisering af andre færdigheder at kunne jonglere med demokratiske dialogformer, end det gør at lave envejskommunikeret tavleundervisning.

3.3.1. Demokratiske sundhedspædagogikker

Bjarne Bruun Jensen (2006) er en af de danske sundhedspædagogiske teoretikere, der tager udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb. Når det brede sundhedsbegreb knyttes sammen med ordet *positiv*, så er det: ”[...] *fordi sundhed ikke kun handler om fravær af sygdom. Det er også et spørgsmål om livs kvalitet og velvære, både fysisk, psykisk og socialt*” (Fælles Mål 2009 – Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab). Dette betyder, at visse handlinger, valg eller fænomener på nogle tidspunkter måske kan siges at have en skadelig effekt (f.eks. overdreven indtag af fedtholdige madvarer), men samtidig ikke per definition kan siges at være absolut skadeligt for sundheden. Særligt ikke, hvis der tages højde for trivselsaspektet i sundhed, hvor f.eks. fedtholdige madvarer kan være en del af et større, socialt arrangement.

Bjarne Bruun Jensen (2006)’s brede og positive sundhedsbegreb kan siges at ligge i tråd med Wackerhausens teoretiske vinkel vedrørende handlepotentialer og argumenterer for, at *handlekompetencer* bør ses som det overordnede mål for arbejdet med sundhed i relation til børn og unge (Jensen, 2006: 56). Bruun Jensen går et skridt videre end Wackerhausen ved at folde handlekompetencebegrebet ud i en given sundhedspædagogisk praksis.

Det bærende i Bruun Jensens handlekompetencebegreb er, at det bygger på udfoldelse i demokratiske settings og finder sted på baggrund af børnenes (elevernes) aktive involvering i sundhedsarbejdet, beslutninger og handlinger. På den måde bliver den væsentligste sundhedspædagogiske opgave at udvikle og kvalificere sundhedsmæssige handlekompetencer frem for at formidle viden om f.eks. sund kost og motion (Jensen, 2006: 56-57). Det springende i handlekompetencebegrebet er altså, at det er opstået som et udtryk for mod-

stand eller skepsis over for det traditionelle adfærdsmodificerende og moraliserende sundhedssparadigme, det vil sige det paradigme, der er kendetegnet ved at indikere rigtig og forkert sundhedsadfærd. Som eksempel på udvikling af handlekompetencer i sundhedsundervisning, mener Bruun Jensen, at en undersøgelse af, hvordan mad og motion påvirker kroppen først bliver handlingsorienteret i det øjeblik, hvor børnene inddrages i en aktivitet, der foregår eller tager udgangspunkt i hverdagslivet (Jensen, 2006: 58-59). Dette sundhedspædagogiske syn bevæger sig væk fra vidensformidling og over i et pædagogisk arbejde, der i første omgang handler om at identificere eksisterende kompetencer.

Generering af viden, som det bærende element i enhver pædagogisk indsats, forskubber sin position, idet viden i form af handlekompetencer udspringer af individet selv og dets hverdagslige betingelser. Dette forklarer tillige sammenhængen mellem viden og handling, der ikke altid følger en lineær logik, fordi børn ikke altid handler i overensstemmelse med deres viden. Bruun Jensens bud på dette er: *”En af grundene til, at børn og unge tilsyneladende ikke handler ud fra deres viden, kunne være, at den viden, de har fået, simpelthen ikke er særlig handlingsorienteret”* (Jensen, 2006: 62). På den måde kan en analyse af hverdagslivet fungere som forklaringsmodel for, hvorfor børn og unge trods viden ikke altid og absolut efterlever den sundhedsmæssige anbefalede, korrekte viden. En grundlæggende tese, som har fulgt dette projekt fra begyndelsen, er, at det ikke er realistisk at efterstræbe den 100 % korrekte, anbefalede sundhedsviden alene med begrundelse i det levede hverdagsliv. Dette perspektiv inddrager jeg i analysen af de overvægtige børns fortællinger om, hvad der tillægges betydning i hverdagen.

I processen med at udvikle handlekompetencer ved hjælp af inddragelse og demokratiske redskaber er det den pædagogiske intention, at børnenes egne forestillinger om det gode liv skal placeres i centrum. For eksempel en børnefødselsdag, julefrokoster eller andre festlige og hyggelige begivenheder. Bruun Jensens pointe er, at hvis den positive dimension skal tages alvorlig, så giver det ingen mening at påstå, at f.eks. slik og cola er entydigt usundt. På den måde risikeres det dog, at der tales direkte imod det sygdomsforebyggende, fordi et dagligt indtag af udelukkende usunde madvarer kan medføre en senere fysisk sygdom (såsom diabetes 2), samtidigt med at det i nuet kan bibringe et mentalt velvære.

At forholde viden om sundhed til det levede hverdagsliv er en afgørende son-
dring i de sundhedspædagogiske rationaler, der ligger til grund for sundheds-
undervisningen, særlig fordi, som Bruun Jensen fortsætter, at *”Det grundlæggende
udgangspunkt er, at sundhedsundervisning og sundhedsfremme blandt børn og unge sigter
mod at skabe forandring inden for det sundhedsmæssige område”* (Jensen, 2006: 56). Det
pædagogiske hovedsigte er altså fortsat at skabe forandring.

En erklæret demokratisk tilgang til en sundhedspædagogisk praksis kan i
sundhedspolitiske dokumenter godt tilstræbe at række udover det moralise-
rende. Men et dilemma opstår, når der samtidigt er krav om evidens og målin-
ger af indsatser, der har ganske særlige og på forhånd bestemte slutmål at ef-
terstræbe. Dette forhold kan medføre et ganske bestemt blik på, hvad der er
gyldig sundhedsviden, og det kan skabe risiko for en overvejende udemokra-
tisk sundhedspædagogik.

3.3.2. Evidensbaserede sundhedspædagogikker

Evidens er dukket op i flere forskellige sammenhænge i de to udvalgte kom-
muner i skikkelse af en sundhedspædagogisk med- og modspiller. Evidensba-
serede metoder, evalueringer og praksis har siden slutningen af sidste århund-
rede vundet indpas i sygdomsforebyggende og sundhedsfremmeindsatser
fortrinsvist i bestræbelsen på at skabe og anvende sikker, sand eller bedst til-
gængelig viden og dermed højne effektiviteten. Både for at sikre at økonomi-
ske midler anvendes mest hensigtsmæssigt, men også fordi der i evidensbegre-
bet ligger en antagelse om, at ikke al viden kan tillægges samme værdi (Carls-
son og Simovska, 2009: 295-96).

Evidens har som bekendt naturvidenskabelige og positivistiske rødder og er
hyppigt anvendt inden for forebyggelsesstrategier ved hjælp af stringens og
systematik (Carlsson og Simovska, 2009: 297). Evidens bruges til at undersø-
ge, hvilke tilgange der virker eller ikke virker, og formålet kan siges at være en
reduktion af usikkerhed ved at henvise til beviselige metoder. En hyppig mis-
forståelse af evidens er blandt andet påpeget af Archie Cochrane (1972), som
Uffe Juul Jensen refererer til i en rapport om Viden og Evidens i forebyggel-
sen (Sundhedsstyrelsen, 2004). Misforståelsen handler om, at selvom evidens
skulle afrydde tvivl og usikkerheder i lægelige behandlinger, så var evidens for
eksempel i randomiserede, kontrollerede undersøgelser ikke tiltænkt en abso-
lut erkendelsesmæssig forrang med bestemte metodiske greb, men derimod
som et led i at vurdere kvalitet i medicinske indsatser (Sundhedsstyrelsen,
2004: 20-22). Udviklingen og brugen af evidens i nutidige sundhedstiltag kan
derfor siges at forekomme forsimplet og ukritisk og dermed i en forsnævret

form, blandt andet fordi den underkender almen (sundheds-)viden til fordel for *”et bureaukratisk system præget af professionel arrogance og bedreviden”* (Sundhedsstyrelsen, 2004: 27).

Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening (KL) har videreformidlet WHO's tilskyndelse og har stillet krav om indlejring af evidens i sundhedsfremmeindsatser til danske kommuner, blandt andet i gengivelse af dette citat vedr. forebyggelse: *”At arbejde evidensbaseret med forebyggelse vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelle bedste viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer”* (KL, 2008: 8). Det kunne være nærliggende at konkludere, at evidensbegrebet ikke mindst bærer på en række positive værdier som autoritet og troværdighed, hvilket de danske kommuner i mange forskellige henseender har været mistænkt eller udskældt for at mangle¹³.

Evidens anvendes som en måde at imødekomme evalueringskrav på, fordi der i evidensbaserede tiltag skulle siges at være sandsynlighed for at producere et målbart slutresultat. Fokuseringen på evidens i sundhedspædagogiske kan betyde, at strikse evalueringskrav, hvor evidens ureflekteret bydes velkommen, får betydning for den måde, som de pædagogiske tiltag tilrettelægges. På den måde kan evalueringskrav komme til at styre undervisningens mål, indhold og metoder. Dette kan betyde, at evidensbegrebet i praksis kan komme i modvind i forskellige sundhedsfremmetiltag på grund af en grundlæggende uoverensstemmelse mellem et snævert fokus på valideret dokumenteret effekt og udbytte overfor et demokratisk og dialogorienteret blik på kontekst, målgrupper og omstændigheder. F.eks. er hverdagslivets erfaringer ikke uden betydning for, hvilken viden og hvilke handlinger der fremmer sundhed. Som Uffe Juul Jensen skriver: *”Man må altid spørge: evidens på hvilken baggrund og i forhold til hvad?”* (Uffe Juul Jensen, Sundhedsstyrelsen, 2004: 24). Sondringen mellem det effektorienterede og det handlingsorienterede findes ofte i henholdsvis sundhedspolitiske dokumenter (policy-niveau) og praksisområdet. Kirsten Haastrup (2004) pointerer, at evidensbegrebet skifter karakter, når der arbejdes med relationsviden frem for objektviden (Haastrup (2004), i Carlsson og Simovska, 2009: 306).

¹³ Et andet begreb er kvalitetssikring, der er dukket op inden for de sidste årtier og bruges som et styringsredskab med henblik på at dokumentere kvaliteten af produkter og service (Vallgård, 2007: 75).

Konsekvensen ved at udelade den relationelle og situationelle viden vil ellers være reduktionisme, hvilket Carlsson og Simovska (2009) opsummerer som problematisk, fordi *"Faren ved reduktionisme i debatten om evidens er, at effektevidens genereres med henblik på at svare på meget afgrænsede 'what works'-spørgsmål – spørgsmål, som ikke reflekterer den kompleksitet, der er på praksis og policy området, hvorved evidensens relevans og brugbarhed formindskes betydeligt."* (Carlsson og Simovska, 2009: 308). Derfor argumenteres der for at arbejde med et bredt evidensbegreb, der både inkorporer objekt- og relationsviden, det vil sige individuelle holdninger og viden.

"Hvad der virker" i de sundhedspædagogiske indsatser er et nødvendigt spørgsmål at stille. I kommunale kurser for overvægtige børn kunne en oplagt markør være at måle, hvor mange børn der taber sig i løbet af kurset. Der opstår imidlertid et centralt dilemma, såfremt kun få børn taber sig, og såfremt størstedelen af børnene (uanset vægttab) har oplevelsen af at afslutte kurset med en ny sundhedsfremmende læring, der ikke evalueres på og dermed ikke tillægges betydning.

At evaluere sundhedskurser ud fra andet end biomarkører forudsætter at sundhedspædagogikken er funderet på tilgange til sundhed og det sunde liv, der tillægger den sunde krop betydning i relation til f.eks. sociokulturelle forståelser af sundhed. Eksempler på disse præsenteres i det følgende afsnit for at introducere sundhedsdiskurser, der bygger på alternative forståelser af det sunde menneske og den gode borger – og dermed også har alternative forståelser af overvægt og behandlingen af dette som et biologisk sundhedsproblem.

3.4. Alternative sundhedsforståelser

Ved at sætte krop og mad ind i den socialkonstruktionistiske forståelsesramme bliver det muligt at løfte forståelsen af den sunde krop ud af en overvejende biologisk forståelse, hvor den sunde krop plejes med den sunde mad og den gode motion. Men hvorfor egentlig dette socialkonstruktionistiske analysekrumspring? Kroppen er afhængig af sund mad og regelmæssig motion for at holde sig sund, men skal man forsøge at få indblik i de mekanismer, der præger og betinger f.eks. smag, sult og madpræferencer, så er det nødvendigt at anskue disse præferencer ud af et sociokulturelt synspunkt – blandt andet af den grund, at mennesket ikke kun spiser for at overleve. Dermed bliver krop og mad et produkt af de sociale og kulturelle sammenhænge, som vi befinder

os i. Med alternative forståelser af krop og mad, altså forståelser der ikke tager udgangspunkt i kroppens biologiske virke, bliver det muligt at tilføre mere specifikke, analytiske perspektiver til de hidtil diskuterede teoretiske vinkler på sundhedsfremmende undervisning. Hvor det netop afsluttede afsnit om sundhedspædagogik stillede skarpt på, på hvilken måde sundhedsviden kan genereres i en sundhedsfremmende undervisningspraksis, stiller dette afsnit altså skarpt på alternative forståelser af ikke bare sundhed på et overordnet plan, men helt specifikt af forholdet mellem krop, mad og vægt i sociale og kulturelle sammenhænge.

3.4.1. Krop, mad, fællesskab og selvværdsfølelser

Som et delspørgsmål til afhandlingens overordnede undersøgelsesfokus har jeg pædagogisk været interesseret i at undersøge, hvor meget formidling af faktuel viden om sund mad i en kursussammenhæng kan siges at betyde for overvægtige børns forståelse af sig selv som sunde børn? Når jeg trækker dette spørgsmål frem, så er det, fordi de to kommunale kurser har været bundet op på antagelsen om, at sund mad fører til sunde individer. Og videre: At overvægtige børn må siges at være i fare for at blive eller allerede kan siges at være usunde, fordi de spiser forkert. Hvis ikke et bagvedliggende sundhedsrationale om at formidle viden om korrekt indtag af mad er formålstjenstligt for overvægtige børn, så kalder det på en pædagogisk redefinition af mange sundhedsfremmende indsatser, der i så fald skal tænkes ind i bredere sammenhænge.

At mad dog betyder noget for kroppens funktionalitet, synes uden for diskussion. Den australske sociolog Deborah Lupton (1996), som jeg har hentet inspiration fra, har beskæftiget sig med mad, kroppen og selvet i sociologiske og kulturelle sammenhænge og pointerer et vigtigt budskab, nemlig at mad ikke kan ses løsrevet fra situationelle omstændigheder. For at nuancere, hvorfor indtagelse af mad ikke snævert kan tilskrives en bestemt kropslig adfærd, kan det indledningsvist siges at: *“Food consumption habits are not simply tied to biological needs but serve to mark boundaries between social classes, geographic regions, nations, cultures, genders life cycles stages, religions and occupations, to distinguish rituals, traditions, festival, seasons, and time of day.”* (Lupton, 1996: 1). I den forståelse skal mad og indtagelse heraf ikke kun ses i forståelsen af sundt eller usundt ernæringsmæssigt brændstof til kroppen. En videreudvikling af dette citat kunne være at sige, at mennesker spiser sig ind i bestemte madforståelser, sundhedsforståelser og forståelser af det gode liv, der alle er betinget af interaktionistiske relationer.

Når mad alligevel fylder meget i kommunale sundhedsfremmeindsatser, så kan det være fordi mad som ernæring i traditionel forstand har spillet og forsat spiller en vigtig rolle i forhold til at holde sygdomme fra døren. Som et gammelt ordsprog siger: *"An apple a day keeps the doctor away"*. Lupton beskriver, hvordan nogle ernæringsfolk ser maden som en form for medikament, der holder kroppen sund, en såkaldt "ernæringsmæssig farmakologi" (nutritional pharmacology) med hvilken ernæringsfolk: *"[...] denote the concept of food as medicine or drug, used to treat or prevent diseases. For the majority of nutritionists, therefore, the socio-cultural factors around food are of interest only in terms of the barriers or enhancements they pose to allow people to adopt the 'correct' diet. Culture is most often viewed as an impediment to the goals of nutrition"* (Lupton, 1996: 8). Som citatet beskriver, så tillægges mad og fødevarer en stor betydning, fordi maden i sin rene form ud fra et biologisk synspunkt har en helende effekt på kroppen, det vil sige, at rigtig mad kan holde sygdommen for døren. I denne forståelse kan hverdagslivet ses som en konstant modspiller, fordi det levede liv ustandseligt byder på begivenheder, hvor uanede mængder af usund mad lokker og tilbydes i forskellige sammenhænge. Hverdagslivet kan derfor i ernæringsmæssige sammenhænge betragtes som en form for kulturel hindring i forsøget på at gennemføre og udleve en rendyrket, ernæringsmæssig livsstil, der skal sikre kroppens sundhed. Hverdagslivet bliver således genstand for modellering, hvor ikke kun de sunde madvarer er på menuen, men også en generel livsstilsændring for at efterleve de sunde, ernæringsmæssige forskrifter.

I en sociokulturel forståelse er mad ikke nødvendigvis en modspiller, der skal kontrolleres, men et socialt fænomen, fordi mad kan siges at være et led i identitetsdannelser og en måde at skabe tilhørsforhold på: Mennesker spiser ikke længere kun for at overleve, tværtimod har en blomstrende snack-kultur og let tilgængelighed af fødevarer i den vestlige verden på mange måder opløst de traditionelle måltider ved spisebordet tre gange dagligt. Men det er ikke ensbetydende med, at måltidsdiskurserne ikke er de samme. For uanset måltidsform skal mad ses som indlejret i diskurser, der ofte er binære og meget magtfulde god/dårlig-diskurser, der relaterer sig til sundhed og individets egen selvforståelse: *"Good food is often described as nourishing and 'good for you', but is also indicative of self-control and concern for one's health, while bad food is bad for one's health and on a deeper level of meaning is a sign of moral weakness"* (Lupton, 1996: 27). Der ligger altså en dobbelt mening i kategoriseringen af god og dårlig mad, eller i opdelingen af 'venlig' eller 'uvenlig' mad, som Kildesund Kommune baserede deres sundhedsundervisning på. Beskrivelserne af henholdsvis god og dårlig mad er relativt simpelt at forstå, også for børn. Når der ikke handles i overensstemmel-

se med de simple anvisninger, opstår antagelsen om, at viden enten mangler, eller at budskabet om, hvor usundt det kan være for kroppen ikke er forstået eller glemt. Som konsekvens heraf bliver det pædagogiske sigte at rette op på manglen på viden og handlinger og lede kursUSDeltagerne til at træffe nye, sunde valg.

Et tredje diskursivt forankret budskab, der hersker, og som Lupton fremhæver i citatet, er endvidere, at individer, der ikke spiser efter de gode anvisninger, mangler moralsk styrke. Derfor er kurser i sundhed for overvægtige børn ikke kun et kursus i at lære rigtige og forkerte fødevarer at kende, men det er også et kursus i *selvbeholdelse*. Mad kan siges at være med til at strukturere det, der opfattes som et værdifuldt menneske, og derfor bliver korrekte madvaner brugt til at etablere kontrol over kroppen. Ligesom maden civiliseres fra råvare til den forarbejdede mad, undergår individer en tilsvarende proces, om end på et mere moralsk plan (Lupton, 1996: 1+2). Disse perspektiver på mad og krop behandler jeg i analysen af herskende diskurser på de kommunale sundhedskurser og i de overvægtige børns fortællinger fra hverdagslivet.

Lupton uddyber, at disciplin over spisevaner er en måde at tage kontrol over kroppen (Lupton, 1996: 16). Samtidig hersker der en antagelse om, at mennesker vælger bestemte madvarer, fordi de ved (eller burde vide), hvad der fysiologisk er godt for dem. Men mad kan siges at have en måske først og fremmest kulturel betydning, og derfor er det højst problematisk at adskille mad og ernæring fra sociale kontekster (Lupton, 1996: 6-7). Derfor handler sundhed meget lidt om faktuel viden om mad, men mere om de sammenhænge, hvor mad indgår i. Enhver madpraksis indeholder flere kompleksiteter såsom handlinger og identitetsdannelser bundet af værdier, sociale normer, tanker, følelser, forventninger, magtrelationer mv., end de ernæringsmæssige og biologiske tilgange til mad tilbyder. Kompleksiteterne er tilsammen med til at organisere de sociale institutioner og normer, der determinere den orden, der hersker. Som Lupton f.eks. argumenterer for: ”[...] *food is instrumental in marking differences between cultures, serving to strengthen group identity*” (Lupton, 1996: 25). Derfor er madmæssig adfærd også styret af forventninger fra et bestemt gruppefællesskab. Mad i en diskursanalytisk kontekst kan derfor udforske praksisser, hvor mad er med til at understøtte (eller underminere) mellemmenneskelig adfærd i mindre grupper (Lupton, 1996: 8). Mad som fællesskabsdannende, inkluderende eller ekskluderende indgår derfor i analysen af de observerede pædagogisk tilrettelagte sundhedstematikker på de kommunale sundhedskurser, samt i de deltagende børns fortællinger om deres hverdagsmæssige organiseringer.

Ved at kaste et diskursanalytisk blik på mad i en sundhedspædagogisk sammenhæng, opstår forestillingen om, at individer kan siges at skabe deres selvforståelse gennem diskurser om mad. Det vil sige, at mad og formidling om mad, fødevarer og måltidssituationer ikke kun kan siges at være et element i en objektiv vidensdannelse, men at diskurserne også er med til at forme individers egen forståelse af sig selv, samt indvirke på selvværdsfølelser. Lupton beskriver det således: *"I argue that is it through these discourses, in conjunction with non- or pre-discursive sensual and embodied experiences, that individuals come to understand themselves, their bodies and their relationship to food and eating"* (Lupton, 1996: 13). Det har været i dette projekts interesse at undersøge, hvilke diskurser, der hersker både i de sundhedsfremmende kurser og børnenes fortællinger om hverdagslivet. I de sproglige og ikke mindst billedlige fortællinger befinder sig flere forskellige illustrationer på, hvordan fortællinger om mad og måltider også beskriver, hvordan børnene forstår sig selv og deres krop. Diskurserne kan siges at bevæge sig på flere forskellige planer, blandt andet en officiel folkesundhedsdiskurs, som reproduceres i de sundhedspædagogiske interaktioner mellem underviserne og de deltagende børn, samtidig med en mere uformel diskurs, der beskriver mad og måltiders betydninger i en hverdagslivskontekst. Det centrale i fortællingerne om mad og måltider er, at de repræsenterer et eksempel på, hvordan en diskurs om det sunde liv koblet til indtagelse af sunde madvarer i en pædagogisk praksis formår at ændre børnenes syn på deres krop efter deltagelse i de kommunale sundhedskurser, og dermed medvirker til at skabe en ny sundhedssandhed omkring forholdet mellem mad og den overvægtige krop.

3.4.2. Selvbeherskende dannelse af krop gennem mad

Et andet aspekt omkring mad, som jeg ønsker at trække frem, kan eksemplificeres i det gamle kampagneslogan: "Du bli'r, hvad du spiser" fra Statens Husboldningsråd 1986-87. Kampagnen blev lanceret som et forsøg på at lære skoleelever om madens betydning for sundhed med grovebollen Krumme og chokoladebollen Snaske. Pointen var, at tydeliggøre henholdsvis sund og usund mads betydning for kroppen, at maden bliver indoptaget i kroppen og dermed bliver en del af den, man er. At når man først har spist usundt, så kan det ikke gøres om, for det er blevet en del af kroppen. Der kunne med andre ord siges at befinde sig et potentielt fare-element i at spise for meget af de forkerte madvarer, fordi maden blev kropsliggjort.

Det, der puttes i munden, kan derfor siges at burde være underlagt en form for selvkontrol og ikke mindst selvbeherskelse, fordi der ligger et uciviliseret aspekt i ikke at følge det simple budskab om, at usund mad kan være skadeligt eller farligt for kroppen. Den tyske sociolog Norbert Elias (1978) (i Lupton, 1994: 20-21) har med sin historiske udredning af civilisationsprocesser i Vesten gennem tiderne set på, hvordan individer har forsøgt at begrænse sig selv, deres impulser og adfærd, og hvordan selvbevidsthed og følelser af skam og pinlighed begyndte at operere automatisk i overklassen. Her blev det groteske set som dyrisk og utæmmet, og det mådeholdne fik gradvist højstatus. Forudsigelighed og selvregulering blev vigtige for økonomisk succes: *"Elegance and refinement, one's distance from the lower classes, came to be represented by the delicacy of food eaten and the moderation of the appetite. Extreme gluttony therefore became the exception among members of the nobility and upper classes, with small costly dishes requiring greater skills in preparation becoming the fashion"* (Lupton, 1996: 21). Pointen er, at moderne kulturelle forståelser og forventninger til mad og måltidspraksisser kan siges at være formet af disse tidligere tilgange til den civiliserede krop, hvor beherskelse udgør en essentielt aspekt i det, der kunne kaldes dannelse af kroppen gennem maden. Det handler således ikke kun om at have tilegnet sig viden om, hvilke madvarer der kan være fysisk skadelige for kroppen, men også hvilke (og måske hvor store) indtag af mad, der socialt set kan siges at være uacceptable på grund af manglende selvbeherskelse og egenkontrol, og derigennem være skadelige for individets selvfølelse. Mad og måltider har derfor en klar dimension, der handler om det symbolske i indtag af bestemte former for mad frem for andre, for som Lupton beskriver: *"When people feel that they are not able to control their desire for favorite foods and are unable to conform to slimming diet regimes, they experience the emotions of guilt, shame, self-disgust and frustration"* (Lupton, 1996: 141). Disse følelser kan siges at opstå som følge af en samfundsmæssige normativisering af kroppen, der i høj grad udmønter sig gennem maddiskurser, for ved at kontrollere hvad der spises, kontrolleres også hvem man er. Perspektiverne på selvbeherskelse og kontrol kan siges at være det dannelseselement i de kommunale, sundhedspædagogiske indsatser, der trådte frem sideløbende med formidling af ernæringsmæssig anbefalede kostsammensætninger og sunde mad-og motionsvaner og derfor formede sig som en analysekategori i afhandlingen.

3.4.3. Den civiliserede kropsvægt

Civilisering af individer gennem mad, kan det siges at være tæt forbundet med fysisk og visuel fremtoning i form af kropsvægt. På den måde kan man sige, at "kroppen sladrer" om individets evne til at kontrollere sig selv, følge de simple

sundhedsbudskaber og agere i overensstemmelse med civiliseret sundhedsadfærd. Dette begrundes, hvorfor der i den offentlige sundhedsdebat er et udtalt fokus på kropsfremtoning eller mere specifikt: Overvægt. Statistikker og rapporter laver løbende status over danskernes vægt for at monitorere og forebygge, at danskernes vægt ikke går ud af kontrol. Og det synes velbegrundet, for at der er sket en ændring i danskerne kost- og motionsvaner, og at dette har medført en stigning af fremkomsten af overvægt og fedme synes uden for diskussion¹⁴. Som nævnt i afhandlingens indledning lancerede Det tidligere Ernæringsrådet i 2003 en rapport om Den Danske Fedmeepidemi, hvor fakta om danskernes vægtudvikling afslørede en hurtigvoksende tendens: Ca. 40 % af voksne danskere lider nu af overvægt, heraf er omkring 13-15 % egentlig fede (Ernæringsrådet, 2003: 7).

I biomedicinsk forstand skelnes der mellem overvægt og svær overvægt (populært kaldet fedme). I WHO's definition af overvægt måles kroppens fedtmasse ud fra det såkaldte Body Mass Index (BMI)¹⁵. Overvægt svarer til et BMI mellem 25 og 30 kg/m², og fedme konstateres ved et BMI på over 30 kg/m². Normalvægtige befinder sig indenfor 18,5 til 25 kg/m² (WHO, 1998).

I forhold til børn er det vigtigt at slå fast, at der ikke hersker enighed om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at anslå børns vægt ud fra BMI-værdier (Ernæringsrådet, 2003: 17). Begrundelserne er blandt andet, at børns vægt varierer naturligt over tid, hvor det i nogle udviklingsfaser er mere sandsynligt at være buttet end i andre perioder for at modstå infektionssygdomme. For det andet er BMI som indikator på overvægt generelt ofte blevet kritiseret, da BMI kun indikerer vægt i forhold til højde, men ikke fortæller noget om andelen af hhv. fedt og muskler i vægten, samt ikke tager højde for knoglebygning og køn.

Spørgsmålet, der ofte diskuteres, er, om BMI-værdier i praksis kan bruges som retvisende for vægttilstand, når det giver et stærkt forenklet billede på, hvorvidt en person er overvægtig eller ej. Ikke desto mindre anvendes BMI særdeles hyppigt som indikator på både vægt- og sundhedstilstande som en hurtigt retningsgiver – også i de empiriske tilfælde, som jeg har undersøgt i de to kommuner.

14 Det har ikke været i dette projekts søgefelt at afdække årsager til overvægt hos børn. Jeg kan blot konstatere, at årsagerne synes mangfoldige: infrastruktur, børn køres i skole, leger mere indenfor og hjemme foran PC, stille lege, udbredt snackkultur, travle familier, stress mv.

15 BMI beregnes ved at dividere kropsvægten med højden² (kg/m²).

Faktum er, at overvægt gentagende gange bliver udnævnt som indikator på en potentiel eller endda aktuel trussel mod folkesundheden. Som Ernæringsrådet skrev i 2003, anses fedme nu ”[...] *som den største dødsårsag, der potentielt kan forebygges. Fedme er på den baggrund en stor trussel mod folkesundheden. 5-8 % af det totale sundhedsbudget går til overvægtsrelaterede sygdomme, og dette beløb vil blot stige, hvis fedmeepidemien fortsætter*” (Ernæringsrådet, 2003: 7). Denne konklusion begrundes de politiske motivationer for at sætte ind med sundhedspædagogiske tiltag for at bremse befolkningens vægtstigninger og sikre folkesundheden mod den voksende sundhedstrussel – vægten. Benævnelsen af forekomsten af stigning i overvægt som en *fedme-epidemi* i ovennævnte citat indikerer, at vægtforøgelserne er ude af kontrol og spreder sig som en farlig sygdom.

Samtidig med at denne videnskabelige og politiske overvægtssandhed hersker, har flere særligt sociokulturelle teoretikere belyst, hvordan diskurser kæder vægt og sundhed sammen i en snæver biomedicinsk og ernæringsmæssig forstand og dermed kan have en kompromitterende effekt for overvægtige. Sammenkædningen skaber blandt andet et stigmatiserende element ved kategorisk at erklære overvægtige for usunde og udgørende en trussel for folkesundheden.

Når overvægt ikke bare er overvægt, så er det, fordi vægt som diskurs er kodet med flertydige betydninger. Derfor er forståelsen af vægtens betydning for sundhed afhængig af de magtprocesser, der udspiller sig i samfundsmæssige og relationelle omstændigheder og disses formuleringer af overvægt. Deborah Lupton (1996), der påpeger, at vægt og sundhed ikke kan ses løsrevet fra magtrelationer, idet subjektivitet eller forståelse af selvet jævnfør både den poststrukturalistiske og socialkonstruktionistiske tradition dannes og formes i relation til andre samt en herskende forestilling om f.eks. fysisk kropsfremtoning og sundhedsadfærd (Lupton, 1996: 13-14). Derfor kan sandheden om den overvægtige krops betydning for det sunde liv siges at være underlagt bestemte, magtfulde forståelser af anerkendte videnssammenhænge, der determinerer overvægtens betydning for sundhed. Som eksempel kan nævnes kropsidealer, der (også historisk) varierer over tid og sted, således at en robust og fyldig krop på en og samme tid kan blive tillagt lige så høj status som en tynd og slank krop bliver et andet sted i andre sammenhænge. Pointen er, at essentialistiske forestillinger om krop og vægt og sundhedstilstand underminerer den dynamik, hvori disse forestillinger formes som følge af forskellige kulturelle værdiers reproduktion.

En overvægtig krop i det vestlige, moderne samfund kan f.eks. siges ikke kun at være usund, men bliver i mange tilfælde også betragtet som uattraktiv (Lupton, 1996: 140). Dette skyldes, at den overvægtige krop visuelt stikker ud og skæmmer synet med hængende hud, maver og fyldige overarme: *"A slender/attractive body is interpreted as a healthy, normal body, tangible evidence of rigid self-discipline. By contrast, an obese/ugly body is understood as unhealthy and deviant, out of control, a moral failure"* (Lupton, 1996: 140). Der befinder sig med andre ord et æstetisk element i kropsfremtoning, hvor overvægt ikke kun er usundt, men også uskønt. Disse to elementer blander sig med det asketiske element, der appellerer til mådehold. Dermed bliver det de rationelle, biomedicinske og ernæringsmæssige diskurser omkring vægt, der kommer til at konstruere forståelsen af forholdet mellem vægt, krop og sundhed – men også skønhed og moralsk succes.

En anden teoretiker, der også belyser, at vægt og i særdeleshed overvægt er en kulturelt betinget konstruktion, er den amerikanske folkesundhedsforsker Cheryl Ritenbaugh (1982). Ritenbaugh giver et interessant indspark i debatten om, hvordan magt kan påvirke konstruktionen af det overvægtige menneske. Ritenbaugh pæger to vigtige aspekter, nemlig at synet på normalvægt historisk set ikke har været stabil, og at fedme er kulturelt bundet. Nærmere bestemt viser Ritenbaugh, at offentlige instanser så at sige "efter beslutning" har reguleret normalvægtssatsen over tid, samt at vægt tillægges forskellig sundhedsværdi i forskellige kulturer. Dermed er opfattelsen af, hvor stor en sygdomsrisiko, der er forbundet med overvægt, afhængig af kulturelt konstruerede faktorer, f.eks. i hvor høj grad det biomedicinske regime følges (Ritenbaugh, 1982: 348-354). Der er i forlængelse af sådanne perspektiver vedrørende sundhed som et konstrueret fænomen også opstået forskellige moddiskurser – blandt andet i form af sammenslutninger, der på naturvidenskabelig vis pæger, at overvægt ikke nødvendigvis er sundhedsskadelig. Om end den overordnede besked er mere direkte ("befri os fra vægttyranniet"), er moddiskurserne alligevel med til at punktere nogle sejlivede myter om, at overvægtige er usunde. Formålet er at give overvægtige fred fra vægtbesættelsen og plads til at acceptere deres kroppe som de er, med andre ord at differentiere vægt fra sundhed: *"Body weight might be a marker for an imprudent lifestyle in some people, but its role in determining health, particularly when compared to regular activity, is grossly exaggerated"* (Bacon, 2010: xxi). På den måde er der opstået moddiskurser, der anvender samme teknikker til at manifestere et mere nuanceret syn på overvægtige, nemlig ved at trække på naturvidenskabelige fund. Formålet er dog det samme: at bryde forestillingen om overvægtige som usunde.

Med de foregående forståelser af vægt in mente kan BMI-værdier og fedme-epidemibetegnelsen ses som konstruerende og normdannende for ønsket adfærd. Det er også på denne måde, at begreber som selvkontrol og disciplin over krop og måltidsadfærd for at undgå risiko og fare for sygdom kan siges at blive konstituerende og vinde indpas i sundhedsdiskurserne. Ved at kaste et socialkonstruktionistisk blik på vægt og vægtens betydning for sundhed og selvets forståelse for kroppen bliver de magtfulde diskursers indvirkning tydeligere. Vægt, krop, mad og sundhed kan altså siges at være indlejret i en lang række forskellige magtinteresser, der har en pædagogisk interesse i at danne individer til at følge det herskende ideal. Tillige kan disse magtinteresser også siges at være afgørende for måltidssituationer, madvalg, smagspræferencer osv. Og endnu vigtigere kan magtinteresser være med til at identificere, hvordan selvkontrol af kroppen vurderes ud fra normmæssigt udgangspunkt. Ved at dekonstruere herskende antagelser om mad- og motionsvaner og disses indvirkninger på den sunde krop står det klart, at selv problematikken med overvægt kan siges at være et produkt af en magtfuld social konstruktion, der har en betydningsfuld virkning på individets selvopfattelse som henholdsvis sund og usund. Hvilke magtinteresser, der kan siges at være på spil i en sundhedspædagogisk praksis, vil jeg teoretisk belyse i dette kapitels sidste afsnit om *biopædagogik*.

3.5. Retten til at definere sundhedsnormer: Bio-pædagogik

Afhandlingens forskningsmæssige ambition om at bryde med herskende diskursive kategorier omkring sundhed, mad, krop og overvægt skal som beskrevet ses som et led i at undersøge, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser.

For at komme nærmere ind på, hvordan magtfulde diskurser er med til at præge, påvirke og kendetegne sundhedspædagogiske praksisser, trækker jeg på Michel Foucaults forståelser af magt (Foucault, 1994; 2001; 2005; 2008). Ligeledes trækker jeg på Foucaults magtbegreb gennem danske teoribidrag, nærmere bestemt de danske Foucault-forskere, Sverre Raffnsøe, Marius Gud-

mand-Høyer og Morten Thanning (2008), der har udarbejdet en Foucault-biografi, der med inddragelse af mindre kendte Foucault-værker fremhæver fællesnævnerne i Foucaults værker. Endelig inddrager jeg den engelske sociolog, Mitchell Dean (2008) – (med forord og oversættelse af den danske sociolog, Kasper Villadsen), der bl.a. beskriver, hvordan magt og styring i det moderne samfund er blevet mere skjult og sofistikeret.

De teoretiske betragtninger omkring begrebet biopædagogik, som jeg udfolder i dette afsnit, tager sit afsæt i Jan Wright og Valerie Harwood (red.) (2009)'s antologi om biopolitik og styring af individer gennem kroppen. De to teoretikere er en del af en international, engelskskrivende sammenslutning af sociologiske og pædagogiske forskere, der i antologien bidrager med deres fælles bekymring over den alment accepterede sandhed vedrørende den såkaldte 'fedme-epidemi', og hvordan denne sundhedsdiskurs har effekter for synet på overvægt, krop, selvforståelse og livsstil.

De foucaultske perspektiver centrerer sig om magt, og i den forbindelse er hovedtemaet *subjektet* og nærmere bestemt, hvordan magt produceres mellem mennesker. Normdannelser opstår i subjekternes samspil, blandt andet i form af dikotomiske praksisser som den gale og den raske, den syge og den sunde eller den kriminelle og det gode menneske (Foucault (1982), 1994: 326-327). Hermed stilles der skarpt på de kontekstualiserede diskurser, der konstituerer normerne, hvilket i dette projekt primært vil sige spørgsmålet om sund eller usund. Det er i de kontekstuelle relationer, at diskurserne udøver de afgørende magtkampe, nemlig i form af retten til at definere normer og måder at få subjekter til at følge disse normer. De kommunale sundhedskurser kan ses som et eksempel på en normangivende og normaliserende sundhedspædagogisk praksis, der er baseret på de af staten anerkendte sundhedsværdier, der sætter lighedstegn mellem overvægt og usundhed. Dermed bliver det med henvisning til en etableret sundhedsvidenskab muligt i folkesundhedens og velfærdsstatens navn at normalisere måder at leve og være på ved at intervenere i overvægtiges sundhed ved hjælp af forskellige pædagogiske praksisser – både de formelt institutionaliserede og de uformelle florerende. I dette afsnit tegner jeg magtens element endnu tydeligere op ved at trække på nogle teoretiske perspektiver, der har sine rødder i Foucaults governmentality-analyser og begrebet om biomagt. Fokus er på, hvordan kroppen og individers adfærd søges påvirket, styret og reguleret gennem sundhedspædagogiske handlinger, der tager udgangspunkt i kroppen – den såkaldte 'biopædagogik'.

3.5.1. Et Foucaultsk afsæt

For at forstå opkomsten af biopædagogik er det nødvendigt at gå et skridt tilbage til Michel Foucaults governmentality-analyser. Foucault undersøgte i *Viljen til viden, Seksualitetens historie 1* (1994) den historiske udvikling af styring ved at se på, hvordan tidligere suveræne herskere koncentrerede deres styring omkring bevarelse eller ekspansion af vundne territorier ved at udgyde respekt via en klar, asymmetrisk magtdominans og retten til at herske over liv og død (Foucault, 1994: 139-143). Det, der senere opstår og kaldes biomagtens udøvelse i form af *biopolitik*, repræsenterer derimod en anden styreform, der ikke kun retter sig mod at sikre statsligt territorium, men også handler om akkumulation af kapital og derfor retter sig mod at disciplinere og styre individerne til en bestemt adfærd (Foucault, 1994: 144-146).

Helt bestemt kan det siges, at magten over livet udviklede sig til at omfatte to aspekter. For det første med udgangspunkt i kroppen som maskine forstået på den måde, at kroppen eller legemet skal dresseres, gøres lydigt, integreres i økonomisk vækst og gennem effektive kontrolsystemer *disciplineres*. For det andet med udgangspunkt i kroppen som garant for videreførelse af arterne på den måde, at fokus ligger på de biologiske omstændigheder såsom forplantning, fødsel, dødelighed, helbred, sundhed, levetid mv. Disse livsprocesser skal ikke kun sikres, men også *reguleres* af biopolitikker (Foucault, 1994: 143). Udviklingen af magtformen beskriver Foucault på denne måde: ”*Dødens gamle kraft, der symboliserede den suveræne magt, tildækkes nu omhyggeligt af legemernes administration og den beregnende styring af livet*” (Foucault, 1994: 144). Således kan der på sin vis stadig tales om en suveræn magtform, om end den forekommer tilsløret i sine regulerende mekanismer. Afgørende er det at holde for øje, at magten ikke skal forstås som repressiv, men som produktiv, idet magten først og fremmest skal forstås som skabende af virkeligheder. Pointen er, at magt ikke kan siges at være hverken positiv eller negativ i absolut form, men snarere karakteriserende for det der produceres i relationerne. Derfor er det også mest retvisende at tale om *magtrelationer* for netop at betone, at det er i det relationelle, at magten former, danner, udøver, producerer og reproducerer – og derigennem disciplinerer.

Formålet med styringen er for så vidt stadig en opretholdelse af statens trivsel, men governmentality, som er samlebetegnelsen for måden at styre individer, så de bedst muligt følger statslige rationaler, sigter mod at styrke individernes helbred og lykke for dermed at sikre velstand og velfærd. Forskellen er, at hvor der tidligere blev styret via undertrykkende dominans og ærefrygt, og

hvor døden var konsekvensen for ikke at makke ret, bliver formålet nu at fokusere på livet set som en statslig og dermed også en økonomisk ressource. Livet bliver genstand for styring, kontrol og regulering, og på den måde får staten en anden form for magt over livet, altså biomagt: *"Denne biomagt har, ingen tvivl om det, været et uundværligt element i kapitalismens udvikling; kapitalismen havde ikke kunnet vide sig sikker uden denne kontrollerede indsættelse af legemer i produktionsapparatet, gennem tilpasning af befolkningsvækstens bevægelser til de økonomiske processer"* (Foucault, 1994: 145). Dermed skal disciplineringen af befolkningens kroppe og liv ses i relation til det, der i nutidig sammenhæng kaldes velfærd: Livet er en økonomisk ressource – eller bør være det. I biomagten bestemmes magtudøvelse som en mere direkte *beherskelse* af livet: *"I denne biomagts tidsalder bliver politik i vid udstrækning forstået som en forvaltning og varetagelse af livet og får dermed karakter af en "bio-politik"*" (Raffnsøe et al., 2008: 32-33). Bio, der altså betyder liv, er derfor stadig essentielt i den moderne magtform, men i biopolitisk styring handler det først og fremmest om at efterstræbe en fortsættelse af livet ved at sikre, at befolkningen f.eks. ikke får livstruende sygdomme og rammes af mangler (Villadsen i Dean, 2008: 20). Dermed sikres også statens økonomiske velfærds videreførelse og opretholdelse. Det er altså med fokus på livet, at der udformes styringsteknikker, der ansporer til selvstyrende processer hos individerne.

Formålet med governmentality kan siges at være en sikring af den bedst mulige anvendelse af befolkningens ressourcer for at optimere statens produktivitet og velfærd. Det er derfor også i denne biomagts forståelsesramme, at den offentlige bekymring for overvægt skal ses: Governmentality-styreformen har interesse i at højne alle livets forhold, først og fremmest livsvilkår, arbejdsvilkår, boligforhold, sundhed osv. med henblik på at flest mulige lever længst muligt og bidrager bedst muligt til velfærden. Styringer sker i en række institutionaliserede praksisser såsom skoler, internater, kaserner og værksteder der hver især udvikler passende styringsteknikker til at lede og disciplinere individerne i den ønskede retning (Foucault, 1994: 144). Kommunale sundhedskurser kan tillige ses som en styringspraksis gennem sundhedspædagogiske tiltag.

Der er to afgørende aspekter i governmentality, som er væsentlige at hæfte sig ved, nemlig for det første at governmentality-styreformen i dens *ansvarsfulde* styring af individernes liv også indlejrer en forståelse af at have løsningen på individernes livsproblemer, og for det andet (og af den grund) at governmentality-styringen er magtfuld i sin form, fordi de styrede individer føler sig imø-

dekommet i deres livsbehov. Derfor opleves styringen ikke nødvendigvis som en dominans, fordi ”[...] *den styrende og det styrede udgør to sider af den samme aktør, hvad enten denne aktør er et menneske, et kollektiv eller en virksomhed*” (Dean, 2008, 46). På den måde får governmentality-styringen det særlige islæt, at individerne foranlediges til at tro, at de styrer dem selv (*conduct of conduct*), fordi styringen i sine forskellige former opleves som legitimeret, idet der interverneres gennem anerkendte, institutionaliserede praksisser. Men dette er også governmentality-formens formål: at give individerne indtryk af, at de styrer sig selv. Derved opnås den ansvarliggørelse for styringen, som er indlejret i governmentality-formens styringsrationaler, og som individerne appelleres, tilskyndes og ledes til at tage på sig. Selvstyringen foregår på den måde, at individerne foranlediges til at tro, at de selv har råderum til at bestemme over deres livsforhold, men at faktum er, at de styres til at forstå deres liv og måder at leve på ud fra ganske særlige styringsrationaler, hvor statens velfærd og bestandiggørelse vægtes højest (Dean, 2008, 44-46). Det er sådanne eksempler på institutionaliserede selvstyringsteknikker, som jeg præsenterer i analysen af de kommunale kurser og de overvægtige børns hverdagsliv.

3.5.2. Normen, det afvigende og 'det frie valg'

Et andet centralt element i biomagten er, at *normen* tillægges en vigtig funktion – og på nogle måder vigtigere end det juridiske lovsystem, der i moderne samfund er integreret i forvaltninger og sundhedsvæsen. Hvor jura tidligere afgjorde og regulerede adfærd (med døden som det ultimative udfald), er det snarere i biomagtens interesse at ”*forsøge at kvalificere, måle, vurdere, hierarkisere*” frem for at udøve morderisk magt. Disse mekanismer foregår med udgangspunkt i normen (Foucault, 1994: 148-149). *Den normaliserende magt* skal derfor tilskrives stor betydning for måden at styre individers livsadfærd. Definitionen af det normale står centralt i analyser af biomagten, men lige så vigtigt står definitionen af det *afvigende*. I dette projekts tilfælde er det f.eks. definitionen af henholdsvis det sunde og usunde, der er i fokus i de biopædagogiske analyser. Normaliseringsmekanismer bliver tydelige i det pædagogiske arbejde med overvægt, fordi beskrivelser af vægt og kropsform er med til at kategoriopdele individer som henholdsvis normale og afvigende.

Styring til selvstyring drejer sig derfor om at påvirke og guide individerne til at træffe de mest fornuftige og hensigtsmæssige valg, men i troen på at disse valg træffes på baggrund af fri vilje. Der er hele tiden en dobbeltdiskurs i spil, nemlig den liberale forestilling og erklæring om, at individet er frit til at vælge, over

for formuleringen om at individerne er selvansvarlige for at agere samfundsmæssigt formålstjenstligt. Denne tvetydighed i synet på borgeren munder ud i en dannelse af borgerne i form af en indre selv-dannelse, der foregår gennem målrettede styringsredskaber foranlediget af politiske rationaler, hvor styring består i taktisk ”at forme, stimulere, fremelske og lægge til rette” (Dean, 2008: 14), så borgerne foretager de rigtige handlinger. *”Således anskuer liberalismen sine objekter som på én gang realitet og kreation. Samfundet er grundlæggende selvregulerende, men det må samtidig skabes, sikres og faciliteres. Individet er grundlæggende frit og selvansvarligt, men det må samtidigt oplæres, dannes og tilrettes.”* (Dean, 2008: 21). På den måde er det muligt at tale om individets frihed til at vælge, men ikke uden erkendelsen af at friheden har en særlig form. Bliver denne forståelse af ’det frie valg’ sat ind i en sundhedspædagogisk kontekst, kan det siges, at det sunde liv er det eneste rigtige valg. Individer, der måtte tænke og særligt handle anderledes frit, skal lære at kende den rigtige sundhedssandhed og dernæst dannes og retvises i den rigtige sundhedsretning.

I governmentality, hvor styreformen ikke er direkte konfrontation, står individets *livsforhold* nu derfor ganske centralt. Dette betyder, at en lang række teknologier tager form for at målrette styringen mod individernes mange livsforhold. Formålet er at gøre en ydre styring til en indre styring på den måde, at statens omsorg for individerne handler om at få individerne til at drage omsorg for dem selv: *”Styring drejer sig ikke blot om styringspraksisser, men også om selvpraksisser. At analysere styring består i at analysere de praksisser, der søger at forme, skulpturere, mobilisere og operere gennem individers eller grupper valg, ønsker, lyster, forhåbninger, behov og livsstil. Det er altså et perspektiv, der søger at forbinde spørgsmålet om styring, politik og administration med kroppen, livet, selvet og individet”* (Dean, 2008: 46). Selvteknologier kan forstås som den diskursive praksis, hvorigennem individet konstituerer, producerer, former og regulerer sig selv. Etik er et væsentligt aspekt i selvstyringen, fordi reguleringerne sker gennem diskursive præsentationer af ’rigtig og forkert’ adfærd i forskellige praksisser. Sundhedspædagogisk tilrettelagte kurser er som tidligere klargjort et anvendt eksempel på en diskursiv praksis, der med sine etiske dimensioner og gennem sundhedsprofessionelle forvaltes og søger at regulere krop og livsforståelser i overensstemmelse med politiske, sociale, økonomiske og kulturelle ’sandheder’.

3.5.3. Biopædagogik

De foucaultske governmentality-perspektiver udgør altså afhandlingens forskningsmæssige afsæt for at tydeliggøre magtens element i de sundhedspædago-

giske diskurser. Overgangen til biopædagogik opstår ved først og fremmest at forbinde 'bios', livet, med pædagogik og dermed se på, hvilke instruktioner til livet, der i sundhedens navn foreskriver, hvordan vi skal leve, hvad vi skal spise, hvor meget vi skal spise, hvordan vi skal motionere, hvor meget vi skal motionere osv. Biopædagogik har blik for, hvordan disse forskrifter udfolder sig i forskellige pædagogiske praksisser. Selvom biopædagogik leder opmærksomheden hen imod skolesettings, så skal biopædagogik dog forstås bredere i den forstand, at biopædagogik udfolder sig på mange forskellige arenaer og i mange forskellige kulturelle og relationelt betingede praksisser, hvor viden skabes (Harwood, 2009: 21). Netop spørgsmålet om, hvilken viden, der produceres i relationerne, står centralt i biopædagogik, fordi bestemt viden medfører bestemte måder at forstå sig selv som individ i forhold til f.eks. vægt og sundhed. Derudover kan der i opkomsten og tilstedeværelsen af bestemte former for sundhedsviden siges at opstå en form for skjult (egen)overvågning af individers handlinger i forhold til at leve det, der ifølge sundhedsnormen betragtes som et sundt liv. En herskende sundhedsviden medfører bestemte måder at forstå og ændre sig selv og andre i bestræbelsen på at tilpasse sig den herskende sundhedsnorm. Forskerne Wright og Harwood et al. (2009), der står bag det kritiske perspektiv på biopædagogik, frembringer det synspunkt, at biopædagogik: *"not only place individuals under constant surveillance, but also press them towards increasingly monitoring themselves, often through increasing their knowledge around 'obesity' related risks, and 'instructing' them on how to eat healthily, and stay active. These systems of control can become constant within a 'totally pedagogized society' (Bernstein 2001) where methods to evaluate, monitor and survey the body are encouraged across a range of contemporary cultural practices [...] In effect, individuals are being offered a number of ways to understand themselves, change themselves and take action to change others and their environment"* (Wright, 2009: 1-2). Jeg vil i analysen trække eksempler frem på, hvordan bestemt sundhedsviden, skaber bestemte forståelser af det sunde liv hos de overvægtige børn og se på, hvordan viden og sundhedsforståelser tilsammen skaber pædagogisk grobund for at iværksætte og tilskynde bestemte ændringer af hverdagslivet.

Biopædagogik indskrives sig altså i Foucaults begreb om biomagt, og har at gøre med meget mere end individets velbefindende og det helt basale i "bare at have det godt", hvilket også Harwood argumenterer for (Harwood, 2009: 15). Der er meget mere på spil, når bestemte sundhedsforståelser vinder frem på bekostning af andre. Biopædagogikker ses derfor af Wright og Harwood og deres medforfattere som en form for biomagt, der via sundhedspædagogiske tiltag søger at styre individers kroppe i sundhedens navn: *"This enables us to*

understand biopedagogies as those disciplinary and regulatory strategies that enable the governing of bodies in the name of health and life. The conjoining of biopower and pedagogy allows us to suggest a framework for the analysis of 'biopedagogical practices'. These practices produce the truth associated with the obesity epidemic and include for example, the strategies for intervention, the power relations and modes of instruction across a wide range of social and institutional sites, enacted in the name of the 'obesity epidemic'. Biopedagogies can be understood as urging people to work on themselves" (Wright, 2009: 9). Strategier for en given sundhedsintervention rettet mod overvægtige kan således forstås som et udtryk for den anerkendelse, der befinder sig i betegnelsen 'fedme-epidemi'. Det vil sige, at den antagelse om, at der hersker en fedme-epidemi, vurderes som en sandhed, i overensstemmelse med hvilken individers sundhed styres og ledes. Betegnelsen 'fedme-epidemi' er blevet kendetegnende for både lokale, nationale og globale sundhedstilstande med vægt som indikator for både individers og befolkningers sundhed. Forståelsen af, at der hersker en 'fedme-epidemi' udfolder jeg ud fra et kritisk perspektiv nærmere i næste underafsnit.

Om biopædagogik kan det dog endvidere siges, at der tilsvarende i Foucaults analyser af det normfulde og det afvigende (og udover det overvågnende) er indlejret et centralt aspekt vedrørende, hvilken sundhedsadfærd, der er *moralsk* påskønnet. Når en normativ diskurs håndhæver en sammenhæng mellem overvægt og usundhed, så skaber det samtidig en moralsk forpligtelse til at følge og leve i overensstemmelse med anvisningerne for det sunde liv: Wright pointerer, at det at gøre overvægt til en sygdom og identificere særlige risikofaktorer som følge heraf: *"[...] provides the impetus for the close monitoring of those who might be at risk in the name of prevention, and the assumed need for treatment of those who fall within the medically defined categories of overweight or obesity. This has been given further purchase by the moral opprobrium directed at those who are perceived (through the reading of their bodies) not to be making appropriate lifestyle decisions and thereby abandoning their responsibilities (and therefore their rights) as citizens contributing to the general good"* (Wright, 2009: 3). Pointen er, at biomedicinske sundhedsdiskurser ikke kun kalder på overvågning og behandling af overvægtige, men den fremmer også den moralske fordømmelse af overvægtige, der anses som ukyndige i at træffe de rigtige livsstilsvalg og dermed ikke lever op til deres forpligtelse som ansvarsfulde borgere. På den måde virker det normfulde stærkt i forhold til det afvigende, fordi det appellerer til en bestemt moralsk opfattelse, der peger på en bestemt forventet adfærd. Når sammenhængen mellem sundhed og vægt tages for givet, og der derudover optegnes forsimplede årsag-/sammenhængslogikker omkring individets såvel som samfundets omkostninger ved overvægt, så giver det plads og mulighed for at rekontekstualisere en

stringent biomedicinsk viden ind i en sundhedspædagogisk og sundhedsfremmende setting. Konsekvensen bliver bevilling af en bestemt type af sundhedsuddannelse, der bl.a. tager afsæt i en politisk motivation for at holde alle økonomiske og sundhedsmæssige former for omkostninger nede.

Når biopædagogik endvidere særligt kædes sammen med regulering af overvægtige, så er det fordi, som påpeget tidligere, at den overvægtige krop ”sladrer” og læses på en bestemt måde. Forsker i fedmestudier, Samantha Murry (2009), forklarer det på den måde, at kroppe taler, fordi de bliver kodet med og som tegn. Kroppe taler med andre ord ’sociale koder’. Murray citerer den australske feminist, Elizabeth Grosz (1995), når hun forklarer, hvad der menes med, at kroppe taler: *”Food, dieting, exercise, and movement provide meanings, values, norms, and ideals that the subject actively ingest, incorporating social categories into the physical interior. Bodies speak, without necessarily talking, because they become coded with and as signs. They speak social codes. They become intextuated, narrativized; simultaneously, social codes, laws, norms, and ideals become incarnated”* (Murray, 2009: 78). Kroppen kan altså ses som en tekst, fordi subjekter i overensstemmelse med sociale og kulturelle værdier tillægger kroppen æstetiske koder. Denne kodning af kroppe er central i forståelsen af biopædagogik, fordi vi som subjekter er underlagt en normativ pædagogik om kroppen, der lærer os (eller fortæller os), hvad der skal læses som f.eks. æstetisk, skønt og sundt – eller omvendt frastødende, uskønt og usundt.

Læsningen af kroppen skal forstås som en tovejsproces, idet vi som subjekter både aflæser kroppe, men også indlæser formodede sandheder i kroppe. Når det kommer til overvægt, er det som tidligere påpeget de visuelle kropsmarkører, der er med til at kategorisere og dermed positionere overvægtige i forhold til sundhedsnormen. Dette leder frem til det moralske aspekt i synet på overvægtige: *”Visible bodily markers (such as fat flesh) are read in ways that position subjects on either the ‘acceptable’ or ‘unacceptable’ side of the normal/binary equation that signify subjects as either adhering to the requirements of ‘healthy’ ethical living, or as engaging in ‘unhealthy’ behaviours that position one as a moral and aesthetic failure”* (Murray, 2009: 78). Murrays pointe er, at de sociale og kulturelle kodninger bliver diskursivt, socialt konstruerede og repræsenterede i henhold til herskende antagelser om det normative og det sygelige. Derudover er det væsentligt at holde fast ved, at der i læsningen af og ind i kroppe er indlejret en vurderingsmekanisme, der enten forkaster eller anerkender subjekter, det vil sige tilskriver subjekterne en status som værende en moralsk succes eller fiasko.

Biopædagogikkens virkningsfulde kraft består med andre ord i at sammenkæde herskende sundhedsdiskurser med moralsk ansvarlighed, hvilket ansporer individer til at styre sig selv og andre i retningen mod sandheden om det sunde. Når biomedicinske 'sandheder' om, at overvægtige er syge og immoralske, hersker så bredt, så sker det i kraft af, at det er en diskurs, der dominerer over andre sundhedssandheder, og endog i en sådan grad at overvægtige selv betragter sig som syge, immoralske og selvansvarlige (Murray, 2009: 79). Problemet med en fastlåst, kategoriserende diskurs om, at overvægtige er usunde, er, at den på forhånd tillægger en lang række formodede følgeantagelser til overvægtige individer, som de alene i kraft af deres fysiske fremtoning 'afslører' – dog (og dette er helt centralt i begrundelsen for at fremføre en kritik) uden at disse formodede antagelser *nødvendigtvis* er sande. Sagen er, som Murray beskriver, at effekterne af diskurserne om overvægtige som usunde, lægger overvægtige under en form for 'tvungen tilståelse'. Dette skal forstås på den måde, at de kodninger, som ind- og aflæses omkring overvægtige jævnfør den herskende sundhedsdiskurs, afslører et utilstrækkeligt selv, der bor i en fed krop (Murray, 2009: 79). Dette kan forklares ved at forstå kroppe som sandhedssigere, og pointen er, at selvom der hersker flere sandheder, er nogle mere dominerende end andre. Det problematiske består i at kropskode og tilskrive på forhånd bestemte meninger, fordi det på den måde antages, at overvægtige kroppe er bærere af en livsstilssygdom, hvilket vurderes alene ud fra deres kropslige, visuelle afvigelse fra normen.

For at binde ovenstående yderligere sammen med biopædagogik, der altså handler om at styre individers adfærd gennem diskursive praksisser relateret til kroppen, så kan det siges, at når overvægtige indlejres i en diskurs om sundhed, der appellerer til selvkontrol og personligt ansvar for at rette op på sin livsstil og dermed sundhedsadfærd, så handler det lige så meget om at opretholde en moralsk korrekt indstilling, som at differentiere mellem det syge fra det sunde (Murray, 2009: 80). Derfor er det heller ikke tilfældigt, at der spilles på det immoralske i, at overvægt i den normative sundhedsforståelse vidner om forsømmelse af kropsetik. Denne opfattelse producerer videre diskurser om, at overvægtige er uvillige til at udvise ansvar for deres (og for så vidt også nationens) sundhed og trivsel. Således bliver det slanke repræsentativt for både det sunde, men i lige så høj grad for "[...] *a proper sense of nationhood and citizenship*" (Murray, 2009: 80). Udadtil tegn på vedligeholdelse af kroppen er dermed blevet en af de vigtigste betydningsbærere af opfyldelse af moral og etiske forskrifter på det sunde liv. I lyset af dette bliver slanketure fascinerende, fordi erklæringen om at være "på kur" kommer til at symbolisere et udadrettet

forsøg på at blive opfattet som en ansvarlig borger (trods overvægt), der er bevidst om både de kodninger, der er vedhæftet overvægt, men samtidig også er bevidst om at skulle udvise mådehold, ansvarlighed og moralsk forpligtelse til at handle på overvægten for at blive socialt accepteret.

3.5.4. Bio-borgere og dydighedsdiskurs

I kølvandet på det som en anden biopædagogik-teoretiker, Christine Halse (2009), betegner som en stigende frygt og folkelige forestilling om en international fedme-epidemi, opstår begrebet 'bio-borger' (Halse, 2009: 43). Bio-borgerskab bevæger sig videre fra den simple forestilling om borgerskab som værende en legal status bundet op på berettigelse og forpligtelse som udgørende betingelser for et individs medlemskab af et socio-politisk samfund (Halse, 2009: 50). Bio-borgerskabet bevæger sig derhen, hvor det private liv bliver betragtet som et offentligt anliggende, og individets forpligtelse retter sig mod det fælles bedste: *"The first obligation of the bio-citizen to the common good is to take personal responsibility for the physical care of one-self. Maintaining one's weight within the BMI 'norm' is crucial to meeting this goal"* (Halse, 2009: 51). Dette leder frem til den tidligere berørte kritik af BMI, som værende et normativt parameter til at identificere normalvægt på tværs af køn, kulturelle forskelligheder, socio-økonomiske og geografiske grupper. Problemet med BMI er ikke kun, at indekset skaber skel (det er bl.a. formålet med at foranstalte BMI: at detektere forskelle), men problemet er også, at BMI ikke fortæller noget om, hvad der gemmer sig bag tallene. F.eks. at de såkaldte inaktive tynd-fede kan gemme på mere fedt indvendig end de, der er tykke udvendig.

Derfor er det også bemærkelsesværdigt, at det stadig er alment udbredt at relatere sundhed til BMI-kurver. Når BMI til stadighed anvendes og henvises til i sundhedssammenhænge, så forklarer Halse det med, at BMI har overlevet som en dydighedsdiskurs: *"[...] the notion of a normative BMI has survived as a 'virtue discourse' that describes and defines weight, bodies and individuals. Virtue discourses are sets of values, beliefs, practises and behaviour that establish regimes of truth and shape subjects and subjectivities by articulating and constructing particular behaviours and qualities as worthy, desirable and necessary virtues"* (Halse, 2009: 47). Dydighedsdiskurser er dermed sandhedsskabende, men også individformende ved at formidle visse adfærdsformer og værdimæssige kvaliteter som eftertragtede og nødvendige. BMI som en magtfuld dydighedsdiskurs skal naturligvis forstås som et aspekt ved biomagt, også selvom (eller måske netop fordi) BMI i sin nedkogte og simplificerede anvendelse reproducerer det altoverskyggende biopolitiske budskab til den pligttopfyldende bio-borger: Overvægt skal begræn-

ses, kontrolleres og udryddes, fordi det ikke bidrager til samfundets fælles bedste. Halse mener endda, at selvom BMI kan ses som en 'overvægtsrangliste' (obesity league table), der forekommer uskyldig i sin monitorering af befolkningers vægt for at forbedre sundhed, så kan sådan en overvægtsrangliste siges at have en panoptikon-funktion – det vil sige en måde at overvåge og dermed tilegne sig magt uden individernes bevidsthed. Pointen er, at der dermed sker en progression fra at ville disciplinere til i højere grad at ville kontrollere (Halse, 2009: 55).

BMI kan derfor siges at være et produkt af en dydighedsdiskurs, der er med til at forme individers selvforståelse, men også deres selvteknikker på en sådan måde, at bioborgerskab ikke længere er lig med nationalitet, men med kropslige praksisser. Således og som et eksempel på biopædagogiske foranstaltninger, formår den normative dydighedsdiskurs omkring BMI at inkorporere (i ordets bogstaveligste forstand) den omkringliggende verdens værdier og overbevisninger ind i individers inderste, mentale og kropslige praksisser (Halse, 2009: 49). I forlængelse af forrige afsnits betragtninger på slankeklure kan den dydige bio-borger karakteriseres som et individ, der aktivt demonstrerer ansvarlighed ved at tage vare på sin krop. For det overvægtige individs vedkommende handler det om at udvise forpligtelse i forhold til at bidrage til at få knækket fedmekurverne og bremset 'fedme-epidemien'. I dette lys kan motion blandt andet ses som en selvteknik, fordi der ikke nødvendigvis skal dyrkes motion af lyst, men af pligt og for at leve op til sit ansvar som en god og dydig borger.

3.5.5. 'Fedme-epidemien' og dens effekter

Det særlige ved betegnelsen 'fedme-epidemi' er, at den sprogligt gradbøjer den hidtidige anvendelse af ordet 'epidemi'. Dette gør den ved sprogligt at spille på det, der tidligere karakteriserede en epidemi, nemlig faretruende smitekilder som f.eks. ved pest, kolera og andre infektionssygdomme, der hurtigt spredte sig og kom ud af kontrol. Forskellen er, at hvor tidligere, traditionelle sygdomsepidemier bar et element af ikke at være selvforskyldt, så er det centrale netop i 'fedme-epidemi'-betegnelsen, at individet bærer en form for egen skyld og eget ansvar for 'sygdommen' fedme, der tilskrives at skyldes vægtstigninger og mangel på individers mådehold. Dette umådehold skal derfor tæmmes, afvendes og reguleres. Umådehold kalder på sundhedspædagogiske interventioner, der skal ansvarliggøre og lære de overvægtige at kontrollere deres liv og give dem redskaber, der kan styre hen imod en hensigtsmæssig livsstil. Ved at lave analyser, der tager udgangspunkt i biopædagogik, bliver det muligt at se

på, hvordan forestillingen om en fedme-epidemi pædagogisk set fungerer som et led i biomagt (Harwood, 2009: 17).

Wright og Harwood et al. går bagom den måde, hvorpå sandheden om fedme, som f.eks. værende en epidemi, kommer til udtryk, udfoldelse og bliver kontekstualiseret i forskellige statslige sundhedsfremmeinitiativer. Desuden er Wright og Harwoods gruppe af sociologiske sundhedsteoretikere interesseret i, hvordan disse sundhedssandheder har en afgørende effekt for børn og unges opfattelse af deres krop, udseende og sundhedstilstand, men også hvordan sundhedssandheder har betydning for den generelle samfundsopfattelse af overvægtige. Sammenslutningen af forskere har taget det i nogle sundhedskredse radikale udgangspunkt at betvivle, hvorvidt der i virkeligheden kan siges at herske en fedme-epidemi. Dette gør de ved at undersøge og diskutere, hvad den brede opfattelse af fedme-epidemi kan siges at være skabt ud fra, hvilke specifikke risikofaktorer opfattelsen peger på, samt hvilke betydninger, fedme-epidemiens sandheder medfører for det enkelte individ og et samfund som helhed.

Wright og Harwood et al. har med deres teorier rettet opmærksomheden mod det u hensigtsmæssige i at opfatte overvægt som en sygdom, der er ude af kontrol, og som derfor kræver overvågning, regulering og afrettelse. Biopædagogik, der finder sted både i formelle og uformelle læringssammenhænge, spredes også gennem forskellige former for medier (internettet, tv, radio, film, plakater, musik, reklamer, sundhedsfoldere mv.). Disse er med til at foranledige og forstærke diskursen om en herskende fedme-epidemi, uden at nogen nødvendigvis stopper op og tager stilling til, om den i det hele taget eksisterer. F.eks. peger Wright på, at idéen om, at der hersker en fedme-epidemi, bl.a. stammer fra en omfattende mediedækning, hvilket har forstærket bevidstheden om en fedme-epidemi både i videnskabelige og offentlige sammenhænge. Dette har medført, at fedme betragtet som en epidemi har udviklet sig til et politisk kerneområde og har sat fedmeforebyggelse helt centralt på sundhedsdagsordenen. Problemet med fedme-epidemi-betegnelsen består ikke kun i sygeliggørelsen af overvægtige, den består også i måden, hvorpå medier af forskellig art fanger det dramatiske og sensationelle budskab, der er indlejret i betegnelsen 'epidemi', og simplificerer videnskabelige fund, der f.eks. stiller sig skeptiske overfor sammenhængen mellem overvægt og sundhed: "[...] *most media coverage, however, has been clearly instructive that there is an 'obesity epidemic', childhood obesity is particularly of concern, and that there is a clear relationship between weight and health, which affects the individuals and the nation via economic costs. [...] the results of*

research reported in academic journals, which may be more tentative in suggesting these relationships, is taken up in government reports and newspapers in ways that single out and simplify to produce the most dramatic message” (Wight, 2009: 2). Problemet er, at modargumenter til antagelsen om en herskende fedme-epidemi f.eks. i fremhævelsen af, at stigninger i befolkningens vægt er stagneret, eller at vægt ikke entydigt kan angives som indikator for en given sundhedstilstand, publiceres ikke og tildeles heller ikke forsideplads i pressen. På den måde får visse sundhedsdiskurser plads til at vinde yderligere anerkendelse blandt befolkningen og i politiske sammenhænge. Og dermed konstrueres bestemte forståelser af sammenhænge, der medfører bestemte konstellationer af sundhedssandheder, der igen medfører bestemte sundhedspædagogiske indsatser.

Den underliggende antagelse er, at biopædagogik leder subjektet til at tro og efterfølgende tage del i processer og aktiviteter, der instruerer dem i at tænke og føle på en bestemt måde omkring vægt og sundhed. Ikke mindst fordi overvægt som en sygdomskategori bærer på en forståelse af, at overvægt kan føre til en lang række (andre) sygdomme. Biopædagogik skal derfor med andre ord ses som diskursive konstruktioner af kroppen (f.eks. overvægt) gennem forskelligartede læringspraksisser, der blandt andet har til formål at forhindre sygdomme og få folk til at rette sig ind efter den ønskede sundhedsnorm.

Men når der nu ikke synes tvivl om, at andelen af overvægtige er steget over de sidste tre årtier, hvorfor så egentlig sætte så stort et spørgsmålstejn ved betegnelsen fedme-epidemi? Hvis den nogenlunde beskriver både den ekspansion i vægt, der er foregået og også de økonomiske konsekvenser, som for mange mennesker med for meget i vægt vil kunne have og allerede har for samfundet? Wright og Harwood et al. har ikke intentioner om at betvivle videnskabelige facts, selvom de dog mener, at den globale vægtstigning mange steder er stagneret. Derimod ønsker de, at: *”[...] demonstrate how these ‘truths’ become ‘recontextualized’ in different social and cultural sites to inform and persuade people on how they should understand their bodies and how they should live their lives”* (Wright, 2009: 2). Pointen er, at kroppen er mere end biologi, og at fedme-epidemidiskursen bærer på nogle ganske bestemte antagelser omkring sundhed, som kan siges at være for snævre, fordi sundhed ikke alene kan skæres ned til et spørgsmål om vægt. Derudover er der i fedme-epidemiantagelsen indlejret en række konstruerede forståelser af det overvægtige menneske, som tildeler overvægtige over en bred kam flere fastlåste mærkater såsom manglende kontrol, at være selvforskyldt i overvægtsproblemet, samt at have behov

for mere viden om, hvordan man spiser, drikker, motionere etc. Dermed er mangeldiskursen skabt som et accepteret, sundhedspædagogisk udgangspunkt.

3.5.6. Kroppen som privat anliggende og politisk holdeplads

Kritikken mod anvendelsen af fedme-epidemibetegnelsen går bl.a. også på, at hvis det tynde, slanke, trimmede, formløse, buleløse look bliver institutionaliseret som det normmæssige og ideelle, så kan de, der ikke er alt det, opleve sig selv som et nul. Det tynde look kan samtidig også sættes i relief med en neoliberal og performativ kultur, hvor : ”[...] *individuals are expected to be responsible not only for their own health but for striving for perfection in all aspects of their lives, including the weight and appearance of their bodies. To be fat [...] is evidence of failure*” (Wright, 2009: 6). Kroppen som henholdsvis succes og fiasko kan derfor blive omdrejningspunktet i sundhedsundervisning, fordi kroppen altså kan siges at afsløre individers livsstil med sine fysiske, udadrettede symptomer såsom f.eks. overvægt. Men også fordi der italesættes en bevidsthed om, at vejen til succes opnås bedst og måske først og fremmest ved, hvordan det kropslige udtryk tager sig ud. Når der sættes ind overfor overvægtige børn og unge, kan sådanne tiltag derfor også ses som et forebyggende tiltag, der rækker udover kropsligt velbefindende og helt ind i fremtidige uddannelses- og karrieremuligheder i voksenlivet, hvor det performative tillægges en vigtig rolle bl.a. i forhold til at gøre sig gældende på arbejdsmarkedet.

Afslutningsvist omkring biopædagogik kan det siges, at kroppen og dermed spørgsmålet om vægt og sundhed langt fra udelukkende er et privat anliggende eller et isoleret objekt, men i lige så høj grad er magtens holdeplads og sundhedspolitikernes foretrukne arena. Heri og heromkring udspilles magtkampe, der afgør individets position og virke i samfundet, men også f.eks. individets egne selvværdsfølelser og tilspåede lykke. Her foregår den disciplinerende magt i samspil med de diskursive normforståelser af det gode liv. Den disciplinerende og regulerende magt bevæger sig både på individplan, men også på et overordnet samfundsplan, fordi offentlige diskurser omkring overvægt som problem både kan skabes og udspille sig på et uformelt plan, samtidig med at uformelle diskurser kan integreres i en mere formel, offentlig og måske politisk vidensforståelse af overvægt (Harwood, 2009: 21). Viden formes, spredes og forankrer sig således sideløbende på flere forskellige planer, der virker ind på hinanden. Grundlæggende er det dog, at biopædagogikker, som de virker på alle mulige planer, har til funktion at påvirke, forme og regulere befolkningers meningsforståelser af det sunde liv.

De biopædagogiske og de øvrigt præsenterede teoretiske perspektiver, der relaterer sig til analyserne af sundhedspædagogikker på de kommunale kurser, udgør det teoretiske afsæt i undersøgelsen. De teoretiske perspektiver benyttes i analyserne af, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser. Samlet set har de teoretiske perspektiver jævnfør den abduktive tilgang fungeret i samspil med de empiriske metoder, som afhandlinger bygger på. Disse præsenteres i næste kapitel.

Kapitel 4. Metodiske tilgange og refleksioner

Dette kapitel beskriver de metodiske valg, der ligger til grund for afhandlingens empiriske produktioner i samspil med de overvægtige børn på kommunalt kursus og i deres fortællinger om hverdagslivet. Desuden beskriver kapitlet mine refleksioner over anvendelsen af metoderne i forhold til, hvilke udfald metoderne sammen med afhandlingens videnskabsteoretiske forståelsesramme har haft.

Afhandlingens forskningsgrundlag har været en flertydig og dynamisk proces fra start til slut, der er blevet formet i mødet med mig som forsker og feltets præmisser (jf. Mik-Meyer og Järvinen, 2005: 9). Det socialkonstruktionistiske ståsted har haft den konsekvens, at jeg har valgt at arbejde med kvalitative og interaktionistiske metoder i min undersøgelse af forskellige konstruktioner af overvægt og sundhed samt disse konstruktioners betydning for den sundheds-pædagogiske praksis og overvægtige børns selvforståelser.

Jeg har mere specifikt arbejdet abduktivt ud fra et *kvalitativt, interaktionistisk og triangulerende udgangspunkt*. Mine primære overvejelser omkring valget af kvalitative og interaktionistiske metoder har taget udgangspunkt i, at jeg som beskrevet ikke har haft en intention om at skabe generaliserbare resultater, ej heller at undersøge overvægtige børn i store mængder. Med afhandlingen har jeg undersøgt, hvilke sundhedskategorier der kan siges at være på spil i og omkring pædagogiske sundhedspraksisser. Dermed har jeg taget udgangspunkt i, at sundhedskategorier kan ses som formet af diskursive fænomener, der får mening og betydning i de foranderlige, kontekstafhængige og relationelle møder med dem.

Som beskrevet er danske kommuner underlagt et stigende krav om effektmåling af de iværksatte sundhedsindsatser, hvilket lægger op til kvantitativ evidensmåling. Denne tendens, som jeg vil vise i analysekapitlet, skaber et bestemt fokus på sundhed, og dette har for mig skabt et yderligere incitament til

at skabe et andet perspektiv på sundhed ud fra et kvalitativt og interaktionistisk perspektiv for at supplere kvantificerbare syn på sundhed.

Når jeg også har valgt at arbejde triangulerende med henholdsvis dokumentanalyse, observation og de foto-eliciterede interviews, er det fordi jeg har ønsket at belyse mine problemstillinger på forskellige, men dog sammenhængende arenaer. Disse er hhv. de sundhedspolitiske og sundhedspædagogiske rationaler bag de kommunale sundhedskurser (**dokumenter**), afviklingen af de kommunale sundhedskurser (**observation**) samt fortalte og visuelt præsenterede sundhedsforståelser med udgangspunkt i de kursusedeltagende børns hverdagslivsfortællinger (**foto-eliciterede interview**). Disse tre forskellige, forskningsmæssige arenaer har efter min mening kaldt på hver deres metode, dog med kvalitative metoder som fællesnævner.

Ved at gå til feltet med tre forskellige metoder har jeg været i stand til at skabe et større indblik i de sundhedspraksisser og de konstruktioner af sundhed, der kan siges at herske i og omkring kommunale kurser og overvægtige børns hverdagsliv. Det er dog vigtigt at pointere, at jeg med trianguleringen ikke har udtømt feltet for perspektiver. Feltet kunne have benyttet sig af flere andre relevante metoder og informantgrupper (f.eks. forældrene og ansatte i de kommunale sundhedsforvaltninger), hvilket ville have skabt flere perspektiver på sundhedskonstruktioner i hverdagslivet og i kommunalt regi. Fravalget af andre informantgrupper og andre metoder beror på en naturlig afgrænsning, der har holdt fokus koncentreret på afhandlingens primære målgruppe: de overvægtige børn. Således er trianguleringen hovedsagelig et udtryk for, at der er anvendt tre forskellige metoder, og at disse tre metoder ikke har udtømt feltet, men har produceret hver deres type af indsigt og viden.

For at undersøge, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, samt hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser, har jeg arbejdet på tre forskellige niveauer. Niveauerne er forbundet med hinanden, men præsenteres her og i analyserne under separate overskrifter:

- Offentlige sundhedspolitikker og kursusbeskrivelser (dokumenter).
- Kommunale sundhedsfremmepraksisser (observationer).
- Overvægtige, kursusedeltagende børns hverdagsliv (interviews).

Transformationer af de diskursivt konstruerede sundhedsforståelser, der kan siges at foregå fra det nedskrevne dokument til den sundhedspædagogiske praksis til det levede børneliv, har været i mit forskningsmæssige søgelys. I lige så høj grad har jeg haft blik for både den reproduktion og de brud på sundhedsforståelser, der sker fra et offentligt sundhedspolitisk og sundhedspædagogisk niveau, gennem praktisk udfoldelse på kommunale sundhedskurser og ned i de deltagende børns hverdagsselvfortællinger. De anvendte metoder beskrives i de følgende afsnit. Først en præsentation af de to kommunale cases.

4.1. Udvalgelse af cases

At arbejde med casestudier er særlig hensigtsmæssigt: "[...] *when the researcher is trying to uncover a relationship between a phenomenon and the context in which it is occurring.*" (Gray, 2009: 247). Casestudiet giver netop plads til at indfange de kontekstuelle, diskursive foranderligheder, der står centralt i afhandlingens undersøgelse, og endvidere fordi casestudiet "[...] *tends to focus on collecting up-to-date information.*" (Gray, 2009: 248). Dette stemmer overens med den aktualitetsværdi, der har været denne afhandlings primære drivkraft: at skrive sig ind i et sundhedspædagogisk felt på baggrund af nye typer af analyser, der ikke mindst med inddragelse af de overvægtige børns egne stemmer har skabt nye perspektiver på sammenhænge mellem overvægt og sundhed, og hvordan disse kan integreres i pædagogiske sammenhænge.

De to valgte kommuner er begge anonymiserede, da jeg for det første ikke har haft intention om at foretage en konkret evaluering af kommunernes respektive sundhedspædagogiske tiltag. En sådan ville f.eks. kunne ende med at pege på, hvilket kommunalt tilbud der var mest succesfuldt. Desuden var Kildesund Kommune underlagt et copyrightforbud på grund af det udenlandske koncept, som de havde købt rettigheder til at bruge. Særligt de danske repræsentanter for konceptet var ikke interesserede i at blive genkendt, såfremt mine analyser ville frembringe en negativ omtale af konceptet. Derfor ønskede de en garanti for, at jeg ikke satte deres koncept i et dårligt lys. Jeg tilbød at imødekomme dette ønske ved at anonymisere både konceptet og kommunen. Ikke fordi jeg havde interesse i at stille hverken konceptet eller kommunen i et dårligt lys, men fordi jeg ikke kunne stille en garanti for, at mine analytiske pointer vedrørende måder at konstruere sundhed og praktisere sundhedspædagogik på ikke ville kunne opfattes som en kritik. For at skabe en ensartethed

i referencen til de kommunale cases, besluttede jeg at anonymisere begge kommuner.

Min interesse har altså ikke været at kritisere, men snarere at lave en kritisk funderet analyse af, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser.

Jeg har med valget af de to kommuner undersøgt, hvilke sundhedskonstruktioner, der pædagogisk er på spil i de i udgangspunktet forskellige kommunale tilbud. Jeg har analyseret den variation, der måtte ligge i de to kommuners sundhedspædagogiske tilgange. Selv om der med selve udformningen af de to kommunale kurser ville kunne argumenteres for at være grundlag for en komparativ analyse, så valgte jeg at afgrænse mig fra dette. Grunden er, at på trods af at kurserne kunne siges at have en række fællesnævner i form af at henvende sig til overvægtige børn, at ville inddrage forældre, at foregå i kommunalt regi efter skoletid mv., så kan det på den anden side siges, at deres sundhedspædagogiske og -didaktiske udgangspunkt var for forskelligartede. Derfor mente jeg ikke, at det ville være formålstjenstligt at foretage en komparativ analyse, men derimod holde fast i, at en sammenligning naturligvis delvist ville være uundgåelig.

Opsummerende i spørgsmålet om sammenligning af de to kommuner vil jeg desuden fremhæve, at jeg med tiden opdagede en interessant analytisk pointe, der handlede om, at selv om de pædagogiske metoder i de to kommuner i udgangspunktet var forskelligartede, herskede der alligevel en *ensartet* grundholdning til overvægtige børn og sundhed, nemlig at overvægt er usundt. Denne grundholdning fremstod f.eks. ikke tydeligt i den evalueringsrapport, der lå til grund for kurset i Velvinge Kommune. Dermed havde jeg forud for observationerne forventet en større forskelligartethed mellem de to kommuner.

Desuden er det en vigtig information, at begge kommuner via en ansøgning havde fået statslig økonomisk støtte til sundhedskurserne. Netop det vilkår har jeg valgt at inddrage, fordi det begrundet mit metodiske valgt af at foretage en dokumentanalyse: Jeg erfarede gennem møder med begge kommuner, at der hersker en lang række formelle krav bag de etablerede sundhedspædagogikker, der skulle opfyldes af kommunerne for at få bevilget den statslige støt-

te. Med andre ord fik jeg en forskningsmæssig interesse i at undersøge, hvorfra kommunernes forståelse af det sunde liv blandt andet (også) kunne siges at stamme fra. Til dette formål har jeg lavet analyser af de dokumenter, som jeg kunne få adgang til, og som, jeg mener, har en betydelig rolle og udgør et led i forståelsen af offentlige, kommunalpolitiske sundhedsintentioner, og hvordan disse former sundhedspædagogikkerne. Jeg beskriver i det følgende mine overvejelser bag dokumentanalyserne.

4.2. Dokumentanalyse

Det, som jeg i en samlebetegnelse kalder offentlige sundhedspolitikker, og som udgør de dokumenter, som jeg har inddraget i mine analyser, er helt konkret:

Kildesund Kommune:

KK dok. 1: (+ bilag 1,2,3): Kommunens sundhedspolitik.

KK dok. 2: Kommunens ansøgning til Sundhedsstyrelsen.

KK dok. 3: Børneskema fra kurset om krop og mad (selvværdsskemaet) – udfyldes sammen med forældre.

KK dok. 4: Forældrespørgeskema om børnenes mad- og måltidsvaner.

Velvinge Kommune:

VK dok. 1: Kommunens sundhedspolitik.

VK dok. 2: Inspirationsfolder med beskrivelse af sundhedskurset.

VK dok. 3: Evalueringsrapport fra forhenværende naboamts afvikling af sundhedskurset, hvis formål også var gældende for Velvinge Kommunes sundhedskursus.

VK dok. 4: Evalueringsskema af kurset – udfyldes af forældre

Hvilke af dokumenterne fra de to kommuner, der indgår i hvilken sammenhæng og hvorfor, vil fremgå i analysen. Evalueringsskemaerne indgår i både observations- og interviewanalyserne.

Valg af dokumentanalyse som metode blev foretaget for at efterstræbe en forståelse af, hvilken sundhedsopfattelse der ligger til grund for de kommunale sundhedskursers pædagogik. Dokumenterne kan siges både at have sat rammerne for, hvad der har været den økonomiske, lokalemæssige og metodiske baggrund for projekterne for kommunerne, men repræsenterer også de dis-

kursive opfattelser af sundhed, der ligger bag det didaktiske og pædagogiske indhold, der praktiseres og videreformidles på sundhedskurserne.

De skrevne dokumenter bag de kommunale sundhedskurser har altså været med til at synliggøre bestemte forhold og bestemte holdninger til, hvordan overvægtige børn ifølge en offentlig, sundhedspolitisk diskurs pædagogisk kan ”lære at blive sunde”. Derfor har det været en vigtig brik i denne undersøgelse at kende til de konstruktioner af sundhed, der bl.a. kendetegner de kommunale sundhedskurser, for at forstå, hvilke former for *sundhedsidealer*, der tillægges betydning og anses som sande og som følge heraf arbejdes hen imod i de sundhedspædagogiske indsatser.

De formelle formål og intentioner bag de kommunale sundhedskurser kan siges at være konstrueret i én bestemt sammenhæng, nemlig forud for kursernes begyndelse. Disse repræsenterer en formel forståelse af kursernes pædagogiske indhold, mål og metoder i forhold til at ville gøre overvægtige børn sunder. Denne formelle og nedskrevne forståelse af sundhed kan hernæst siges at indgå i en ny kontekst i det øjeblik, de tolkes af underviserne og de overvægtige børn. Denne transformation har jeg fundet interessant at fremanalisere for at nå frem til en forståelse af, hvilke sundhedskategorier der tillægges betydning, samt f.eks. hvorfra forståelsen af, at det overvægtige barn må på kursus for at blive sund, stammer fra. Således hænger dokumentationsanalysen sammen med observationerne og interviewene, og de indgår som empirisk materiale i de senere analyser af, hvordan bestemte sundhedspolitikker udgør et værdimæssigt afsæt for den forståelse af det sunde menneske og det gode liv, der pædagogisk udspiller sig for de deltagende børn på kurserne.

Med inspiration fra Nanna Mik-Meyer (2005) er dokumenter karakteriseret ved at have fået betydning fra den produktionsproces, der ligger bag tilblivelsen af dokumenterne, og som kan siges at have sin oprindelse i eksterne forhold, samt at dokumenter er en del af den såkaldte konsumptionsproces, der følger efter (Mik-Meyer, 2005: 194). Det vil i tilfældet med kommunernes sundhedspolitikker, ansøgning og undervisningsmanualer sige en analyse af de rationaler, der ligger til grund for dokumenternes tekst, samt en analyse af hvordan disse bliver tolket (konsumeret) i en bestemt kontekst af kommunens folk, underviserne og de deltagende børn og forældre på kurserne. Dokumenterne er på den måde med til skabe den undervisningspraksis, som de overvægtige børn indgår i. I sidste ende vil kursusdeltagerne, dvs. de deltagende børn (og deres forældre, som jeg i observationerne perifert beskæftiger mig

med) også tolke på dokumenterne i det øjeblik, at teksternes mening bliver omsat til verbal formidling og interaktion, hvilket observationerne har givet mig indsigt i.

Dokumentanalysen har altså helt konkret det formål at forstå de formelle rationaler bag kurserne, og særligt på hvilken måde det kan siges at komme til udtryk i samspil med underviserens forforståelser og børnenes interaktioner. Derfor kan man tale om, at dokumenter ikke er neutrale dokumenter, men ”gør” noget i den sociale interaktion (Mik-Meyer, 2005: 194).

Jeg forstår dokumenter som ikke blot en kilde med en vis tillagt sandhedsværdi, men også med et emne, der skal studeres og give informationer (jf. Mik-Meyer, 2005: 194-95). Derfor er det essentielt at finde frem til, hvad der ligger bag teksten, det vil sige ved f.eks. at stille spørgsmålet, hvorfor sundhedsidealene står skrevet, som de gør. Hovedantagelsen er, at dokumenterne ikke kan ses løsrevet fra hverken produktionsprocessen eller konsumptionsprocessen. Dokumenterne får med andre ord først mening, når de indgår i en social situation (Mik-Meyer, 2005: 195), og det er denne mening, som jeg har forsøgt at nå frem til. Dokumentanalysen består derfor helt konkret i at analysere, ”[...] *hvordan et dokument anvendes i forskellige sammenhænge, og hvilke konsekvenser det får for praksis*” (Mik-Meyer, 2005: 195).

4.2.1. Kontekstualisering af dokumentanalysen

De kommunale sundhedspolitikker og kursernes undervisningsmanualer er analyseret i forhold til den specifikke, organisatoriske ramme, som de dels er udformet i (politisk/sundhedskommunalt regi), og dels der hvor de udspiller sig (sundhedskurserne). Pointen er at fastholde en antagelse om, at aktørerne bag dokumenterne (forvaltningsmedarbejdere og leverandør af sundhedskonceptet) har tillagt dokumenterne en særlig mening ud fra deres forståelser af sundhed og sundhedspædagogik, men at denne mening ikke forandres, men tillægges ny mening, i det øjeblik konteksten er en anden. Nye aktører (undervisere og kursUSDeltagende børn og forældre) tillægger altså dokumenterne deres tolkning og mening ud fra deres specifikke definition af relevans. Med andre ord er betydningen i og af dokumenterne situeret frem for fikseret (Mik-Meyer, 2005: 196). Kontekstualiseringen af dokumentanalysen omfatter den handling, som aktørerne foretager, idet de tolker på dokumentet, det vil sige, hvad hhv. forvaltningsmedarbejderne, underviserne og børn tillægger sundhedsmæssig værdi.

Når jeg ser en væsentlighed i at se på 'teksten bag teksten', så er det jævnfør en konstruktionistisk og interaktionistisk anskuelse af tekstmateriale, der fremhæver, hvordan det samme dokument får og tillægger betydning i overensstemmelse med de forskellige institutionelle forhold, det relaterer sig til. Hovedpointen er bl.a. rettet mod den *regulerende virkning*, som dokumenter har på aktørernes handlinger, dvs. at: "[...] *den der konsumerer dokumentet automatisk bliver en del af de sociale relationer, der er skabt i en helt anden sammenhæng, og at denne sammenhæng derfor indirekte kommer til at påvirke den konkrete sociale interaktion*" (Mik-Meyer, 2005: 197). Dermed er det ikke blot teksten, det der ligger bag teksten, eller måden hvorpå aktører i forvaltningen, undervisere og deltagere fortolker denne, der er interessant. Det er også interessant, hvordan konsumeringen af teksten i én social sammenhæng (bl.a. forståelsen af hvad et sundt barn er, og hvordan et usundt kan lære at blive sundt) kommer til at påvirke den pædagogiske praksis og deltagernes selvforståelser.

Dog er det vigtigt at fremhæve, at jeg ikke ser en lige linje mellem de officielle, sundhedspolitiske dokumenter og de ansatte sundhedsprofessionelles sundhedsforståelse. Sundhedsundervisningen, som jeg har observeret, må antages at være en blanding af de offentlige sundhedsdokumenter og undervisernes egne sundhedsoverbevisninger, holdninger og værdier til sundhed og det overvægtige barn. Jeg har altså kun kunnet observere, hvad der kommer til udtryk i det pædagogiske rum på kurserne, men eftersom jeg har afgrænset mig fra at interviewe underviserne, kan jeg ikke udtale mig om, hvor meget der stammer fra de sundhedspolitiske dokumenter, og hvor meget der stammer fra undervisernes personlige sundhedsoverbevisning.

Ikke desto mindre har jeg i analysen helt konkret brugt dokumenterne til at nå frem til en forståelse af, hvilke sundhedsforestillinger de sundhedsprofessionelle pædagogisk trækker på i deres undervisning på sundhedskurserne.

4.3. Generationsordenen – voksendominans og børnesyn

I forlængelse af de sundhedspolitiske dokumenter, der ligger bag de sundhedspædagogiske strategier i form af formål, indhold og metoder, kan det påpeges, at voksne aktører træder frem, og børnene som aktører træder i baggrunden. De voksne aktører, både i form af undervisere og forældre, men også

i form af de folk, der officielt har udarbejdet de sundhedspædagogiske strategier, er i høj grad 'til stede' og kan siges at være med til at forme eller regulere barnet i en bestemt retning.

Ansvar for at skabe sunde børn udpeges ofte til at ligge hos de voksne, der er omkring børnene. På kommunale kurser har det drejet sig om børnenes forældre og kursets undervisere, men generelt omfatter den kommunale sundhedsopgave også pædagoger, lærere, sundhedsplejersker, sportstrænere, læger, kommunalt ansatte mv. I de to udvalgte kommuner blev børnene tilbudt deltagelse på et sundhedskursus, hvis pædagogiske formål, indhold og metoder på et overordnet dokumentplan var tilrettelagt og udarbejdet af voksne. formålet var at rette op på overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem, der hovedsageligt var defineret af voksne. Derfor blev det min forskningsmæssige interesse at undersøge børnenes egne holdninger til deres liv med udpegede sundhedsproblemer.

Voksne aktører kan siges at være øverst i det magthierarki, der definerer den sande viden om overvægtige børn som et sundhedsproblem, og hvad de pædagogisk måtte have brug for. Børnene, hvis sundhed er omdrejningspunktet og begrundelsen for at udarbejde både sundhedspolitiske dokumenter og sundhedspædagogiske initiativer, er ikke nævneværdigt taget med på råd, hørt eller tillagt en vigtig stemme f.eks. i spørgsmålet om, hvorfor sådan et sundhedskursus skal etableres, eller hvad et sundhedskursus skulle indeholde. Dette er i tråd med den forståelse af børn og barndom, der sætter fokus på den generelle opfattelse af barndommen, som værende underlagt en øgede institutionalisering, hvor voksne omkring barnet målsætter, planlægger, organiserer, styrer og former (Rasmussen, 2001: 32). De kommunale sundhedspraksisser, som udgjorde mit empiriske felt, er eksempler på institutionelle praksisser, der er planlagt, organiseret og styret af voksne omkring børnene. Voksendominans og til dels managementstyring på området vedrørende børn og sundhed, kan betegnes som en kapitalisering af barndommen (Rasmussen, 2001 34). Prægning af børn til at opmuntre til en bestemt adfærd, i dette projekts tilfælde *sundhedsadfærd*

Dette forhold har ledt afhandlingen hen imod det, der kaldes generationsordnen. Generationsordnen hentyder til, at konstruktionen af børn og barndom sker i en relation, hvor både børn og voksne deltager, men ikke som ligeværdige deltagere vel at mærke: "*Generationsordenen forhandles, gen- og omskabes således løbende gennem børns og voksnes interaktion med hinanden, men samtidig sætter den også*

sine præg på den måde, hvorpå børn og voksne går ind i disse interaktioner” (Warming, 2005a: 149). Der er to måder forskningsmæssigt at forholde sig til generationsordenen; enten via en forskningsoptik, der anser den uligevægtige polaritet mellem barn og voksen som naturlig, eller via forskning der forholder sig til generationsordenen som en socialt konstrueret magt- og ulighedsrelation (Warming, 2005a: 149-150).

Sidstnævnte åbner for den mulighed at lade barnets perspektiver komme frem ved at inddrage børnene aktivt i forskningsarbejdet. Således er det ikke kun forskning *om* børn, men også *med* børn. Dette skaber mulighed for at tydeliggøre barnets sociale position og tildele dem en aktiv stemme vedrørende det centrale forhold, som de er hovedaktører i: deres egen sundhed.

At tildele en aktiv stemme slægter empowermenttilgangen, hvor brugerne (oftest de udsatte eller underprivilegerede) skal have styrket deres position og opbygget evner, der fremmer en sådan udvikling (Andersen, 2007: 52). Når det sundhedspædagogiske formål er at styrke børnenes position eller evner i forhold til at leve et sundhedsmæssigt bedre liv, så kan der dermed jævnfør empowermenttanken argumenteres for, at det er altafgørende at møde deltagerne (børnene) i deres levede hverdagslivsomstændigheder for at gøre kurset vedkommende, relevant og dermed bæredygtigt. Empowermenttankegangen udfoldes ikke yderligere i denne afhandling, idet processerne bag empowerment kalder på en anden form for inddragende arbejde med børn, f.eks. aktionsforskning. I denne afhandling kan de deltagende børn alligevel siges at have været med til at konstruere dette projekts analytiske pointer.

At betragte børn som medkonstruktører i en social kontekst er dog ikke det samme som at betragte børn som medforskere, hvilket er en væsentlig forskel. Jeg lod børnene indgå i min forskning, både i mit observationsfokus og i dialogerne i interviewene, men at tildele dem en status som medforskere er ikke en retvisende betegnelse at give børnene. Børnene påtog sig ikke en egentlig forskerrolle, selvom de sagde ja til at medvirke som genstand for mine observationer og i interviewene. Derfor omtaler jeg i metodereflektoriske sammenhænge de deltagende børn som 'informerter'. Det er nemlig væsentligt at skelne mellem min interesse i at lave et stykke forskningsarbejde overfor børnenes interesse i og tilgang til at deltage i et forskningsprojekt. Jeg har med afhandlingen haft en helt bestemt intention og hensigt med at forske i deres kursusdeltagelse og i deres hverdagsliv, og dermed var det mig, der tydeligvist definerede de konkrete rammer omkring ph.d.-projektet (jf. Rasmussen, 2012).

Jeg har anset børnene som medborgere med rettigheder, bl.a. retten til at ytre sig, og jeg har i min empiriske forskning lagt vægt på at bestyrke disse rettigheder, men inden for de af mig definerede forskningsrammer.

Afhandlingens valg af observationsfokus på de kommunale sundhedskurser samt begrundelsen for at foretage foto-eliciterede interviews med børnene er således foretaget med udgangspunkt i generationsordnen for at tillægge børnenes stemmer en væsentlig betydning i forskningsundersøgelsen. I det følgende beskrives argumentationerne for og refleksionerne bag at arbejde som deltagende observatør med fokus på interaktionerne mellem børn og voksne og dernæst følger de metodiske overvejelser i forhold til arbejdet med børn som informanter i de foto-eliciterede interviews.

4.4. Deltagerobservation

Deltagerobservation går i tråd med det konstruktionistiske paradigme og er ifølge Hanne Warming (2005a) *"en position, der anskuer både videnskabelig viden og forskningsobjektet som resultater af, og aktører i, fortløbende sociale konstruktionsprocesser"* (Warming, 2005a: 146). Således har jeg på socialkonstruktionistisk vis ikke betragtet det observerede forskningsfelt som et objekt, der eksisterede uafhængigt af sociale relationer, inklusiv min egen relation til feltet som forsker. Dette svarer til refleksionerne over dokumentanalysen og følger samme princip om, at det, der ønskes observeret (sundhedsdiskursers formning af sundhedspædagogikken på de to kommunale sundhedskurser), skabes i interaktion gennem handling og betydningsdannelse i sociale rum (Warming, 2005a: 146). Denne anskuelse er i modsætning til f.eks. positivismen, der anerkender visse forskningsfelter som uafhængige objekter, der kun bør studeres i deres sande egenskab. Derfor er det *både* den konkrete, sociale kontekst *og* forskerens iagttagelsesposition, der betinger den viden, der dannes gennem observation, fordi forskeren selv er med til at skabe forskningsobjektet (Warming, 2005a: 147).

I mine observationer har jeg helt konkret lagt vægt på, hvordan sundhed sprogligt og handlingsmæssigt er blevet konstrueret i interaktionerne i den pædagogiske praksis. Ifølge Warming (2005a) lægger den relationelle tilgang vægt på *"forskelle og forskelssættende konstruktioner frem for på substans, samt på hvordan disse skabes i et komplekst spil af sprog, viden, praktikker og materialitet"* (Warming, 2005a: 147-148). Rent sprogligt har disse forskelle i opfattelser af sund-

hed, det gode liv, trivsel, den sunde krop mv. været at finde i polariteter, dvs. sund/usund, godt liv/dårligt liv, god mad/dårlig mad, samt mangler/ressourcer. Det er disse polariteter, som jeg har observeret, og som har hjulpet mig til at begribe, hvilken konstruktion af sundhed, der udspiller sig og former de kommunale sundhedskurser. Igen er det socialkonstruktionismens hovedpointe, at disse meningsdannelser sker i den konkrete, sociale interaktion frem for at kunne siges at være statiske substanser. Fokus på forskelle og forskelssættende konstruktioner, frem for substans, har således skabt observationsanalysernes analysekategorier.

Jævnfør generationsordnen har jeg i mine observationsanalyser af de kommunale sundhedskurser fokus på interaktioner ml. barn og voksen, samt hvordan disse præger konstruktionen af både sundhed og det sundhedspædagogiske rum.

Samlet set har observationerne haft et flersidet sigte, der kan komprimeres til tre hovedformål:

- At observere hvordan **de politisk formulerede dokumenter** og deres konstruktioner af sundhed, krop, overvægt, den gode borger mv. udfolder sig i transformationen fra tekst til de pædagogiske sundhedspraksisser.
- At observere hvordan **det talte sprog** definerer sundhed, krop, overvægt, den gode borger mv., og hvordan disse diskursivt indlejrer sig i pædagogikken på kurserne.
- At observere **interaktionen** ml. børn og voksne i de sundhedspædagogiske praksisser (som en del af børns hverdagsliv, hvilket bliver udfoldet yderligere i forskningens anden del, hvor foto-eliciterede interviews indgår).

Jeg beskriver i de følgende afsnit de overvejelser, som jeg har arbejdet ud fra i det deltagerobservationsstudie.

4.4.1. Præmisser og refleksioner bag deltagende observation

Jeg har reflekteret over min forskerposition som deltagende observatør med inspiration fra Hanne Warming (2007)'s bud på en strukturering af metode-refleksioner i deltagende observation. Opbygningen baserer sig på fem dimen-

sioner med udgangspunkt i M. Q. Pattons teori (Patton, 1987), hvor der opereres med fem dimensioner, hvortil Warming tilføjer yderligere tre dimensioner (Warming 2007: 316).

Denne i alt ottedimensionelle, metodiske opstilling, som jeg bygger mine observationsmetoderefleksioner på, ser således ud:

- 1) Forskerens deltagerrolle
- 2) Graden af åbenhed
- 3) Graden af åbenhed vedr. forskningens formål
- 4) Varighed og densitet af observationsstudiet
- 5) Graden af fokuserethed i observationerne.
- 6) De sanser, som sættes i anvendelse
- 7) Hvad observationerne rettes mod
- 8) Hvordan observationerne søges videnskabeliggjort.

1) Forskerens deltagerrolle og 2) Graden af åbenhed

Der er forskel på, hvor meget de, der observeres, bliver delagtiggjort i, at der forskes. I dette projekt mener jeg ikke, at det har givet mening at tilbageholde informationer for deltagerne på kurset eller lade som om, deltagerne ikke kunne se mig, når jeg observerede kursusgangene: Min tilstedeværelse var uundgåelig, og jeg blev medskabende af den sociale kontekst. Første gang jeg deltog på hvert af de kommunale sundhedskurser, præsenterede mig selv og fortalte, at jeg ville følge kursusgangene på sundhedskurserne. Jeg fortalte, at jeg var i gang med et projekt om børn på kommunale sundhedskurser. Jeg fortalte, at jeg rent fysisk ville være til stede under kursusgangene, men holde mig i baggrunden. Denne oplysning gav jeg for at tydeliggøre, at selvom jeg ville være til stede, ville jeg ikke indgå som hverken underviser eller deltager. Samtidigt havde jeg trods min beslutning om at være deltagende observatør en forestilling om, at jeg i hvert fald i starten måtte minimere min interaktion på kurserne for at manifestere mig selv som udefrakommende.

Denne beslutning kom dog hurtig på prøve. Særligt i Velvinge Kommune, hvor kun fire familier deltog. Her virkede det unaturligt blot at kigge på og betragte på afstand. Faktisk skulle det vise sig at være en umulig hensigt: I den første del af den første kursusgang, hvor jeg deltog som observatør, skulle familierne lave gymnastik udenfor. Uden at jeg nåede at præsenterede mig for andre end underviseren, gik vi i gang, og jeg fik kastet en bold mellem hænderne og deltog derefter på lige fod sammen med de andre. Ingen stillede

spørgsmålstegn ved det. Ligeledes i den efterfølgende madlavningsdel blev jeg hurtigt en deltagende ressource i madlavningen. Denne deltagende position i feltet fortsatte resten af kursusgangene i Velvinge Kommune. Lige så uforudsigeligt som min position viste sig at skulle blive, lige så unaturligt forekom det at forsøge at forcere en ændring. Særligt fordi jeg blev taget så godt imod af familierne, der rigtig gerne ville snakke, lave sjov, fortælle mv. Det blev sådan, at jeg var deltager/medhjælper på kurset og skrev mine observationsmæssige erfaringer og bemærkninger ned i noteform efterfølgende.

Involveringen på kurserne i Velvinge Kommune betød dog, at jeg til tider havde svært ved at adskille, hvornår jeg var forsker, og hvornår jeg var deltager. Dette kan siges at være en svaghed, hvis forskningen samtidig også skal være videnskabelig. På den anden siden fik jeg en førstehåndserfaring som kursist på et kommunalt sundhedskursus, hvilket kan siges at slægte fænomnologien i den forstand, at viden tilegnes ved at erfare (Fuglsang og Olsen, 2003: 22). Jeg ville ikke have fået samme viden og indsigt i sundhedskurset i Velvinge Kommune, hvis jeg havde forholdt mig passivt i et hjørne, hvilket overvejende var praksis i Kildesund Kommune.

På kurset i Kildesund Kommune var der dobbelt så mange deltagende børn og voksne. Dette var med til at gøre min rolle i feltet mere direkte observerende end direkte deltagende. Her kunne jeg trække mig og sætte mig bagerst i lokalet med min notesblok. Idet sundhedskurset fulgte en færdig undervisningsmanual, blev undervisningsatmosfæren mere intens fra underviser til deltagere, hvorfor det ikke syntes oplagt, at jeg indgik i kursets aktiviteter – og jeg blev heller ikke inviteret til dette. Et af udfaldene ved denne type af deltagende observation var, at jeg ikke fik talt med særlig mange af børnene eller forældrene på samme måde som i Velvinge Kommune. Styrken ved denne form for deltagende observation var, at jeg formåede at nedskrive direkte tale i tavleundervisningen, hvilket har givet mig mulighed for at producere empirisk tekstmateriale med konkrete gengivelser af f.eks. dialogen mellem underviser og de kursusedtagende børn.

Uanset graden af min deltagelse i de egentlige aktiviteter på de to kurser, kan det alligevel siges, at jeg blev en del af begge kursusforløb, idet jeg åbenlyst trådte ind i feltet med mine egne handlinger og motivationer for at være til stede. I hvert felt blev jeg inviterede til at lave deltagende observation på hver deres måde, og hvert feltstudie bød på forskellige muligheder for at indgå i

relationer med deltagere og undervisere. Dette skabte endvidere to forskellige typer af observationsnoter.

Jeg erfarede, at mine intentioner forud for observationerne i begge kommuner var langt mere lukkede eller afgrænsede og i virkeligheden mindede om fænomenologisk forskning. Jeg havde forestillet mig en form for (på daværende tidspunkt endnu ukendt) ”sundhedskursussubstans”, som jeg ikke måtte forstyrre af frygt for at ødelægge det oprigtige. Til trods for at jeg fra start havde taget et socialkonstruktionistisk udgangspunkt i min forskningstilgang, havde jeg f.eks. forestillinger om, at det ville være upassende at deltage i gymnastikaktiviteter, madlavning eller tale for meget med deltagerne. Men denne strategi viste sig at være ikke kun uholdbar, men også upraktiserbar. For selv om jeg både forestillede mig det muligt at nedtone min tilstedeværelse, så oplevede jeg ikke, at det var i min magt at beslutte, hvordan relationen til feltet og aktørerne skulle være. Netop fordi der, uanset strategi i deltagende observation, altid er tale om en *interaktion*, så kunne min intenderede solo-strategi med fuld kontrol over min deltagelse i feltet selvfølgelig ikke på noget tidspunkt praktiseres af den simple grund, at feltet var udgjort af levende og handlende aktører. Min deltagerrolle og efterfølgende produktion af observationsnoter var med andre ord en direkte konsekvens af min tilstedeværelse i feltet.

3) Graden af åbenhed vedr. forskningens formål

Fra at have præsenteret *hvem* jeg var, var næste skridt at forklare, *hvorfor* jeg var der. Helt simpelt kan der siges at herske fire forskellige grader af forklaring af forskningens formål: At give deltagerne den *fulde* forklaring på, hvorfor man forsker; at give dem en *delvis* forklaring; at give dem *ingen* forklaring; eller at give dem en *falsk* forklaring (Warming, 2007: 317). Jeg valgte den fulde forklaring og fortalte, at jeg ville være til stede, fordi jeg gerne vil vide noget om, hvordan det er at være et barn på et kommunalt sundhedskursus¹⁶. Dette var i overensstemmelse med mit forskningsformål. Samtidigt undlod jeg dog at uddybe min anden interesse, nemlig at jeg også var interesseret i at observere den pædagogiske praksis. Således kan der argumenteres for, at jeg samlet set gav en *modereret* forklaring, idet jeg undlod at beskrive det videnskabelige formål, nemlig at jeg havde et forskningsfokus, der handlede om sproglige konstruktioner af sundhed i den pædagogiske praksis samt interaktioner mellem deltagende børn og undervisere.

¹⁶ Jeg undlod bevidst at benævne børnene som overvægtige for at betone, at jeg ikke var interesseret i deres vægtstatus, men i deres interaktion på kurset samt i deres hverdagsliv.

Når jeg valgte at give denne modererede forklaring, var det, fordi jeg formodede, at det ville gøre underviserne utrygge at have et forskerblik i nakken, som de ikke selv havde bedt om. Men det var også, fordi jeg oplevede det som et potentielt dilemma at skulle opretholde en loyal kontakt til underviserne og kommunerne, samtidig med at jeg satte deres sundhedspædagogiske praksis under lup. Derfor valgte jeg i præsentationen at fremhæve *børnenes* interaktion på kurserne og lade det være usagt, men måske åbenlyst, at jeg var interesseret i børnenes interaktion med underviserne og til dels forældrene. Det er svært at vurdere, om det var en god eller dårlig strategi at præsentere dette som mit fokus, men valget var betinget af min forståelse af, hvordan jeg bedst kunne være til stede som observatør.¹⁷

Jeg gjorde i begge kommuner et stort nummer ud af at forklare, at jeg ikke var sundhedsperson og ikke havde en særlig sundhedsviden. Jeg ønskede bevidst ikke at fremstå som dommer over sundt og usundt eller rigtig og forkert sundhedsadfærd. Mit faglige udgangspunkt var pædagogisk og rettede sig mod, *hvordan* sundt og usundt blev diskursivt konstrueret i de pædagogiske interaktioner. Men der skete, tilsyneladende uundgåeligt, den kobling i præsentationen af mig som *forsker* på et *sundhedskursus*, at jeg blev tillagt en specialviden om sundhed. Derfor fik jeg ufrivilligt en mærkat på min tilstedeværelse som sundhedsekspert trods mine gentagende forsøg på at tilkendegive, at jeg ikke vidste noget særligt om f.eks. ernæringsmæssig sundhed.

Dette kom til udtryk ved, at børn, forældre og endda sommetider underviserne spurgte mig til råds om ernærings sammensætninger, kalorieindhold mv., hvilket jeg helt reelt ikke kunne svare på. Jeg oplevede også flere gange på begge kurser, at underviserne søgte øjenkontakt i løbet af undervisningen, hvilket jeg tolkede som en måde at få anerkendelse af det sundhedsbudskab, de formidlede.

Jeg forventede, at deltagernes forståelse af mig som sundhedsperson ville påvirke børnenes interviewfortællinger. Som jeg beskriver i analysen af de

17 Senere har jeg i Kildesund Kommune givet en tilbagemelding omkring de fokuspunkter, som jeg har hæftet mig ved i analysen. Kommunen tog særdeles godt imod mine tilbagemeldinger, som jeg havde bygget op omkring konstruktive forslag til refleksioner over og potentielle forbedringer af deres sundhedskurser. Således oplevede jeg at kunne bibeholde den loyalitet, som jeg oplevede, har været til stede fra start jf. kommunens interesse for mine perspektiver og deres imødekommenhed omkring min forskning. Samarbejdet og den gensidige interesse blev derfor aldrig kompromitteret, men hvorvidt det skyldes, at jeg tilbageholdte mit egentlige observationsfokus (at observere undervisere såvel som børn), kan jeg kun gisne om. Dog vil jeg tro, at begge kommuner har haft oplevelsen af, at jeg først og fremmest har villet undersøge deres sundhedspraksis, hvilket også var i overensstemmelse med mine ægte intentioner – uanset grad af formidling af observationsfokus.

foto-eliciterede interviews fik det den betydning, at børnene både fortalte om hændelser i hverdagslivet, der kunne siges at være styret af at ville tale til mig som en sundhedsperson, som de f.eks. ville imponere med korrekt sundhedsviden og -handlinger, men også at børnene fortalte om hændelser, ting, steder og interaktioner i hverdagslivet, der ikke relaterede sig til mig som sundhedsperson – f.eks. vedrørende venskaber, skole, leg og familieliv.

Selve præsentationen af mit formål med at være på kurserne som observatør blev i begge kommuner foretaget samtidigt med, at jeg fortalte, hvem jeg var. Fordi de to kommunale kurser var forskellige i format og udfoldelse, blev det, som jeg havde planlagt som to identiske præsentationer, også meget forskellige. På sundhedskurset i Velvinge Kommune var der i løbet af kursusgangen plads til, at børnene og forældrene kunne stille mig spørgsmål angående min tilstedeværelse, min forskning osv. På Kildesund Kommunes sundhedskursus blev der kun givet 5-10 minutter efter endt kursusgang til min præsentation, og siden jeg ikke deltog i aktiviteterne på dette kursus, var det kun i forbifarten, at børn og voksne senere stillede spørgsmål.

Dog oplevede jeg, at mine bestræbelser på at lave en åben og bred formulering af mit formål på nogle områder var for abstrakt for både børn og forældre, selvom jeg forsøgte at formulere min forskningsoptik med hverdagsbegreber.¹⁸

Både hos børn og forældre i begge kommuner landede min forklaring om forskningens formål på, at jeg var en form for studerende. Jeg startede næsten alle interview med at spørge, om de kunne huske, hvad det var jeg lavede, og til det svarede alle børnene nej, selvom jeg havde forklaret og været åben omkring det mange gange. Dette betød, at formålet med min tilstedeværelse blev mere skjult end intenderet, men i praksis konkluderede jeg, at det fik den betydning, at uanset om deltagerne fuldstændigt forstod, hvorfor jeg var der, accepterede de min tilstedeværelse som observatør. Graden af åbenhed omkring formål med forskningen skabte et vilkår, der hverken kan siges at være mere eller mindre sandt eller rigtigt. Pointen er, at den virkelighed, som jeg som deltagende observatør blev medskaber af, er et eksempel på, hvordan den socialkonstruktionistiske forskningsmetode med interaktionistiske og relatio-

18 Når de voksne spurgte ind til min forskning, samlede de fleste mit projekt op ved at omformulere det med deres egne ord til at være 'en opgave baseret på en form for praktik (min observation) i et uddannelsesforløb'. I Velvinge Kommune blev der lavet meget røg med, at jeg i min alder stadig gik i skole, og om jeg da ikke snart skulle have et rigtig job.

nelle konstruktioner af sandheder kan forstås som varierende og afhængig af kontekstuelle betingelser.

Derfor kan der siges at være aspekter både for og imod åbenhed i observationsstrategien, selvom den ud fra et forskningsetisk udgangspunkt er ønskværdig (Warming, 2007: 318). En usand fortælling (f.eks. om at jeg som indretningsarkitekt gerne ville observere, hvordan børnene brugte rummets møbler) ville sikkert ikke have sporet aktørernes bevidsthed ind på sundhed, sundhedsadfærd eller sundhedsundervisning. Givetvis ville det have påvirket situationen på en ligeså særlig måde, hvilket igen giver anledning til at slå socialkonstruktionismens *pointe* fast om, at enhver situation konstrueres i samspil med aktørerne uanset hvilken introducerende historie, der fortælles.

Warming erklærer, at det ofte først er, når den deltagende observation er i gang, og man som forsker har lært sit felt at kende, at det bliver muligt og hensigtsmæssigt at fokusere – og dermed at formidle, hvad man fokuserer på (Warming, 2007: 318). Jeg genkender tesen om, at der med tiden som observatør og kendskab til feltet skabtes en større fokusering, og at denne fokusering var svær at forudsige, idet den opstod i takt med observationernes varighed.

4) Varighed og densitet af observationsstudiet

Det epistemologiske udgangspunkt i etnografisk feltarbejde er, at det langvarige ophold er forudsætningen for at lære den fremmede kultur at kende. Sådan er det dog ikke altid i deltagende observation (Warming, 2007: 318). For dette projekts vedkommende var der fra begyndelsen en fastlagt tidsafgrænsning for begge sundhedskurser i de to kommuner, nemlig ni uger. I Velvinge Kommune forløb kursusgangene hver anden lørdag i seks timer fra kl. 9-15. I Kildesund Kommune forløb kursusgangene hver tirsdag i to timer fra kl. 17-19, samt hver anden lørdag fra 10-11. Jeg fulgte så mange af disse kurser som muligt, hvilket skabte en særdeles intensiv observationsperiode. Sundhedskursernes fastlagte perioder var tilrettelagt af kommunerne og var ikke mulig at ændre, og det blev ud fra disse, at jeg planlagde mine observationsaktiviteter. Få lørdage var der overlap, og i så tilfælde måtte jeg vælge.

Jeg endte med at lave deltagende observation i 36,5 timer i efteråret 2008 fordelt således:

Velvinge Kommune (i alt 25 timer)

4. okt. kl. 10-15	18. okt. kl. 10-15	15. nov. kl. 10-15	29. nov. Kl. 10-15	13. dec. kl. 10-15
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

Kildesund Kommune (11,5 timer)

7. okt. kl. 17-19	28. okt. kl. 17-19	4. nov. kl. 17-19	8. nov. kl. 10-11	11. nov. kl. 17-19	18. nov. kl. 17.30-20
----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------	-----------------------	--------------------------

Til trods for at timetallet for observation i Velvinge Kommune er betydelig højere end i Kildesund Kommune, oplevede jeg observationer i Kildesund Kommune mindst lige så intense som i Velvinge Kommune. Dette afspejles også i mine observationsnoter. Dermed konkluderer jeg og tilslutter mig udsagnet om, at det ikke er selve antallet af timer, der bliver afgørende for den type af viden, som jeg havde sat mig for at generere.

Jeg oplevede en mæthed i slutningen af observationerne. Jeg havde først brugt en stor mængde energi på at få en fornemmelse for feltet, dets logikker, teknikker og udfoldelse samt sammensætning af aktører. Sideløbende med kursernes fremskridt gjorde jeg mig konstant nye opdagelser, der udfordrede mine forforståelser og skulle nedfældes i noter. Disse var med til at danne grundlag for en form for mental forberedelse til næste observationsgang. Desuden foregik der en uformel sammenligning af praksis, eftersom jeg observerede de to kommuners kurser parallelt. Dette var med til at kridte de to kursers særlige kendetegn op og foranledige, at jeg fik inspiration til nye opmærksomhedspunkter i observationerne.

Min mæthed bestod af flere ting. Dels, som Steinar Kvale (1994) pointerer i forbindelse med kvalitativt feltarbejde, en mæthed i forhold til at have oplevelsen af at have fået tilstrækkeligt med informationer og erfaringer til, at det derfor ikke giver mening at opholde sig længere i feltet (Kvale, 1994:108). Mætheden opstod på sigt også som følge af en oplevelse af, at kurserne på mange måder gik i konflikt med mine egne normative forståelser af, hvordan et sundhedskursus skulle udfolde sig i overensstemmelse med den åbne og dialoginddragende sundhedspædagogik. F.eks. havde jeg svært ved at opretholde gejsten i min deltagelse i gymnastiktimerne i Velvinge Kommune, fordi gymnastikøvelserne i min oplevelse var for ensformige, uinspirerende og des-

uden hængte halvdelen af børnene af, hvilket var frustrerende at være vidne til, fordi der var potentiale for en helt anderledes og inddragende dynamik.¹⁹ Således opstod der en mæthed, der kom til udtryk i forhold til et behov for at træde ud af kurserne og træde ind i refleksionsrum. Sideløbende med dette opstod der også en naturlig mæthed af observationerne i takt med, at kurserne lakkede mod enden. Denne mæthed handlede om, at min forskningsmæssige fornemmelse havde fået tilstrækkelig information og erfaring til at foretage næste skridt i det analytiske arbejde.

Når forskerpositionen kan siges at være indlejret i den sociale kontekst, hvor den deltagende observation foregår, er nærhed og distance til feltet væsentlige aspekter at forholde sig til. Derfor kan mit behov for at træde ud af feltet ses som et behov for at distancere mig fra kurserne for at blive i stand til at reflektere og bearbejde observationerne analytisk. Dette er i tråd med det, som Warming kalder en efterstræbelseværdig mellemposition, der muliggør analyse (Warming, 2007: 324).

5) Graden af fokuserethed i observationerne

Deltagende observation kan karakteriseres som en proces, hvor observationerne starter med at være åbne og beskrivende, hvorefter de bliver mere fokuserede og til sidst overvejende selektive (Warming, 2007: 318). Der kan opstå en interessant spænding i observationerne, når den empiriske verden ”øver modstand eller taler tilbage”, dvs. at det, man erfarer gennem sin deltagelse, får én til at ændre og/eller åbne fokus i observationerne (Warming, 2007: 318).

Observationsprocessen på de to kommunale sundhedskurser øvede også modstand eller snarere talte tilbage til mig, hvilket gjorde, at observationerne ændrede karakter over tid. Først skulle observationerne give mig større kendskab til det specifikke felt. Jeg havde ikke forudgående erfaringer med kommunale sundhedskurser – ikke mindst fordi der endnu ikke eksisterede forskningsmæssige studier med tilsvarende fokus. Under observationerne arbejdede jeg derudover abduktivt i den forstand, at jeg løbende indkredsede mit fokus i henhold til teoretiske perspektiver, hvilket gjorde mig i stand til at kvalificere mit observationsmæssige fokus.

¹⁹ Denne oplevelse af, at børnene satte sig ud til siden og så på i stedet for at deltage, er i øvrigt et eksempel på, hvordan observationserfaringer påvirkede interviewene, idet jeg brugte konkrete oplevelser fra kurset til at spørge børnene om deres oplevelser.

Da det jævnfør socialkonstruktionismen ikke er muligt at gå ind i et genstandsfelt uden en lang række forforståelser, var min indgang ingen undtagelse. Jeg havde dannet mig et indtryk af kommunernes sundhedskurser fra mine pilotinterviews med børn i begge kommuner og var desuden sporet ind på kursernes pædagogiske formål, indhold og målgruppe gennem forskellige dokumenter fra kommunerne. Disse forforståelser, som jeg tog med ind i observationsrummet, prægede indledningsvist mit observationsfokus.

Åbenheden i observationerne var større i starten end senere. Jeg justerede løbende mit fokus, ikke mindst som følge af input fra blandt andre vejledere, der kom med nye blikke på de to sundhedspraksisser. Tiden i feltet øgede kendskabet til kursernes aktører og til de rammer, der udgjorde kurserne. Dette gav plads til en skærpelse i observationerne, der omhandlede sprog, interaktioner og udfoldelse af sundhedspædagogik i henhold til de bagvedliggende beskrivelser.

At feltet talte tilbage til mig, oplevede jeg f.eks. helt praktisk ved, at en underviser eller nogle bestemte børn f.eks. skilte sig mere ud end andre, og derved rettede jeg mit blik i deres retning. I Kildesund Kommune blev jeg således mere fokuseret på underviserne, hvorimod jeg i Velvinge Kommune fik en særlig kontakt til en af familierne. Desuden talte feltet tilbage til mine forforståelser ved at bekræfte nogle og forkaste andre samt ved at lade nye opstå. Denne form for kontakt til feltet skete både under observationsforløbet, men også i de efterfølgende refleksionsprocesser og analysebearbejdelser. På den måde kan det observationsbaserede, empiriske arbejde siges at fortsætte længe efter, at selve observationerne er afsluttede.

I den socialkonstruktionistiske forståelse kan empirigenerering og fortolkning/analyse ikke betragtes som to adskilte faser i et lineært forløb. Derfor har jeg anskuet disse processer som vævet ind i hinanden og dermed som en cyklisk proces, hvor hypoteser både genereres og testes. Det er også på denne måde, at der skabes det bedst mulige rum for forskerens læring gennem deltagelsen (jf. Warming, 2007: 318). Denne læring er præsenteret i disse afsnit i form af refleksion, samt i indledningen til kapitlet om observationsanalyserne.

6) Sanser, der sættes i anvendelse

I objektivistisk empirisk eller positivistiske observationstilgange, er observationer noget, som forskeren gør ved hjælp af systematiseret brug af sine sanser, primært syns- og høresansen. Deltagelsens formål er at have adgang til ”før-

stehåndsdata”, samt at supplere sine førstehåndsdata med informantinterviews, dokumenter osv. Det, der registreres via observationerne, er handlemåder (Warming, 2007: 319). Sådan forholder det sig ikke i socialkonstruktionistisk forskning.

I den konstruktionistiske, og for så vidt også i fænomenologisk orienterede tilgange, er fokus rettet mod ”sense-making”, det vil sige mod menings- og betydningsdannelse i feltet. Denne forståelse følger dette projekts epistemologiske orientering om, hvilken form for viden, der er muligt at erkende som følge af den socialkonstruktionistiske metodologi. Som forsker har jeg i denne sammenhæng fået adgang til at erkende noget om kulturen/ socialiteten/ interaktionen, hvilket ikke bare baserer sig på registrering, men også på indlevelse og oplevelse. Min empiriske intention har været at erfare, hvordan sundhedsdiskurser kommer til udtryk i de observerede, pædagogiske praksisser ved at opholde mig i aktørernes rum. Men da det ikke var muligt for mig at løsrive mig fra rummet og dets aktører, blev jeg selv en del af rummet. Dermed har det ikke kun været de andre, der er blevet observeret, men også mine egne oplevelser og (ureflekterede) måder at reagere på deres handlinger, der har udgjort observationen. Der har således ligeledes været tale om en observation af min deltagermåde og -positions forandring over tid (Warming, 2007: 319)

På den måde har jeg i observationerne ikke kun brugt mine syns- og høresanser, men også det man kunne kalde min intuitive sjette sans, der ifølge Warming gør os i stand til f.eks. at forbløffes eller overraskes. Jeg argumenterer endvidere for, at en evt. sjette sans også er tæt forbundet med forskerens for- forståelser og tidligere erfaringer, fordi denne sans er med til gøre os i stand til at fornemme noget, som vi tillægger mening ud fra, hvad vi tidligere har oplevet ved først og fremmest at følge en intuition eller udtalt fornemmelse.

7) Hvad observationerne rettes mod og 8) Hvordan videnskabeliggøres observationerne

Et af de helt centrale spørgsmål i observationernes metodiske opstilling er: Hvad skal man observere, og hvordan sikrer man videnskabeligheden af sine observationer? Jeg har med udgangspunkt i denne form for punktliste (Warming, 2007: 319-320) haft fokus på følgende:

1) **Rammen:** Hvordan er de fysiske omgivelser? Hvad er konteksten? Hvilke handlemåder indbydes der til/ forhindres?

2) **Deltagerne:** Beskriv hvem de deltagende er, og hvad deres rolle er. Hvad bringer disse deltagere sammen? Hvem har lov til at være her?

3) **Aktiviteter** og interaktion: Hvad foregår der? Er der en defineret rækkefølge i handlingerne? Hvordan interagerer deltagerne med aktiviteten og hinanden? Hvordan er menneskene og aktiviteten forbundet og relateret?

4) **Hyppighed og variation:** Hvornår begyndte aktiviteten? Hvor lang tid varede den? Er det en tilbagevendende situation, eller er den unik? Hvis den er tilbagevendende: Hvor ofte? Hvor typisk er den observerede situation for sådanne situationer?

5) **Subtile faktorer:** Uformelle og uplanlagte aktiviteter, det symbolske, ikke-verbal kommunikation, det selvfølgelige, det der ikke sker, men som måske kunne forventes at ske.

Afhandlingens observationer med overstående indhold, tilgange og fokuseringsoptikker imødekommer krav om videnskabeliggørelse ved at forholde observationerne til afhandlingens overordnede problemstilling og (videnskabs-)teoretiske tilgange. Observationerne har således været et led i undersøgelsen af, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger i en pædagogisk praksis, men også hvordan disse diskurser former selve de praktiserede sundhedspædagogikker. Observationerne har dernæst udgjort et fundament for efterfølgende med udgangspunkt i foto-eliciterede interviews med børn som informanter at undersøge, hvordan diskurser og sundhedspædagogikker former overvægtige børns selvforståelser i hverdagslivet.

4.5. Visuelle metoder og børn som informanter

Indledningsvist var inddragelsen af børn som informanter båret af en erkendelse af, de overvægtige børnenes synspunkter, erfaringer og forståelser af, hvad det sunde liv er, og hvordan det opnås (eller måske: Hvordan det allerede er opnået), var bemærkelsesværdigt fraværende. Både i de sundhedspolitiske og sundhedspædagogiske optrin til de kommunale sundhedskurser og skulle det vise sig, også i de observerede, pædagogiske praksisser. Dette op-

mærksomhedspunkt på børns ulige deltagelse i en praksis, hvor børnene samtidig er hovedaktører, har forstærket arbejdet med perspektiverne bag generationsordnen, der betoner den ulige magtrelation mellem børn og voksne. Sundhedskurser for overvægtige børn, der ikke hverken forud, undervejs eller efter kurserne kunne siges at tillægge børnenes stemmer nævneværdig betydning, kaldte på en inddragende undersøgelse af, hvad disse overvægtige børn, der var på kursus for at lære at blive sunde, tillagde værdi – både i forhold til sundhed, men også i forhold til det levede børneliv.²⁰

Der kan siges at være et børneevalueringsselement i inddragelsen af børnene gennem de foto-eliciterede interviews. Et evalueringsselement, der er delvist fraværende på kurserne. For selvom begge sundhedskurser gav børnene mulighed for at evaluere på kurserne ved hjælp af et spørgeskema, kan det siges, at evalueringsformen var utilstrækkelig set fra et børneperspektiv, da skemaerne enten skulle udfyldes *i samarbejde* med forældrene eller *kun* af forældrene. De foto-eliciterede interviews skabte derfor et ytringsrum, hvor børnene kunne kommunikere deres holdninger til kurset samt fortælle om sundhed i hverdagslivet uden tilstedeværelse af lærere eller forældre.

Min motivation for at inddrage børnenes stemmer udsprang i høj grad også af, at de kommunale kurser byggede på en antagelse om, at de overvægtige børn havde visse mangler i forhold til at leve et sundt og godt liv. Dette begrundede deres deltagelse på kurserne. Hvis *mangeldiskursen* kunne siges at være lige så dominerende i de overvægtige børns liv, som dokumenterne bag de kommunale sundhedskurser udtrykte, så skyldte dette forskningsprojekt om sundhedspædagogiske potentialer at sætte lys på dette forhold, såvel som på andre mere ressourcebetonede diskursers indlejring i hverdagslivet. En bekræftelse af mangeldiskursen ville kunne argumentere for en form for sundhedspædagogik, hvis formål ville være at udfylde børnenes huller i form af manglende viden, redskaber, handlekompetencer samt ruste dem til et bedre og mere trivselsfuldt liv med motion, solidt selvværd og uden mobning. De kursusdeltagende børn blev derfor inviterede til at dele deres fortælling om sundhedskurset og om centrale forhold i deres hverdagsliv.

20 Som beskrevet i afsnittet om dokumentanalyse var det forældrene, der efter kurserne blev bedt om at evaluere kurserne ved skriftligt at udfylde spørgeskemaer. Børnene måtte gerne være med, men det var forældrene, der førte pennen. I Kildesund Kommune blev kurset afsluttet med en børne-/forældrekonsultation, hvor børnene sammen med forældre og kommunale tovholdere talte om kurset. Hvordan dette forløb indgår i observationsanalyserne.

Ambitionen om helt konkret at ville forsøge at rykke på magten kan i en socialkonstruktionistisk forståelse siges at være en lidt kunstig øvelse, idet magt som sådan ikke er en håndgribelig størrelse, som en gruppe besidder frem for andre. Grundforståelsen af magt i socialkonstruktionismen er, at magt er dynamisk og foranderlig og skabes i de sociale interaktioner. Dermed kan der argumenteres for, at det er forsimplet at påpege, at de kursUSDeltagende børn ikke befinder sig i en favorabel magtposition: De kursUSDeltagende børn er en lige så aktiv del af de magtdannelser, der kan siges at foregå både på og uden for de kommunale sundhedskurser. Børnene indgår også som producenter i de magtforhold, der udspiller sig mellem voksne og børn. Men når jeg alligevel fastholder, at der på de kommunale sundhedskurser kan siges at herske en magtfuld ubalance, så er det, fordi børnene ikke direkte kan siges at blive inkluderet som værdifulde i definitionen af det sunde liv, hvormed deres mulighed for at få indflydelse på det sundhedspædagogiske virke udebliver. Dette paradoks er et anliggende, som jeg med de foto-eliciterende metoder og med børnene som kompetente informanter har konfronteret. Således var argumentationen for børneinddragelse i forskningen at tildele eller fordele retten til at definere betingelserne for det sunde liv i det overvægtige liv.

4.5.1. Børn som kompetente subjekter

I de sundhedspædagogiske felter, som jeg har studeret, er jeg blevet mødt af en lang række faste kategoriale forestillinger om overvægtige børns sundhedstilstand, sundhedsviden og sundhedsadfærd. Disse kunne siges at være karikerede i deres forsøg på at betragte og behandle alle børn med for højt BMI ens og dermed blive i stand til at ensarte målbare, kommunale sundhedsindsatser. I forlængelse heraf og i særdeleshed efter at have observeret de to kommunale sundhedspædagogiske praksisser blev jeg opmærksom på den særlige sproglige konstruktion af det overvægtige barn, der befandt sig i de to kursuskontekster, og som havde et udtalt fokus på overvægtig som havende den forkerte og usunde krop.

Med de brede og positive og åbne sundhedsforståelser in mente blev jeg interesseret i at undersøge børnenes egne konstruktioner af sundhed i hverdagslivet ud fra en antagelse om, at sundhedstilstande hos overvægtige børn kan beskrives ud fra andet end vægt. På den måde bestræbte jeg mig på at tilrettelægge en forskning, der betragtede de kursUSDeltagende, overvægtige børn som subjekter frem for objekter.

At betragte de deltagende børn som subjekter eller sociale aktører tildeler dem den egenskab at måtte besidde en lang række saglige synspunkter vedrørende deres egen sundhed og hverdagsliv (også jf. Tisdall, Davis og Gallagher, 2009: 1). Ved at indlede en form for forskningsmæssigt samarbejde med børnene har jeg således gjort op med forestillingen om børn som inkompetente, upålidelige og udviklingsmæssigt ufuldstændige individer i forhold til voksne (jf. Mayall, 2008: 110). I stedet valgte jeg at betragte børn som sociale aktører, der kunne lære mig noget. Dette kan siges at afvige eller modstride en traditionel barn-/voksenrelation, der ofte er karakteriseret ved, at de voksne har magten (Mayall, 2008: 110). En magt til f.eks. at definere, hvad der har værdi eller skal tillægges betydning.

Det var denne forståelse af børn som medskabere af deres eget liv, der åbnede for muligheden for at give de overvægtige børn *demokratisk indflydelse* og tildele dem et medvirke i udviklingen af pædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn. Forestillingen om at inddrage børn som demokratiske aktører i udviklingsprocesser, beskriver den amerikanske børneforsker, Roger A. Hart, således: "*Only through direct participation can children develop a genuine appreciation of democracy and a sense of their own competence and responsibility to participate*" (Hart, 2002: 3). Dette medinddragende syn på børn, som vigtige, demokratiske aktører er gennemgående for afhandlingens syn på børn og sundhedsfremmende læring: I min forskningsmæssige forståelse af bæredygtig sundhedspædagogik befinder sig tre grundlæggende elementer af deltagelse, dialog samt viderebygning af eksisterende kompetencer for at skabe en følelse af ansvar for egen og andres sundhed.

4.5.2. At få sagt og blive hørt

Med hensyn til børns stemmer er det, som den engelske, pædagogiske forsker, Pat Thomson, pointerer, vigtigt at bemærke, at børn ikke taler med samme stemme, men med *flere stemmer* med udgangspunkt i deres forskellige erfaringer, meninger og udtryksformer (Thomson, 2008: 4). Endvidere ligger der i betegnelsen "at få tildelt en stemme" både det at skulle have noget at få sagt og mere indirekte at blive hørt. De formulerede stemmer kan siges at indeholde tre forskellige elementer, nemlig 1) Den talte stemme i bogstaveligste forstand som repræsentation for talerens sprogbrug; 2) En metaforisk stemme, der refererer til talestil, tonefald, følelsesmæssige komponenter; samt 3) Den politiske stemme, der henviser til retten til at tale og blive hørt (Thomson, 2008: 4). Disse tre elementer i de formulerede stemmer har fungeret som opmærksomhedspunkter i de efterfølgende analyser af børneinterviewene, men

selve afsættet for at beskæftige sig med at inddrage børnenes stemmer har hovedsageligt har sit ophæng i den politiske stemme, der tillader børnene at tale og blive hørt.

Pat Thomson arbejder med distinktioner inden for individers stemmer, bl.a. den *autoritative*, den *kritiske*, den *terapeutiske stemme*, samt *forbrugerens* stemme. I dette projekt har jeg dog analytisk beskæftiget mig med det, som Thomson betegner som den *pædagogiske* stemme. Denne afspejler ytringer, der i bogstaveligste forstand er blevet skolet eller formet i overensstemmelse med en særlig institutionaliseret, pædagogiseret praksis. Den pædagogiske stemme kan være rettet mod de (for forskeren muligvis) usynlige kategorier eller regelsæt, under hvilke individer styringsmæssigt er underlagt (Thomson, 2008: 4-5). Hovedantagelsen er, at en stemme, som al anden handling, er kontekstafhængig og er betinget af f.eks. magtforhold og konstruktioner af bestemte formulerede spørgsmål.

I de analytiske bearbejdninger af det empiriske materiale erfarede jeg, at børnene ikke kun talte med en pædagogisk tillært stemme, men også talte sig ind i et for dem formodet korrekt sundhedsparadigme, som de forventede, at jeg gerne ville høre. Dette betegner jeg som den *forventelige* stemme. Børnene ytrer ikke kun en stemme i overensstemmelse med de forståelser, der hersker og er anerkendte som sande i de pædagogisk institutionaliserede praksisser, som de indgår i: Børnene ytrer også det, som de har en forventning om, at jeg som forsker gerne vil høre. Dette er et aspekt, som jeg gennemgående har arbejdet med i bearbejdningerne af interviewene, og som jeg oplevede som værende kendetegnende for visse dele af dialoger om sundhed, der fandt sted i de foto-eliciterede interviews

4.5.3. To former for foto-eliciterede interviews

I bestræbelsen på ikke kun at lave forskning *om* børnene, men også *med* børnene kom de foto-eliciterede interviews i værk. Foto-elicitation²¹ er interviews, der udføres med udgangspunkt i fotografier. Foto-elicitation er: "[...] *the simpel idea of inserting a photograph into a research interview.*" (Rose, 2007: 240). Foto-elicitation tager udgangspunkt i visuelt data, der enten kan være produceret af forskeren, af informanten eller være visuelt data, der er produceret af andre, men bragt med ind i interviewrummet. Jeg lavede to omgange af foto-eliciterede interviews, der benyttede sig af hver deres form for visuelt materia-

21 Elicitation betyder at trække eller bringe frem, udlede eller vække. I foto-elicitation sker dette med udgangspunkt i visuelt materiale.

le: I første omgang medbragte jeg fotografier, som jeg havde udvalgt fra et tidligere studie af børn og barndom, hvor de deltagende børn havde fotograferet deres hverdagsliv.²² Jeg udvalgte fotografier, der repræsenterede forskellige hverdagsarenaer.²³

Den første omgang af foto-eliciterede interviews valgte jeg at kalde ”pilotstudiet”. Et pilotstudie er i traditionel forstand et forstudie, der skal afprøve og teste metoder og teknikker, inden hovedstudiet går i gang. Denne afhandlings ”pilotstudie” havde ligeledes en eksplorativ karakter, der dannede afsæt for den efterfølgende omgang af foto-eliciterede interviews, men pilotstudiet fik også en egen status, der kom til at indgå på lige fod med de efterfølgende interviews. Begrundelsen for dette er, at det eksplorative aspekt omkring interviewene ikke begrænsede sig til pilotinterviewene. Mine interviewspørgsmål fungerede f.eks. i begge omgange af interviews som en overordnet guide, men der blev stillet lige så mange udforskende spørgsmål i anden omgang af interviews. På den måde kom pilotinterviewene ikke kun til at danne præcedens for de efterfølgende interviews, men blev en del af den abduktive forskningsproces. Hvorvidt et interview blev informativt eller fyldigt i forhold til afhandlingens problemfelt afhang i sidste ende af børnenes fortællelyst. Disse var i vekslende grad til stede i begge omgange af interviews.

Derudover er det en socialkonstruktionistisk pointe, at der ikke findes rene børnestemmer, ej heller rene børnefotografier, der i ord, billeder og fortællinger kan dokumentere det levede børneliv. Snarere er det pointen, at børnestemmer, fortællinger og billeder bliver produceret i interviewrummet i et samspil mellem børnene og mig som forsker. Derfor skelnes der i de analytiske fremstillinger ikke mellem de forskellige former for foto-eliciterede interviews, da både pilotinterviewene, hvor jeg bragte fotografier med ind i interviewrummet, og de efterfølgende interviews, hvor børnene selv tog fotografier, tilsammen udgør de børnestemmer, der alle kvalificerede sig til at blive inddraget i analyserne. Således skeles der i analyserne ikke til, om børnestemmerne kommer fra første eller anden omgang af børneinterviews.

Når jeg i pilotstudiet valgte at medbringe fotografier taget af børn fra et tidligere studie om børn og barndom, så skyldtes det praktiske årsager: Aftalen med de to kommuner om at følge deres sundhedskurser kom i stand lige in-

²² Fotografiene stammer fra projektet Barndom i billeder: børns fotografier set som ytringer om en kultur i bevægelse. Rasmussen, Kim og Smidt, Søren (2002).

²³ Hverdagslivets arenaer uddybes senere.

den børnenes sommerferie. Der opstod en mulighed for at interviewe børn, der netop havde afsluttet et forløb i hhv. Velvinge og Kildesund Kommune, men skulle de nå at afvikles, inden børnene tog på ferie, var der ikke tid til at lade dem fotografere. Derfor valgte jeg at lave foto-eliciterede interviews med den første gruppe af børn på baggrund af børneproducerede fotografier fra et tidligere børnestudie. I anden omgang uddelte jeg engangskameraer og lod børnene at bestemme, hvilke fotografier af hverdagen, de ville tage. I begge former for foto-eliciterede interviews var det dog børnene, der valgte, hvilke historier, de ville fortælle – uanset type af visuelt materiale. Formålet med de foto-eliciterede interviews og anvendelse af visuelle metoder var i begge tilfælde at undersøge ”billeder på det overvægtige barn i hverdagslivet” – i bogstaveligste forstand og i overført betydning.

Den primære forskel på de to typer af foto-eliciterede interviews er derfor, at børnene, der selv fotograferede, fik mulighed for at udtrykke sig både visuelt og verbalt, hvor børnene i pilotprojektet kun fik mulighed for at udtrykke sig verbalt. Dette kunne i teorien betyde, at der var flere fortællinger gemt i de børn, der selv fotograferede. Men i praksis viste det sig, at der med afsæt i mit valgte fotomateriale blev ansporet til lige så mange børnefortællinger, som i de interviews, hvor børnene selv havde fotograferet. I nogle tilfælde var pilotinterviewene båret af *flere* børnefortællinger fra hverdagslivet end de interviews, hvor børnene også selv havde fotograferet. Dette kan måske forklares ved, at det udvalgte fotomateriale bar på genkendelige hverdagssituationer, hvorudfra børnene kunne fortælle om et hverdagsliv, der dog tog udgangspunkt i andre børns hverdagsliv (i fotografierne), men kunne anspore fortællinger om de deltagende børns eget hverdagsliv.

Endvidere kan fotografier af hverdagslivet, uanset hvem der har taget dem, ikke siges at være dokumentationer af hverdagslivet, men snarere siges at repræsentere en virkelighed, der kan fortælles om. Dog er det klart, at forskellen på de to interviews var, at børnene, der selv havde fotograferet, havde nogle ganske særlige fortællinger bag deres fotografier, hvorimod børnene, der blev præsenteret for mine fotografier oftest først ville gætte, hvad det mon var for en situation, der var taget billede af, og først dernæst bevægede sig over i fortællinger fra deres eget hverdagsliv – evt. med igangsættende spørgsmål fra mig.

4.5.4. Visuelt materiale – indsigt i sociale fænomener

At understøtte en del af det kvalitative studie med et visuelt aspekt skulle vise sig at byde på mange interessante udfald – både i form af nye perspektiver på det moderne børneliv, men også nye blik på anvendelsen af foto som metode i forskning med børn i forskellige, institutionelle sammenhænge.

Arbejdet med visuelt materiale skal ses som et led i afhandlingens øvrige socialkonstruktionistiske forskningsdesign. For som den anerkendte kultursociolog, Stuart Hall (1997), der i begyndelsen af 1970'erne arbejdede med visuelle medier i forskningen, påpeger, så kan billeder og andet visuelt materiale ikke siges at være rene repræsentationer af virkeligheden. Derimod skal billeder ses i relation til den kultur eller praksis, hvori aktører *via tolkning skaber en bestemt mening*, og det er på den måde, at der er tale om repræsentationer (Hall (1997) i Rose, 2007: 2). Det konstruktionistiske element har, i tråd med Halls forståelse af visuelt materiale som værende situeret og som bærende på en til dels ukendt tolkningsværdi, været gennemgående i mit arbejde med visuelle metoder i afhandlingen. Dette gælder fra initiering af opgaven, til affotograferingen, til interviewsamtalerne og de løbende tolkningsprocesser. Den konstruktionistiske forståelse af tilgange kendetegner måden, hvorpå jeg har samarbejdet med børnene via deres fortællinger for at få indblik i deres hverdagsliv og deres sundhedskategoridannelser. Jeg har således med hjælp fra børnene konstrueret et nyt billede på det overvægtige barn, både som deltager på et kommunalt sundhedskursus og som aktør i det levede hverdagsliv.

På det praktiske, interviewtekniske plan spillede det visuelle materiale en vigtig rolle i konstruktionen af interviewsituationen, idet fotografier (både mine udvalgte og børnenes egne) blev et afgørende udgangspunkt for samtalen. Jeg havde en antagelse om, at den sundhedsforståelse, der rækker udover det ernærings- og motionsmæssige, som jeg ønskede at indfange, kunne være vanskelig at sætte ord og billeder på når direkte adspurg²⁴. Derfor skulle fotografierne bruges til at belyse hverdagssituationer, hvor en samtale over børnenes sundhedsovervejelser kunne opstå – også fortællinger, der rakte udover kost og motion. Endvidere skulle fotografierne bruges aktivt til at facilitere en billedmæssig dialog mellem børnene og mig som forsker, hvortil fotografierne udgjorde en genkendelighed til de hverdagslivsemner, som jeg spurgte ind til.

²⁴ Tilsvarende erfaringer med at børn taler om krop og motion, når de skal fortælle om sundhed, opstod f.eks. i projektet "Unge Hjerter", Hjerteforeningen (2008).

Jeg skelner mellem fotografier (i form af ikke-verbale fortællinger) og de fortalte billeder, der opstod i interviewene, i form af billeder på børnenes hverdagsliv, sundhed, kurset, overvægt, deltagelse mv. På den måde ser jeg fotografiet som både et produkt, men også som en del af en proces, hvor børnene har udtrykt en begivenhed eller hverdagslivssituation i en billedlig, fortællende form. Når jeg skelner mellem fotografi og billeder, er det, fordi jeg tilslutter mig forestillingen om, at børn har måder at udtrykke sig på, der rækker udover det talte sprog (jf. Clark, Kjørholt and Moss, 2005: 179). Fotografiet har netop givet de mindre verbalt stærke børn en mulighed for at udtrykke sig om deres hverdagsliv og også givet mig som forsker en anden adgang til børnenes egne fortællinger end udelukkende de sprogligt formidlede. Desuden kan inddragelse af fotografier siges at have en form for supplerende funktion til det talte sprog, idet de tilbyder: ”[...] *an opportunity to gain not just more but different insights into social phenomena, which research methods relying on oral, aural or written data cannot provide.*” (Rose, 2007: 240). I de følgende afsnit præsenterer jeg de metodiske overvejelser omkring afviklingen af de foto-eliciterede interviews, der opsummerende har fungeret som et led i at få indsigt i, hvordan ’det overvægtige barn’ som et socialt konstrueret fænomen former sig gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser indlejrer sig i overvægtige børns selvforståelser og fortællinger om hverdagslivet.

4.6. Udvalgelse af informanter

Jeg udvalgte informanterne på baggrund af deres deltagelse i de to kommunale sundhedskurser. I første interviewrunde (pilotinterviewene) var det Velvinge Kommune, der tog kontakt til de fire familier, fordi kurset var overstået, og spurgte, om de kunne have lyset til at deltage i et interview. To familier meldte positivt tilbage: Det blev til et interview med en storfamilie med 7 børn, der samlet medvirkede i et interview, samt et interview med en pige fra en anden familie. I Kildesund Kommune fik jeg mulighed for at møde op til den sidste kursusgang, hvor familierne kom til evalueringskonsultation. Her præsenterede jeg mit projekt og spurgte, om børnene havde lyst til at deltage. Ti børn sagde ja til at deltage: Seks børn deltog i et dobbeltinterview sammensat efter, hvor de gik i skole. Et enkelt par var søskende. De resterende fire børn blev interviewet enkeltvis.

I pilotinterviewene, samt i de efterfølgende interviews var der stor aldersspredning på de deltagende børn på de to respektive sundhedskurser. I Velvinge Kommune var der plads til fire familie ad gangen, og her var børnene mellem 1½ og 17 år, fordi hele familier deltog. Dette forhold adskilte sig fra Kildesund Kommune, hvor 15 familier deltog (ét barn med én forælder), og hvor børnene var i aldersgruppen begrænset til mellem 8 og 14 år. Jeg valgte at lade alle de børn, der havde lyst til at være med, deltage i de foto-eliciterede interviews. I anden omgang af interviews, hvor børnene i begge kommuner også selv skulle fotografere, var det yderligere et kriterium, at de kunne betjene et kamera. Dette resulterede i en informantgruppe i alderen 7 til 14 år. I forhold til alder kan det derfor siges, at jeg interviewede børn såvel som unge. Jeg vælger dog gennem hele afhandlingen at referere til *børn*, da jeg forholder mig til børnestemmer uanset alder. Informantgruppen var dog langt fra homogen, og der måtte tages forbehold for dette i både igangsættelsen af fotoopgaven samt under interviewene. Alle interviews på nær et enkelt med en søskendegruppe i Velvinge Kommune blev i anden omgang i begge kommuner udført enkeltvis for at give det enkelte barn plads at fortælle med udgangspunkt i egne, private fotografier. På den måde kunne der også tages højde for aldersforskel på tværs af familier og skolefællesskaber.

4.6.1. Køn – en analysekategori blandt mange

Når der forskes i sundhed (og ikke mindst i særdeleshed i mad- og motionsvaner), anvendes køn ofte som analytisk kategori. Som f.eks. de danske børnesundhedsforskere, Mette Rasmussen og Pernille Due (2007), Statens Institut for Folkesundhed, tydeliggør i deres HBSC²⁵-skoleundersøgelse af børn og unge i alderen 11-15 år, så kan der findes forskellige mønstre i henholdsvis pigers og drenge sundhedsoplevelser. Der er forskel på, hvordan piger og drenge udtrykker deres selvvaluerede helbred og kropslige symptomer, f.eks. hvor mange piger i forhold til drenge, der fortæller, at de har hovedpine og mavepine, har svært ved at falde i søvn og har daglige, fysiske symptomer. Ligeledes er der forskel på, hvor mange drenge i forhold til piger, der føler sig tykke. Og der er forskel på drenge og pigers aktivitetsniveau, fjernsyns- og computervaner samt indtag af frugt og grønt og ernæringsmæssige usunde varer, som slik og cola. Der er også forskel på, hvor meget henholdsvis drenge og piger føler fortrolighed med deres forældre og oplever at have fortrolighed med en god ven (Rasmussen og Due, 2007).

25 HBSC = Health Behaviour in School-aged Children.

Endvidere er den sundhedspædagogiske forsker, Bente Jensen (2006), der har lavet en kvalitativ undersøgelse af børns og unges sundhed og sårbarhed, også stødt på forskelle i pigers og drenge handlekompetencer, refleksive evner over egen tilstand samt parametre for trivsel. Samtidig havde de velfungerende drenge og piger dog også en række fællesnævnerne, f.eks. at de *”er personligt og socialt aktive, engagerer sig i deres omverden, tror på sig selv, kan foretage handlinger, men også håndtere udfordringer, når de dukker op – nogle gange uventet”* (Jensen, 2006: 42).

Der synes derfor al mulig grund til at beskæftige sig med forskelle og ligheder i drenge og pigers sundhed, da der på mange områder kan siges at være mønstre i adfærd og oplevelser, der relaterer sig til kønsaspektet. Det er klart, at det ville være muligt og kan siges at være relevant at foretage en kønsbaseret analyse af mit empiriske materiale. I mine interviews findes der mønstre i forhold til, hvad henholdsvis piger og drenge fortæller om sundhedsoplevelser på kurset, samt hvilke begivenheder, personer og hændelser, de tillægger betydning i hverdagslivet. Jeg beskæftiger mig med disse forskelle og ligheder, og trækker dem frem, når de er relevante for min problemstilling. Kønsperspektivet i mine analyser inddrages dermed på lige fod med andre relevante analysekategorier såsom sociale vilkår, familieforhold og forældrerelationer, skoletrivsel, viden, kompetencer, deltagelse mv. Vigtigst for alle kategorier har været, at jeg beskæftiger mig med dem i de tilfælde, hvor jeg har skønnet, at der er en analytisk pointe at fremhæve. På den måde mener jeg bedst at have arbejdet med materialet: Ved ikke på forhånd at have fastdefinerede analysekategorier, som det empiriske materiale skulle spejle tilbage på, men ved i højere grad at lade det være en vigtig analytisk pointe og metodisk mulighed at være åben for, hvilke kategorier der opstod eller lod sig tale bedre frem end andre i løbet af analyseprocessen. På denne måde indgår køn som kategori i dette projekts analyse.

4.6.2. Kursusdeltagelse og overvægt som kriterium

Der er yderligere to kriterier, der har dannet udgangspunkt for udvælgelsen af de deltagende børn. Det første er det faktum, at alle de interviewede børn havde gennemgået en visitationsproces foretaget af de to respektive kommuner, hvor de blev vurderet egnet til at deltage på de kommunale kurser på grund af for høj vægt eller fare for at udvikle den. Da jeg besluttede at interviewe de børn, der deltog eller havde deltaget på sundhedskurserne i de to kommuner, var min udvælgelse af børn altså betinget af kommunernes udvælgelse. Når dette er vigtigt at fremhæve, så er det for at markere, at præmisserne

for min udvælgelse af børn på forhånd var fastlagt af kommunerne, både hvad angår køn, alder, sociale vilkår mv.

En anden grund til at fremhæve kommunens udvælgelseskriterier ligger i spørgsmålet om vægts betydning for sundhedstilstand. Overvægt som kategori indenfor sundhedsfremme var i det oprindelige projektdesign utilsigtet, da jeg ønskede at indfange brede sundhedsparametre, der ikke kun vurderer sundhed ud fra antal af kilo. Efterfølgende er (over-)vægt dog blevet et centralt omdrejningspunkt i de sundhedspædagogiske diskussioner i afhandlingen, fordi det viste sig, at kommunerne kun tilbød sundhedsprojekter til de børn, der var overvægtige, og ikke til børn med andre sundhedsudfordringer end overvægt. Da dette projekt overvejende anser de brede, positive og åbne sundhedsforståelser som et supplement til de biomedicinske sundhedsforståelser, anses overvægt ikke som værende ensbetydende med usundhed. Derfor kunne det have været interessant at interviewe normalvægtige eller de såkaldte tyndfedes børns deltagelse i sundhedskurser for at nuancere alsidigheden i denne pointe.

Med andre ord havde jeg i udgangspunktet ikke en specifik interesse i overvægtige, men snarere i generelle sundhedsdannelser i pædagogiske sammenhænge. Til trods for at vægt har været et afgørende kriterium for børnenes deltagelse på kurset, har jeg dog af ovennævnte grunde ikke beskæftiget mig med de deltagende børns egentlige vægt eller BMI (Body Mass Index), hverken før, under eller efter kurset. Vægt har altså ikke været mit bevidste udvælgelseskriterium for de deltagende informanter, men kan alligevel siges at være blevet en fællesnævner for de medvirkende børn i mine empiriske studier, da de alle deltog i kurserne pga. af overvægt. Men denne udvikling af fokus er vigtig, fordi jeg netop ikke har vurderet, f.eks. hvor meget børnene hver især tabte sig i løbet af kurserne, hvilket ellers kan siges at være et traditionelt fokus i forskningsundersøgelser om overvægtige børn og sundhed. Det kan dog oplyses, at kurserne i udgangspunktet ikke henvendte sig til svært overvægtige, hvormed de fleste børn kun blev betegnet som overvægtige. Et enkelt barn i hhv. første og anden omgang af interviews i Kildesunde Kommune var dog svært overvægtig og skulle på Julemærkehjem. Andre børn tenderede kun overvægt og kunne betegnes som hvalpede. Uanset vægt indgår alle informanter i interviewene på lige fod.

I alt har **39 børn** medvirket i de foto-eliciterede interviews, enten pilotinterviewene med mine udvalgte børnefotografier som afsæt eller i de efterfølgende

interviews, hvor de kursusdeltagende børn selv fotograferede med engangskameraer. Børnene fordelte sig således i de to kommuner:

Velvinge Kommune

Pilotprojekt	3 piger (6, 9 17 år)	4 drenge (2, 4, 13, 15 år)
Fotograferingsprojekt	6 piger (7, 8, 9, 10, 11, 13 år)	3 drenge (7, 8, 13 år)
I alt	9 piger (7-17 år)	7 drenge (2-13 år)

Kildesund Kommune

Pilotprojekt	6 piger (9, 10, 10, 10, 10, 10 år)	4 drenge (11, 11, 11, 13 år)
Fotograferingsprojekt	9 piger (8, 8, 9, 9, 11, 11, 12, 13 år)	4 drenge (8, 9, 10, 12 år)
I alt	15 piger (9-13 år)	8 drenge (8-12 år)

Velvinge Kommune + Kildesund Kommune

I alt	24 piger (7-17 år)	15 drenge (2-12 år)
--------------	---------------------------	----------------------------

4.6.3. Interaktioner med børnene forud for interviewene

Der er en interaktionistisk forskel på hhv. pilotprojektet (foregik før observationerne) og fotograferingsprojektet (foregik efter observationerne). Præmisserne for at deltage som informant var delvist forskellige, idet jeg kun mødte børnene i pilotprojektet den ene gang, hvor jeg interviewede dem. Børnene, der selv fotograferede, fik jeg igennem observationerne mulighed for at følge i deres interaktion i de sundhedspædagogisk forløb. Dette betød, at jeg havde mulighed for i anden omgang af de foto-eliciterede interviews at spørge ind til konkrete hændelser og episoder fra kursusgangene. Denne mulighed var selv sagt ikke til stede hos børnene i pilotinterviewene. Konsekvensen var, at mine spørgsmål i pilotinterviewene havde et generelt afsæt, hvorimod interviewene i anden omgang også kunne have et mere specifikt afsæt. I begge tilfælde var de fleste børn gode til at fortælle om deres oplevelser af at gå på kursus, og sam-

let set er der i analyserne derfor heller ikke i denne henseende gjort forskel på, om børnefortællingerne er fra før eller efter mine observationer.

I relation til refleksioner over de interaktionistiske forhold med børnene skal det præciseres, at formålet med at observere sundhedskurserne i de to kommuner ikke var at opbygge et nært kendskab til de deltagende børn: Mit forskningsmæssige formål med observationerne var at undersøge, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem diskursivt blev formet gennem de kommunale sundhedspædagogikker. Kva min position som deltagende observatør er det dog klart, at jeg (særligt på kurset i Velvinge Kommune med kun 4 deltagende familier) talte mere med nogle deltagere, når jeg indgik direkte i aktiviteterne. Selvom jeg fik et kendskab til de deltagende børn i både Velvinge og Kildesund Kommune, så opbyggede jeg ikke et nært forhold til børnene. Endvidere er det en vigtig metodisk pointe, at interviewrummet kan siges at adskille sig fra observationsrummet, hvor det enkelte barn ikke på samme vis er i centrum, men en del af en flok. Dette betød, at der ikke altid var overensstemmelse mellem et kontaktsøgende og spørgende barn i observationerne og det fortællelystne barn i interviewrummet. Denne erkendelse har yderligere medvirket til, at der ikke skelnes til hhv. pilotinterviews og de interviews, der fulgte efter observationerne, idet hvert børneinterview blev produceret i den interviewmæssige interaktion mellem mig som forsker og børnene som informanter uafhængigt af den forudgående interaktion på kurserne.

Form og tidspunkt skabte forskellige præmisser for afviklingen af de to typer af foto-eliciterede interviews. Men den fælles præmis for alle interviews var, at det var nødvendigt at formalisere betingelserne for de udvalgte børns deltagelse. Refleksioner over disse betingelser beskriver jeg i det følgende afsnit om etik.

4.7. Etik i forskningspraksissen med visuelle data

I sin nedkogte form henviser etik til rigtige eller forkerte adfærdsformer. Dette kan i følge den engelske børne- og unge-sundhedsforsker, Michael Gallagher (2009: 11) også siges at gælde i en forskningspraksis. En sikring af at forskningen bedrives i henhold til etiske retningslinjer, skal dog ikke forstås som en indledende manøvre, der overstås ved at udfylde et skema for etisk forsvarlige forskningsprocedurer. Etik (jf. Gallagher, 2009: 15) er i dette projekt derfor

blevet anvendt som et fortløbende refleksionsredskab, der har behandlet dilemmaer i den rækkefølge, som de er opstået i praksis.

En række af de etiske overvejelser har dog været mulige at reflektere over forud for igangsættelsen af de foto-eliciterede interviews. Da jeg havde brug for et samtykke til deltagelse i interviewene fra både børnenes forældre og børnene selv, overvejede jeg, hvordan mit projekt skulle præsenteres, så det var forståeligt for både børn og forældre. Dette forårsagede refleksioner over, hvordan foto-opgaven skulle formidles, samt hvordan det kunne sikres, at de børn, der fotograferede, kunne føle sig trygge ved at lade deres billeder og udsagn fra hverdagssituationer indgå i en senere offentlig tilgængelig forskningsrapport.

4.7.1. Samtykke og forhandling

Efter at have fået tilladelse fra de deltagende børns forældre, skulle børnene naturligvis også give samtykke. Jeg ønskede at lave et informeret samtykke (jf. Gallagher, 2009: 15), hvor børnene eksplicit kunne konfirmere deres samtykke til at ville deltage. Jeg præsenterede foto-opgaven og gav dem mulighed for at stille spørgsmål til opgaven og forhandle om opgaven, hvis der var behov for det. Det var vigtigt for mig, at børnene fik oplevelsen af, at deres deltagelse var frivillig. Jeg gjorde det også klart, at det var muligt for børnene at genforhandle deres deltagelse, at de kunne sige fra, hvis de senere ønskede det²⁶. Jeg gav hvert barn en skriftlig oversigt af opgaven i et simpelt sprog, som de kunne læse og tage med sig hjem²⁷. Hvert barn fik et samtykkedokument²⁸, som deres forældre i forvejen havde godkendt og underskrevet. Her skulle det medvirkende barn skrive sit eget navn og alder for at acceptere at ville deltage.

Det er svært at svare på, hvor mange af børnene, der trods denne betoning af frivillighed alligevel sagde ja til at deltage på grund af pres fra andre børns accept eller underviserne. F.eks. var der et barn i Kildesund Kommune, der var meget tøvende, og som den eneste sagde, at han ikke helt havde forstået opgaven og egentlig ikke havde lyst til at deltage. Han panikkede lidt over, at han skulle være med i noget, som han ikke havde forstået. Her tog en af underviserne over og sagde: "Pjat, selvfølgelig skal du være med!". Jeg forklarede ham mere uddybende og svarede på hans spørgsmål, og han endte med at tage imod et kamera. Jeg sagde, at han jo kunne tænke over det, og hvis han allige-

²⁶ Det gjorde to børn, ét barn fra hver kommune.

²⁷ Se bilag: "Info om fotografering og interview"

²⁸ Se bilag: "Samtykkeerklæring"

vel ikke ville være med, så kunne han bare sige fra. Det var vigtigt, at projektet etisk kunne forsvare, at alle børn kunne sige fra, når som helst de ikke ville være med længere. Drengen endte med både at tage billeder og senere lave et rigtig fint foto-eliciteret interview, som er et af de interviews, som jeg fremhæver i analysen.

4.7.2. Anonymisering

I samtykkeerklæringen gav forældre og børn deres samtykke til, at børnenes fotografier måtte bruges i mit forskningsprojekt, samt at jeg måtte vise billederne i min rapport og i offentlige sammenhænge. Denne form for samtykke anså jeg som væsentlig, idet fotografierne vanskeligt ville kunne anonymiseres. Jeg gjorde det klart, at min ph.d.-afhandling vil blive offentlig tilgængelig på biblioteker. Forældrene gav kun udtryk for en forbeholdenhed i tilfælde af, at deres barn havde taget upassende billeder, f.eks. forældre på vej ud af badet. Jeg lovede, at jeg naturligvis ville tage højde for billeder, der kunne virke stødende for familierne, hvis de blev vist i offentlig sammenhæng.

Jeg gjorde det også tydeligt, at jeg skulle bruge interviewene i min ph.d.-afhandling, men hvis børn og/eller forældre ønskede at være anonyme, så kunne de være det. Ingen udtrykte ønske om dette, men da jeg fik nærgående informationer om deres privatliv, besluttede jeg at kamuflere den viden ved at give børnene andre navne. Jeg var som sådan ikke interesseret i det enkelte barns fortællinger, men ville snarere bruge fortællingerne som illustrative pointer i analysen, hvilket ikke var afhængig af kendskab til det enkelte barns rigtige navn.

Min forskningsmæssige interesse vedr. etik har omhandlet en interesse i at beskytte de deltagende børn og familiers privatliv samt at sikre, at de deltog i forskningen med forståelse for formålet med deres deltagelse. Dog var det vigtigt at tage med i de etiske overvejelser, at børn kan finde på ting, og at der kan opstå hændelser, der kan rykke ved magtbalancer og gå i konflikt med de opstillede etiske retningslinjer. Dette kan forårsage, at den efterstræbelsesværdige kontrol over empirisituationen kan blive udfordret. Jeg beskriver i de følgende afsnit nogle af de væsentligste etiske overvejelser, der opstod og fik betydning i forhold til fotoopgaven og børnenes forståelse af denne.

4.7.3. Præsentation af mit emne og foto-opgaven

Formålet med de foto-eliciterede interviews blev præsenteret for familierne ud fra de samme overvejelser om åbenhed, som formålet med observationerne: Jeg fortalte med hverdagsbetegnelser, at jeg var i gang med at lave et projekt, der handlede om børn på sundhedskursus, og i den forbindelse gerne først ville observere og dernæst tale med nogle af de børn, der deltog i sådanne kurser. Jeg gjorde efter præsentationen af mig selv meget ud af *at spørge* børnene, om de havde lyst til at være med i min undersøgelse. Jeg fik i anden omgang af interviewene tid til at forklare, hvorfor jeg gerne ville observere og have børnene til at fotografere. På begge kurser i Velvinge og Kildesund Kommune sagde alle de kursusdeltagende børn et uforbeholdent JA til at fotografere og deltagte i et foto-eliciteret interview – ikke mindst ansporet af udsigten til at få sit eget engangskamera.

Min strategi var at lade foto-opgaven være så åben som mulig. Dermed kunne børnene selv bestemme, hvad de ville tage billeder af. Jeg ønskede at give børnene så stort et råderum som muligt og lade det være deres egen beslutning at fotografere, hvad de fandt vigtigt (jævnfør min ambition om at tildele børnene en magtfuld position). Jeg præsenterede opgaven således for børnene: ”Tag billeder af det, der betyder noget for dig i hverdagen. Du må selv bestemme, om der skal være mennesker med på billederne, og om det skal være billeder med voksne, uden voksne, med venner eller familie. Blot du tager billeder af steder, der betyder noget for dig eller af noget, der påvirker dig og din hverdag på en god eller dårlig måde. Der er kun én regel: Det er *kun dig*, der bestemmer, hvad du vil tage billeder af.” Den sidste regel modtog børnene med klapsalver og glædesråb.

Et etisk dilemma opstod, da børnene efter et stykke tid udtrykte forvirring og rådvildhed omkring, hvad de skulle tage billeder af. Dette tog jeg som en indikation på, at min ambition om at tildele børnene en stemme ikke nødvendigvis kunne findes hos børnene selv. Jeg havde antaget, at muligheden for at give børnene et talerør var en åbenlys motivationsfaktor – også for børnene. Børnenes motivation og begrundelse til at sige ja lod dog til hovedsageligt at befinde sig i udsigten til at få et engangskamera, der var deres helt eget. Dette tolkede jeg i første omgang som et tegn på, at de var lige så hungrende efter at komme til udtryk, som jeg havde en antagelse om, at de naturligvis måtte være, eftersom de ikke ellers syntes at blive synderligt inddraget i kursernes formål, metoder og virke. Men da jeg fik fremkaldt engangskameraerne var det i nogle tilfælde tyndt med billeder, det vil sige, at fotomaterialet ikke var så alsi-

digt afbilledet i forhold til de hverdagslivsarenaer, som børn færdes i: 1) Hjem og familie. 2) Børneinstitutioner og skole. 3) Kammerater. 4) Fritidsaktiviteter. 5) Kvarter og nærmiljø. 6) Pligter, lektier og arbejde. 7) Forbrug. 8) Medier (Rasmussen, 2001). Det var mit indtryk, at nogle børn tilsyneladende havde brugt kameraerne til fyre nogle tilfældige skud af eller til at fotografere en hel tur på museum eller i skoven frem for at fotografere deres hverdag. Jeg sammenlignede foto-materialet med billederne fra pilotstudiet, der var udvalgte billeder fra et lignende børneprojekt, der blev udført ti år tidligere. Her havde børnene fotograferet bredt fra hverdagslivet og dermed produceret et helt anderledes og mangfoldigt fotomateriale.

For mig bestod det etiske dilemma omkring det delvist tynde foto-materiale i, at min intention om at tildele børnene en stemme ikke lod til at matche *børnernes* motivation for at deltage. Dette skabte refleksioner om, hvorvidt den åbne formulering og tildeling af engangskameraet kunne siges at have misledt børnene til at sige ja til en opgave, hvis udførelses formål var sekundært i forhold til udsigten til at få eget kamera og fotografere. Jeg reflekterede over den åbne opgaves betydning og konkluderede, at nogle børn måske kunne have haft glæde af tydeligere pejlepunkter i forhold til, hvilke hverdagslivsarenaer, de kunne fotografere. Denne metode er dog udpræget voksenstyret, hvilket jeg i denne undersøgelse bestræbte mig på at minimere i overensstemmelse med perspektiverne bag generationsordnen.

Jeg gjorde mig endvidere tre vigtige erfaringer, der var med til at forklare, hvorfor nogle af børnene afleverede foto-materiale, der i nogle tilfælde var smalt:

- 1) Et engangskamera kan med udviklingen af mobiltelefoner og digital-kamera siges at være en teknologisk tilbagegang og et levn fra fortiden. Børnene var relativt hurtigt uimponeret over engangskameraets simple funktioner (blitz, spol og tryk). For mange var det heller ikke banebrydende i længden at få sit eget kamera, fordi de fleste allerede havde et i deres telefon.
- 2) Børnene meldte tilbage, at de pga. af en meget striks fotograferingspolitik på skolerne og i efterskoletilbud ikke måtte tage billeder i den tid, de var på de offentlige institutioner. Heller ikke selv om billederne var i ikke-elektronisk format. Det betød altså, at dokumentationsmu-

lighederne i 6-8 timer af børnenes hverdage var minimale eller ikke eksisterende.

- 3) Jeg måtte erkende, at børnene allerede var godt fyldt op med informationer, forandringer og nye tiltag i hverdagen på grund af deres deltagelse på kurserne. Dette betød, at mit projekt var sekundært eller blev betragtet som endnu en opgave i forbindelse med kurset. Jeg tolkede det delvise smalle foto-materiale som et udtryk for en mæthed hos børnene i forhold til ikke at orke at engagere sig i mere.

Disse erkendelser betød ikke kun, at udfaldet af billederne som visuelt materiale fremstod delvist skuffende, men det satte mig også i den position, at jeg blev nødsaget til at reflektere grundigt over, om min visuelle tilgang til at forske i børns hverdagsliv var en fejlslåen strategi, og om jeg havde indbildt mig et behov for at ytre sig på vegne af børnene, der ikke syntes at være reelt til stede hos børnene selv. Men her er der to vigtige pointer:

For det første at der ikke var overensstemmelse mellem antal af fotografier, som børnene havde taget, og omfanget af børnefortællinger. Flere børn, der havde taget få billeder, lavede et fortællerigt interview. Derfor har det været uvæsentligt at validere interviewene i forhold til antal af fotografier, da dette antal ikke var afgørende for børnenes selvfortællinger.

Og for det andet er det en vigtig pointe, at det at forske med børn ikke er det samme, som at børn er medforskere. Det vil sige, at selvom børnene ikke gav udtryk for at have behov for at ytre sig visuelt for at bidrage med en aktiv stemme, så underminerer det ikke det overordnede forskningsformål om netop dette. Derfor fastholder jeg, at børnenes stemme og inddragelse har en vigtig funktion i denne forskningsundersøgelse.

Der er flere årsager til, at børnene ikke præcist kunne genfortælle (når direkte adspurgt vel at mærke), hvad fotograferingsopgaven skulle bruges til. Dette kan måske have været medvirkende årsag til, hvorfor nogle børn fandt det svært at finde på noget at fotografere. Og det er muligt, at havde jeg kunnet indgå i et tættere forløb med børnene, der ikke kun begrænsede sig til at være deltagende observatør, så kunne processerne omkring fotomaterialet også have været mere udfoldet med f.eks. en indledende brainstorm omkring, hvor og hvad børnene kunne fotografere. Dette processuelle rum var dog ikke muligt at praktisere i de to kommuner, idet sundhedskurserne allerede fyldte me-

get for børnene. Jeg har forholdt mig til erkendelserne omkring fotograferingsopgaven som et potentielt etisk dilemma. I forlængelse heraf argumenterer jeg for, at jeg ikke har overskrevet god forskningspraksis eller har drevet uoplyst forskning med børnene, hvilket skyldes, at børnene ikke kun blev mundtligt informeret om opgaven, men også fik skriftlig information om opgaven med hjem både i samtykkeerklæringen og i en beskrivelse af opgaven. Derudover viste det sig, at børnene under interviewene alligevel havde en bevidsthed om, at vi skulle tale om emner relateret til det sundhedsfremmende kursus, de havde deltaget i, samt hvad de lavede til hverdag. Dermed kunne der ikke altid siges at være overensstemmelse mellem, hvorvidt børnene kunne genfortælle det eksakte formål med foto-opgaven, og hvorvidt de havde fanget det overordnede formål.

Konsekvensen kan samlet set siges at være, at opgavens egentlige formål i nogle tilfælde blev mere skjult end intenderet; at opgaven blev udfordret af uforudsigelige omstændigheder på skolerne, samt at nogle børn lavede frie tolkninger af, hvad fotografierne skulle bruges til. Men konklusionen er, at disse forhold ikke overskrider etiske betingelser for god forskning, da den afgørende præmis for etisk forsvarlig forskningspraksis blev, hvorvidt børnene havde lyst til at medvirke i et interview og havde lyst til at fortælle.

4.7.4. Udførelsen af de foto-eliciterede interviews

Til pilotinterviewene havde jeg udvalgt billeder, der visuelt præsenterede situationer fra hverdagslivet, herunder morgenmad i hjemmet, frikvarter/spisefrikvarter i skolen, venskaber, på tur-billeder, efterskoletid med venner eller familie, aftensmad og fødselsdage/fest. På stort set alle billederne indgik måltidssituationer, da jeg i begyndelsen havde et større fokus på mad og måltider. Pilotinterviewene²⁹ forgik således, at børnene talte ud fra ét billede ad gangen. Jeg spurgte ind til, hvem de troede, der var på billedet (personage), hvor de var henne (rum), hvad de lavede (situation), hvordan det var (stemning), og hvornår billedet var taget (tid på dagen). Herefter fortalte børnene, hvordan det var for dem i lignende situationer. Herefter spurgte jeg konkret ind til det sundhedskursus, som de netop havde deltaget i. Det blev nogle lange og dynamiske interviews med mange informationer. Jeg oplevede stor fortællerlyst, særligt hos de børn, der blev interviewet i par.

²⁹ Pilotinterviewene varede i gennemsnit i begge kommuner 37,57 minutter. Dog foretog jeg i hver kommune et længere gruppeinterview på hhv. 105 og 108 minutter.

I det efterfølgende fotograferingsprojekt³⁰, hvor børnene selv havde taget billeder, foregik interviewene på tilsvarende facon. De fremkaldte billeder var lagt i fotolommer i den rækkefølge, de var taget, og alle interviews startede med, at jeg bad børnene fortælle, hvad de havde taget billeder af. Vi gennemgik billederne på samme tid i forhold til personage, rum, situation, stemning og tid på dagen. Jeg spurgte derudover ind til hverdagslivsarenaer, der evt. ikke var fotograferet, f.eks. skoleliv eller sommer-/juleferie. Efter gennemgangen af billederne havde jeg ligesom i pilotinterviewene en række spørgsmål vedr. det sundhedskursus, de lige havde deltaget i, f.eks. hvem der havde besluttet, at de skulle gå på kurset, hvad de havde forventet, hvad de syntes om det osv.³¹

Som præsenteret i beskrivelserne af de to familiesundhedskurser i hhv. Kildesund Kommune og Velvinge Kommune varierede alderen på børnene meget. Derfor tilpassede jeg mine spørgsmål efter dette. I flere af interviewene opstod der emner, som jeg ikke havde kunnet forudsige eller havde været opmærksom på, men som børnene selv bragte på banen. På grund af dette fik hvert interview sit helt eget udseende. Desuden var der meget stor forskel på, hvor trykke børnene følte sig i interviewet i forhold til at gå i gang med at fortælle.

4.7.5. Magtfulde forhandlinger om dialog og deltagelse

Forestillingen om, at alle børn er lige gode informanter, har været nødvendig at reflektere over, fordi børnenes deltagelse i interviewene varierede. Når interviewpræmisserne i sagens natur trods det visuelle element er spundet op omkring dialog, forudsætter det, at børnene formår eller har lyst til at indgå i denne dialog. Interviewene med børnene var for det meste struktureret på den måde, at vi i første halvdel beskæftigede os med at tale ud fra de medbragte fotografier. Sidste halvdel af interviewet foregik uden det visuelle materiale og kun med mine interviewspørgsmål om f.eks. deres oplevelser af de kommunale sundhedskurser, eller om hvad sundhed var for dem. En lille håndfuld af de børn, som jeg interviewede, var dog rent sprogligt tilbagesående eller ønskede simpelthen ikke at deltage i interviewet, da det kom til stykket. Dermed er alle børn ikke ligeligt repræsenteret i analysen.

30 Interviewene med børnene, der selv havde fotograferet, tog i gennemsnit 24,45 minutter i Velvinge Kommune og 25,44 minutter i Kildesund Kommune.

31 Se bilag: Interviewguide.

Om de børn, der af forskellige grunde resignerede eller obstruerede dialogen i interviewene, kan man sige, at de indtog en (måske ubevidst) magtposition, der afgjorde den egentlige interviewdialogs omfang. Et eksempel på, hvordan et interviews kunne stoppe, bedst som det var i gang, er følgende interviewuddrag med Emma (10 år). Eksemplet illustrerer, hvordan Emma, i takt med at interviewet skrider frem, beslutter sig for, at hun ikke vil tale mere. Emma var på ingen måde sprogligt eller kognitivt udfordret, men havde et særtræk, når hun var ude, hvilket hun blev mindet om, da jeg stillede et bestemt spørgsmål. Denne hændelse ændrede vores sproglige interaktion markant. Vi var i interviewet nåede dertil, hvor jeg spurgte hende om, hvad hun syntes om sundhedskurset i Kildesund Kommune, som hun havde gået på. Nærmere bestemt spurgte jeg ind til den egentlige undervisningsdel, hvor børn og forældre sad i håndarbejdslokalet og blev undervist af en sundhedsprofessionel fra kommunen:

Emma (10 år)

- Hvordan var det at have undervisning?
- Det var kedeligt.
- Ja? Hvorfor?
- Fordi det var det.
- På grund af måden, det blev gjort på?
- Det ved jeg ikke, det var bare kedeligt.
- Det var bare kedeligt. Var du nogle gange med til at stille spørgsmål?
- Nej, jeg taler ikke, når jeg er i skole, eller når jeg er andre steder henne.

(Emma, s. 8)

Herefter blev det et meget kort interview. Emma var blevet mindet om, at hun ikke talte, når hun var ude – og dermed heller ikke mere med mig. Jeg forsøgte i det følgende at forhandle om retten til at fortsætte interviewet ved at ignorere hendes udsagn og prøve mig frem med andre spørgsmål, der skulle anspore hendes fortællelyst. Dette gjorde jeg ikke mindst, fordi hun var en af de piger, som jeg havde lagt særligt mærke til i observationerne, og hvis fortællinger og syn på kurset jeg havde set frem til at få fortalt. Men Emma fastholdt sin ret til ikke at tale, så vi endte med at runde interviewet af umiddelbart herefter. Eksemplet med Emma er et eksempel på en interviewsituation, hvor jeg blev konfronteret med en magtesløshed og ærgrelse, men måtte acceptere, at Emma ikke ønskede at deltage. Eksemplet illustrerer, hvordan interviewsituatio-

nerne kunne siges at være en konstant magtkamp, hvor der blev forhandlet om form og omfang af interviewet.

Min interaktion med børnene blev konstrueret yderst forskelligt. Nogle børn satte selv en stopper for, hvor langt de ville deltage. Andre gik hele vejen med, mens andre igen slet ikke gik. Langt de fleste børn ville dog gerne fortælle og havde mange gode fortællinger at udlede fra deres fotografier og ud fra mine spørgsmål. Samtidig ville langt de fleste børn også meget gerne tale om kurset og om sundhed. Men det er klart, at der i hvert interview var den særlige form for magtforhandling i gang, at jeg besad magten til at spørge, men at børnene besad den ubetingede magt til at svare, hvad de ville, når de ville. Hvis de ville.

4.8. Fotofortolkning og analyse

At lade børnene skabe billeder som en del af en forskningspraksis foreskriver en forståelse af, at billederne er produceret i forhold til sociale magtforhold, hvilket den engelske forsker i visuel kultur, Gillian Rose (2007), fremhæver (Rose, 2007: 5). Dette betyder i min forståelse, at børnene i deres accept til at medvirke og i deres medvirken (både i fotograferingen og i interviewet) har været en del af et magtforhold, og det er i dette lys, at billederne skal tolkes og forstås. Desuden vil jeg tilføje, at selvom det kan siges, at ph.d.-projektet gik i børnehøjde ved at inddrage børnene, give dem et kamera og muligheden for at tage billeder, og sidenhen give dem en stemme i interviewene, er det dog samtidig væsentligt at holde sig for øje, at børnenes fotografier og billedlige fortællinger i sidste ende indgår i et kontekstuel magtforhold med mig som forsker øverst i det beslutningsdygtige hierarki, da den endelige afkodning forbliver indlejret i mit forskningsperspektiv. Dette har betydning for den måde, som jeg analyserer interviewene, idet jeg har taget udgangspunkt i den konstruktivistiske forståelse af, at der hverken findes et autentisk børneudtryk eller et autentisk fotografi ej heller en neutral forskerposition, men at børnenes fortællinger og billeder er produceret og kodet ud fra deres forskellige positioner til feltet og til mig som forsker (jf. Warming, 2005b: 52). Desuden er de fotoliciterede interviews blevet en del af den abduktive forskningsproces, hvor forskellige teoretiske perspektiver på vekslende tidspunkter har forårsaget forskellige læsninger af interviewene.

Når der arbejdes med fotografisk materiale, skal der altid gives plads til tolkning af fotografierne i et vist omfang. Som Stuart Hall (1973) pointerer, er der

altid forskel på et mediums indkodning og afkodning, dvs. at disse to processer ikke er identiske processer. Hall følger en semiotisk tankegang, der reducerer alt til tegn. Tegnene kan blive til symbolik, der afkodes på en anden måde end indkodningen intenderede (Hall, 1973: 1-4). Denne tankegang følger i princippet den konstruktionistiske overbevisning om, at et fotografi altid kun viser et udsnit af tid og rum, at et fotografi altid er rammesat, og at der altid knytter sig et perspektiv hertil (Ewald (2000), i Rasmussen, upubliceret manuskript). Fotografier er tolkningsåbne og kan derfor oftest afkodes på mange forskellige måder. I tolkningsprocessen er det dog vigtigt at tage højde for, at et fotografi udtrykker mening, der f.eks. er båret frem af en følelse, stemning, nysgerrighed, optagethed mv. Desuden er det essentielt at reflektere over den interviewkontekst, som børnene befandt sig i, da de sad sammen med mig og fortalte om fotografierne. Relationen mellem mig som forsker, barnet og fotografierne er en tredelt relation, der er central for den fortælling, som jeg fik af barnet om billedet. På den måde bliver afkodning skabt i en ny relation, der adskiller sig markant fra den situation, hvor fotografiet blev taget.

Efter interviewene er den nedskrevne del af analyseprocessen i forhold til afhandlingens overordnede forskningsspørgsmål gået i gang³². For at strukturere analysen har jeg dels ledt efter, hvad der går igen i børnenes udtryk og udsagn, dvs. både i fotografierne og i interviewene, og dels relateret til børnenes udtryk og udsagn til de før præsenterede hverdagslivsarenaer: 1) Hjem og familie. 2) Børneinstitutioner og skole. 3) Kammerater. 4) Fritidsaktiviteter. 5) Kvarter og nærmiljø. 6) Pligter, lektier og arbejde. 7) Forbrug. 8) Medier (Rasmussen, 2001).

Denne kategorisering har bidraget med en overordnet fragmentering af datamaterialet. Inden for disse kategorier har jeg ledt efter mønstre og gentagelser i forhold til, hvad de deltagende, overvægtige børn har fundet betydningsfuldt, og ikke mindst hvad de fortalte mig om deres syn på sundhed. Hertil har jeg med de teoretiske perspektiver som vejledende, f.eks. biopædagogikkens fremhævelse af den dydige bio-borger (her: det dydige bio-barn) haft blik for hvordan sundhedspædagogik i en formaliseret form på kurserne og i en uformaliseret kontekst i hverdagslivet diskursivt former børnene selvforståelser. Endvidere har jeg analyseret interviewmaterialet i overensstemmelse med den herskende *mangeldiskurs* med henblik på at finde brud på denne i børnenes

³² Analyseprocessen har som beskrevet været i gang fra ph.d.-projektets begyndelse, men den egentlig nedskrivning og opsummering af analytiske pointer tog fart efter interviewene.

fortællinger samt udfordre mangeldiskursen med børnenes fortællinger og beskrivelser af et liv med sundhedsressourcer.

Produktionen af børnenes visuelle materiale og de foto-eliciterede interviews skriver sig ind i afhandlingens øvrige empiriske produktioner af dokumentanalyse og observationsanalyse. Disse har i samspil skabt hver deres analysekapitel. De abduktive vekselvirkninger mellem teori, empiri og metode har virket ind på måden, hvorpå de sociale og diskursive konstruktioner er blevet mulige at iagttage – og videre ind på de meningsfortolkninger, som jeg har tilskrevet konstruktionerne. De næste analysekapitler skal læses som en sammenfatning af de analytiske processer, der har udspillet sig gennem den samlede forskningsproces. Overskrifter og underoverskrifter repræsenterer de tematiske kerneproblemstillinger, der på baggrund af teoriernes sammenkædning med de empiriske produktioner og med min egen forskerposition er blevet skabt, først som iagttagelsesledende begreber, dernæst som tematikker og slutteligt er fremstået som analysekategorier. Overordnet præsenterer analysekapitlerne, hvad der sker i interaktionen mellem dokumenterne, observationerne og interviewene samt de sociale settings, som de indgår i. For at få greb om de diskursive konstruktioner af sundhed, overvægt og det sunde liv, der udspiller sig i disse møder og former sundhedspædagogikkerne, fremstiller jeg det, der kunne betragtes som ”råtekst” (uddrag af dokumenter, observationsnoter og interview) og laver i samme bevægelse en kobling til de (videnskabs-)teoretiske og metodiske betragtninger, der er bærende for dette projekt.

Kapitel 5. De rammesættende dokumenter

Det er ikke retvisende at tale om, hvor en diskurs tager sit udspring eller forsøge at vise, hvordan den siver videre til andre arenaer. Diskurser opstår, brydes, gendannes, reproduceres afhængigt af de magtrelationer, som de indgår i og er et resultat af. Når det er sagt, så er der i denne afhandlings tilfælde en analytisk pointe i at anskue kommunernes officielle sundhedsdokumenter som en form for diskursiv ramme for de sundhedsforståelser, der praktiseres i de kommunale sundhedspædagogikker.

For at nå bagom de rationaler, der kan siges at kendetegne sundhedsdiskurserne på de kommunale sundhedskurser, som jeg har fulgt, har jeg set på de officielle, sundhedspolitiske dokumenter, der ligger bag kurser. Ved at arbejde analytisk på tværs af de empiriske indsigter er det muligt at iagttage bevægeligheden i dokumenterne. Bevægelighederne fremstår analytisk i udforskningen af, hvordan statsligt producerede sundhedspolitikker konsumeres af kommunerne – og videre hvorledes kommunerne tolker og producerer nye sundhedspolitikker, først på et lokalpolitisk niveau og derefter med indvirkning på praksisniveau i form af kursusbeskrivelser. I de følgende analytiske præsentationer kommer jeg omkring magtens element i sundhedskonstruktioner i offentlige regi, samt hvad der kendetegner retten til at definere det sunde liv og relevante sundhedspædagogikker, samt ikke mindst: For hvem disse er et sundhedsmål.

Ligeledes skabes der i dokumentanalyserne et fokus på, hvilke sundhedsværdier der arbejdes med både i et kortsigtet 'her og nu perspektiv' for de deltagende børn og deres familier, men også i et mere langsigtet perspektiv i forhold til, hvilke mål der fremskrives som attraktive i en større samfundsmæssig optik. Dokumentanalyserne fremskriver de paradokser og uklarheder, der kan opstå, når politiske (sundheds-)tekster møder praksis.

Overordnet set skal dokumentanalyserne virke illustrerende for, hvilke forståelser af det sunde liv og den sunde borger der ligger bag de to kommunale sundhedskurser med henblik på at præsentere de sundhedspædagogiske metoder, som denne forståelse lægger op til. Fra dokumentanalysernes diskursive indlejring til de sundhedspædagogiske udgangspunkter for kurserne er grundlaget lagt for de to efterfølgende analytiske beskrivelser af, hvordan tekstlige sundhedsforståelser undergår endnu en række transformationer i mødet med en observeret sundhedspædagogisk praksis og yderligere flere, når de møder de deltagende børn i deres hverdagslivsfortællinger, som de fremstår i de foto-eliciterede interviews.

Dokumentanalyserne arbejder sig igennem to niveauer ved at se på:

- 1) Kommunernes **sundhedspolitikker (afsnit 5.1.)**
- 2) Kommunernes **sundhedspædagogikker (afsnit 5.2)**

5.1. Produktion og konsumtion af sundhedspolitikker

Et dokument kan for så vidt siges at have nået en form for endeligt, skriftligt udseende, når producenterne eller skaberne af et dokumentets tekst har sat det sidste punktum. Dette fastlåser dog ikke dokumentet, fordi dokumentet herefter videregår til andre aktører, der tager dokumentet til sig på deres egen, måske nye måder. Dette er, hvad Mik-Meyer betegner som hhv. produktionsprocessen og konsumptionsprocessen (Mik-Meyer, 2005: 194). Det er i denne forståelse, at jeg har undersøgt, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem produceres gennem officielle dokumenter om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskursive konstruktioner konsumeres af aktører gennem kommunale sundhedspædagogikker.

5.1.1. En kommunal forpligtigelse

De danske kommuner har en forpligtigelse til at være med til at sikre borgernes sundhed. Strategien om at forebygge sygdom og fremme sundhed så tidligt som muligt har skærpet opmærksomheden mod befolkningens yngste

borgere, nemlig børn og unge. Dette beskrives bl.a. i den nye sundhedslov fra 2007. I afsnittet om Kommunale sundhedsydelser står i § 120 (stk. 2) skrevet at:

”Kommunale tilbud skal tilrettelægges, så der dels ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, dels en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn, samt en særlig indsats, der specielt tager sigte på børn med særlige behov”. (Sundhedsloven 2007).

En generel forebyggende indsats, der skal henvende sig bredt til alle børn, foregår indenfor den normale skoletid. En *individorienteret* indsats til børn med særlige sundhedsbehov foregår efter skoletiden på kurser og foranstaltet af den kommunale sundhedsforvaltning. Overvægtige børn betragtes med deres visuelt synlige, voluminøse fremtoning som børn med særlige sundhedsbehov. At overvægt som et særligt præsent emne i kommunernes arbejde med borgernes sundhed kan læses i både Velvinge og Kildesund Kommunes dokumenter. Velvinge Kommunes sundhedsmål er understøttet af en faktabox, hvor der står beskrevet, at selvom de fleste børn og unge i kommunen trives, så er der alligevel grund til en sundhedsmæssig bekymring, særligt når det angår vægt. Blandt andet står der skrevet, at: *”Andelen af overvægtige/fede småbørn er steget siden 1970’erne. Og de overvægtige er blevet mere overvægtige end tidligere. I [Velvinge] Kommune er hvert 4. barn overvægtige ved indskoling”* (VK, dok. 1: 11). Tilsvarende faktuel information om vægtudvikling i Kildesund Kommune indgår i deres sundhedsprofil: *”Der er mange overvægtige blandt borgerne i [Kildesund] Kommune. 56 pct. af borgerne er enten overvægtige eller svært overvægtige. Det er markant flere end i hele landet [...]”* (KK, dok. 1, bilag 3: 1).

De overvægtige børns særlige sundhedsbehov rækker udover de almindelige sundhedsdannelses tilbud i skolereg. Børn, der betragtes som værende inden for normalvægtskurven, men som f.eks. er inaktive, tilbydes ikke på samme vis en individorienteret indsats. Heller ikke selvom nogle medicinske studier konkluderer, at overvægtige ikke nødvendigvis kan siges at fejle noget (Richelsen og Pedersen, 2009). Ej heller kan overvægt eller usund kost alene siges at være kilde til sygdom, blandt andet såfremt der føres en aktiv livsstil. Dette kan også siges at gælde for børn og unge. For eksempel har de såkaldte ’tyndfede’, det vil sige slanke mennesker, der tilsyneladende er sunde, men som har dårlig kondition og mere fedt end muskler på kroppen, *”[...] større risiko for at pådrage sig livsstilssygdomme end overvægtige, der blot træner med moderat intensitet”* (Franch et al., 2009: 94). Sundhedsloven, som kommunerne skal følge, lægger med sine formuleringer op til, at børn med særlige sundhedsbehov skal have tilbud, der

pædagogisk vil arbejde med deres *individuelle* behov og udfordringer i forhold til at leve et sundt liv. En formulering, der ikke er til at finde i Sundhedsloven, når det gælder de kommunale forpligtigelser, er, at særlige sundhedsbehov kunne medføre indsatser, der arbejdede med at udvikle f.eks. de miljømæssige begrænsninger i lokalsamfundet og som rettede deres sigte mod *generelle* tiltag, såsom f.eks. sikre veje til skole i form af cykelstier eller nye legeområder eller fritidstilbud. Pointen er, at når det gælder børn med særlige sundhedsbehov, er det oftest overvægtige børn, der tilbydes *individuelle* kurser for sammen med deres familier at lære at blive sund. Og endvidere er det en pointe, at når overvægtige børn udpeges som børn med særlige sundhedsbehov på grund af deres visuelt afvigende kropsfremtoning, så kan der siges at herske et fokus på den overvægtige krop som utilstrækkelig eller i værste fald forkert. Dermed bliver den naturlige løsning eller den sundhedspædagogiske måde at imødekomme de overvægtige børns særlige behov ligeledes med udgangspunkt i disse børns kroppe og traditionelle måder at arbejde med sundhed i forhold til kost og motion.

5.1.2. At leve det liv, man har lyst til

En åben, bred og positiv sundhedsforståelse, der rækker udover kost og motion og fravær af sygdom, findes dog både i Velvinge Kommune og Kildesund kommune. Velvinge Kommune beskriver en tilslutning til en bred og positiv forståelse af sundhed i deres definition af sundhedsbegreber: ”*Sundhed drejer sig om fysisk, psykisk og socialt velvære, og om at have ressourcer til at leve det liv, man har lyst til. Sundhed er andet end fravær af sygdom*” (VK, dok. 1: 3). Formuleringen ”*at leve det liv, man har lyst til*” peger på en åbenhed, tolerance og alsidighed i forhold til, at hver borger bør anerkendes for sin egenrådige bestemmelse, når det gælder om at skulle træffe valg, der betinger livsstil og adfærd. En sådan formulering åbner for muligheden for at arbejde pædagogisk med at udforske borgernes, i dette tilfælde børnenes ressourcer, synspunkter og erfaringer i relation til betingelser i hverdagslivet, der præger de sunde og usunde valg.

Til trods for at der hersker en tilslutning til, at det sunde liv forudsætter *ressourcer*, så kan det ved nærmere læsning af kommunernes sundhedsdokumenter siges at være ganske bestemte ressourcer, hvis udvikling der opmuntres til. På den måde kan det siges, at de åbne, brede og positive sundhedsformuleringer på sin vis transformeres over i mere konkrete formuleringer, der mere specifikt har til formål at pege på, hvilke ressourcer der er tale om, og hvad disse skal bestyrke i de enkelte børns liv. Som eksempel på en sådan transformation

er Velvinge Kommunes afsnit om ”Sund livsstil for børn og unge”. Her beskrives det, at det ikke er hvilke som helst valg, der skal opmuntres til, men de af kommunen definerede sunde valg. De overordnede mål for børn og unge retter sig mod at: *”Styrke børn og unges handlekompetence i forhold til at træffe sunde valg og udvikle sunde vaner”* samt at *”Sikre rammer, så børn og unge trives, spiser sundt og er fysisk aktive gennem idræt, leg og bevægelse”* (VK, dok. 1: 11). Teksten peger på flere forskellige muligheder for at arbejde med børns og unges handlekompetencer, der både henvender sig til sikring af rammer, der fordrer trivsel i en bred forståelse såvel som sikring af sunde måltider og mulighed for fysisk aktivitet. Kommunens beskrivelser kan således siges at fokusere sine mål med sundhedsarbejdet og dermed transformere overordnede beskrivelser til mere kondenserede formål og definitioner. Som jeg vil vise fortsætter transformationen af kommunernes sundhedsbeskrivelser og konkretiseres yderligere i produktionerne af de sundhedspædagogiske beskrivelser af formål, indhold og metode. Grundlæggende kan det siges, at der i konstruktionen af overvægtige børn som usunde og som havende særlige sundhedsbehov, også følger bestemte mål for, hvordan kommunerne skal arbejde med at sikre en sund udvikling hos børnene, men også bestemte begrundelse for, hvorfor det er vigtigt at forebygge overvægt i en tidlig alder.

5.1.3. Den skræmmende og risikofyldte overvægt

Kommunernes forpligtelse til at være med til at forebygge og sundhedsfremme ved at tilbyde borgerne kurser bliver først en succes, der er gentagelsesværdig, såfremt borgerne tilmelder sig kurserne. Dette forudsætter, at deltagerne selv har oplevelsen af, at de har et problem eller et særligt behov, som kommunen med deres særlige indsatser kan afhjælpe eller imødekomme.

Et sundhedsideal som at være sund og rask risikere at forblive et ideal, der ikke handles på, såfremt der ikke også samtidigt hersker et incitament for at efterstræbe dette ideal. Lidt forsimplet kan det siges, at de, der har magten til at beskrive sundhedsidealene også har magten til at beskrive de scenarier, der kan opstå ved *ikke* at efterleve sundhedsidealene. Ofte bliver det et virkemiddel til at slå alvoren ved en usund livsstil fast ved f.eks. at betone de ugunstige eller ligefrem fatale konsekvenser ved ikke at være eller leve i overensstemmelse med idealet. På den måde opstår der i beskrivelser af det ønskeværdige sunde eller den ønskværdige sundhedsnorm også en modpol, der beskriver det uønskværdige usunde eller den uønskværdige sundhedsafvigelse. For at give den uønskværdige usundhed ligeså stor slagkraft som den ønskværdige sundhed og endda anspore til, at det ønskværdige sundhedsideal følges, opstår

risikodiskursen. Denne diskurs, der beskæftiger individerne og samfundets debatter med alt det, der kan ske, hvis ikke det sunde liv leves, har en virkning helt ned på et hverdagslivsplan og forankrer sig både hos børn og voksne. Risikodiskursen kan siges at have den effekt, at den appellerer til angst, frygt, skam og forfærdelse, og dermed bliver en måde at få sundhedsbudskaberne frem i lyset og ind i folks bevidsthed. Dermed skabes incitamentet til at tage imod kommunale sundhedskurser i både idealdiskurserne og i risikodiskurserne. Begge former for diskurser arbejder på henholdsvis det individuelle plan og det samfundsmæssige plan og former fortællinger om det sunde liv, såvel som den gode borger.

Det samfundsmæssige ansvar for at være den gode borger har trådt helt ind i statslige økonomirationaler, der arbejder mod at sikre velfærden. På den måde er økonomiske rationaler et indlejret argument for at iværksætte kommunale sundhedskurser, men dog uden at dette samfundsmæssige argument nødvendigvis står forrest i borgernes bevidsthed, såvel som i de kommunale beskrivelser af, hvorfor de sundhedspædagogiske indsatser etableres. Snarere er det de mere praksisnære eller individorienterede eksempler på konsekvensen af ikke at efterleve de officielle sundhedsideal, f.eks. et ringere liv med sygdom og skavanker, der hovedsagligt trækkes ind som argument. På den måde skal de magtfulde interesser bag sundhedsdiskurserne blandt andet forstås: at sammenflette det gode, sunde budskab med stærke og faretruende beskrivelser af de risici, der kan medfølge en livsstil, der ikke tager budskaberne alvorligt. Dette kan ses som et led i en sundhedsmæssig disciplineringsstrategi.

Kildesund Kommune har som eksempel på det diskursive samspil mellem sundhedsideal og risici ved ikke at efterleve dem fokus på både børn og voksne. Kommunen refererer til KRAM-undersøgelsen, når den beskriver alvoren ved inaktivitet: *"Fysisk inaktivitet tegner sig for 7-8 % af alle dødsfald i Danmark. Derudover øger fysisk inaktivitet risikoen for blandt andet forhøjet blodtryk, hjerte-karsygdomme, slagtilfælde, type 2 diabetes, brystkræft, knogleskørhed og faldulykker blandt ældre"* (KK, dok. 1, bilag 2: 5). Denne form for faktuel viden støtter op om, at kommunens sundhedstiltag bør rette sig mod større fysisk udfoldelse blandt børn og unge for at forebygge at tallene ikke stiger yderligere og sundhedstilstanden forværres. Listen af dårligdomme ved ikke at bevæge sig synes skræmmende uendelig, og ifølge denne diskurs bliver fysisk udfoldelse modsat lig med et sundt helbred og i visse tilfælde overlevelse.

Også Velvinge Kommunes inkluderer risikodiskurser i deres beskrivelser af borgernes sundhedsudfordringer: *"Psykosociale problemer i forbindelse med mobning er forholdsvis udbredte"* (VK, dok. 1: 11). Dette statistiske fund eller snarere præsentation af konsekvenser ved mobning står beskrevet ukommenteret i forlængelse af sammenhængen mellem overvægt og inaktivitet, hvormed der gives associationer til, at overvægt og inaktivitet udgør et væsentligt psykosocialt sundhedsproblem. Samtidigt giver det også læseren anledning til at drage den slutning, at disse to faktorer inden for sundhed, vægt og fysisk aktivitet kan medføre mobning. Denne antagelse er Velvinge Kommune ikke alene om: Kildesund Kommune beskriver deres syn på sammenhængen mellem overvægt og mobning således: *"Svær overvægt er forbundet med risiko for udstødelse fra arbejdsmarkedet, stigmatisering, mobning og lavt selvværd"* (KK, dok. 1., bilag 2: 2). I disse forståelser kan indsatsen mod børn og unge dermed siges både at have et individuelt perspektiv i forhold til at komme mobning til livs og styrke selvværdet, men også et samfundsmæssigt perspektiv, der efterstræber at forebygge udstødelse fra arbejdsmarkedet som voksen. På samme tid bliver risikodiskursen omkring svær overvægt entydig alarmerende i sin skitsering af de risici, der medfølger et liv som svær overvægtig.

De to kommuners forståelse af svær overvægt som værende en alvorlig trussel, der blandt andet kan komme til udtryk i form af mobning, beskriver Sundhedsstyrelsen blandt andet også i deres afsnit om psykosociale aspekter ved overvægt:

"Mange overvægtige børn har det svært i deres sociale liv. De er mere udsatte for mobning og drilleri end andre børn. De fortæller om et liv i ensomhed og med mange nederlag. For at undgå nederlag kan barnet begynde at trække sig fra samvær og leg med andre børn. Overvægtige børn angiver selv, at det største problem ved deres overvægt er, at de er ekstra udsatte for drilleri og mobning. 70 procent af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne og man ser at hyppigheden af svær overvægt, defineret som BMI ≥ 30 , i dag er flere gange større blandt nogle grupper af psykiatriske patienter" (Sundhedsstyrelsen, 2010a).

Velvinge og Kildesund Kommune kan siges reproducere en herskende antagelse om, at overvægtige børn lever i ensomhed, får mange nederlag, trækker sig fra samvær og leg med andre børn, er udsat for ekstra drilleri og mobning, samt at overvægtige børn kan siges at være særligt udsatte for psykosociale problemer. Disse diskursive antagelser omkring sammenhængen mellem overvægt og psykisk trivsel føder ind i en herskende mangeldiskurs omkring det overvægtige barn. Endvidere forekommer formuleringerne stærke, men også

skræmmende i forhold til det enkelte overvægtige barns aktuelle og fremtidige skæbne. Diskurserne kan ses som eksempler på en (re)produktion af sundhedssandheder i kommunalt regi, der tydeliggør de risici og de sundhedsfarer, som overvægtige kan siges at bære på kva deres vægt. Sundhedssandheden om, at overvægt er usundt for kroppen, har altså det tydelige budskab, at overvægtige børn afviger for den ønskede sundhedsnorm både individuelt i forhold til psykosocial trivsel, men også afviger i forhold til at blive patienter i det offentlige sygehusvæsen og dermed belaste samfundet økonomisk.

Det kan således siges, at de to kommuner i deres konsumerings af f.eks. Sundhedsstyrelsens tekster, der er skabt eller konstrueret i en statslig sammenhæng, grundlægger en bevægelse med de kommunale, sundhedspolitiske tekster: I første omgang indgår de i en national strategi, der overordnet set skal sikre borgernes sundhed. I anden omgang har dokumenterne også en *handlingsorienteret* dimension, idet kommunerne ydermere skal udforme strategier til at forhindre de nedskrevne sundhedsfarer. Således transformeres de statsligt formulerede sundhedsrationaler videre til en praksisorienteret regulerende effekt på lokalniveau. Statslige sundhedsrationaler får en mere konkretiseret betydning, idet nationale sundhedsværdier, idealer og risici omformes i en kommunal sundhedsstrategi, der til slut munder ud i en kommunal kursuspædagogik.

5.1.4. Økonomiske og samfundsmæssige rationaler i sundhedsstrategierne

Konstruktionerne af sundhed i kommunerne kan i særdeleshed sættes i forbindelse med de statslige interesser, der ligger i at ville disciplinere borgerne i en bestemt sundhedsretning. Disciplineringen skal forstås ud fra et samfundsmæssigt og i særdeleshed økonomisk rationale om, at en bibeholdelse af velfærdssamfundet forudsætter en minimering af offentlige ydelser til f.eks. hospitalsindlæggelser og nedsat arbejdskraft. De samfundsmæssige og økonomisk rationaler medfører de kommunale sundhedskurser, men rationalerne, som jeg vil vise i de senere analyser, indlejrer sig også både i de kommunale sundhedspædagogikker, såvel som i de overvægtige børns selvforståelser. Derfor er det væsentligt at beskæftige sig med, hvordan et samfundsmæssigt og velfærdsøkonomisk rationale transformeres til et udtalt sundhedsansvar i det levede hverdagsliv.

At overvægtige børn kan siges at befinde sig i en faretruende tilstand skal derfor forstås dobbelt, fordi det både henviser til individets egen tilstand, men også til samfundet generelt set. Dette kan læses i Velvinge Kommunes sund-

hedspolitiske dokument under afsnittet om det brede billede af sundhedstilstanden i kommunen. Her står der med referencer til Statens Institut for Folkesundhed, at folkesygdomme fylder meget, og at: *"[...] der i de kommende år [vil] blive stadig flere, der får disse sygdomme, viser prognoser fra Statens Institut for Folkesundhed. Det nedsætter livskvaliteten for den enkelte borger og belaster sundhedsvæsenet og lægger pres på forbruget af kommunale ydelser som sygedagpenge, hjemmehjælp og hjemmesygepleje"* (VK, dok. 1: 4). Rationalet bag forebyggelsen af folkesygdomme er spundet op omkring en negativt ladet sprogbrug med sætninger som *"nedsætter livskvalitet"*, *"belaster sundhedsvæsenet"* og *"pres på forbrug af kommunale ydelser"*, hvilket er et eksempel på, hvordan argumentet for indsatser i kommunerne kalder på løsninger, der kan rette op og skabe det modsatte, nemlig forhøjet livskvalitet, lette sundhedsvæsenet og gøre det muligt at spare på de kommunale servicebudgetter.

Overvægt som et økonomisk, samfundsmæssigt problem er i tråd med rationaler i Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der i 2007 udarbejdede en rapport med titlen *"Samfundsmæssige konsekvenser af svær overvægt"*. Denne havde et specifikt fokus på de økonomiske konsekvenser af svær overvægt for hhv. sundhedsområdet og arbejdsmarkedet. I rapporten står der blandt andet, at undersøgelsen blev sat i værk på baggrund af tal, der viser, at *"svært overvægtiges indsats på arbejdsmarkedet er reduceret i forhold til normalvægtige på grund af øget sygdomsfravær samt for tidlig permanent afgang fra arbejdsmarkedet"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007: 8). Da overvægt må siges at være stadiet før svær overvægt, skabes der grobund for de såkaldte cost-of-illness analyser, der i tal og kurver optegner de økonomiske konsekvenser ved svær overvægt.

Rapportens ene analyse viste, at svær overvægt hvert år minimum koster det danske samfund op imod 14,4 mia. kroner. Rapportens konklusion lyder som følgende: *"En nedbringelse af prævalensen af svær overvægt kunne nedbringe omkostningerne til behandling af overvægtens følgesygdomme. B.l.a. viser undersøgelser, at risikoen for diabetes formindskes væsentligt ved vægttab"* (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007: 54). Undersøgelsens konklusioner er i denne fremstilling utvetydige og følger en årsag/virkning-logik, der først identificerer problemet med overvægt (at det koster samfundet for meget), og dernæst peger på en helt enkelt løsning på problemet: At overvægtige skal tabe sig, så de undgår sygdomme, der koster samfundet for meget. Dette økonomiske rationale bag forebyggelse og nedbringelse af overvægt kan direkte overføres til en kommunal sundhedsstrategi og videre over i en kommunal sundhedspædagogik, der imødekommer den statsligt formulerede, samfundsmæssige og økonomiske interesse i over-

vægt ved at rette sundhedskursernes tilbud mod det enkelte individ – og nærmere bestemt dets vægttab.

5.1.5. Kommunal biopolitik og governmentality

Konstruktioner af overvægt som både et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver således formet gennem sundhedspolitiske diskurser, hvor det sunde individ og den gode borger er det slanke individ, der ikke er en udgift for samfundet, men derimod en økonomisk ressource.

Når vægttab og den slanke borger ekspliciteres som sundhedsideal, kan der siges at ske en naturlig sammensmeltning af en biomedicinsk sundhedsvidenskab og for velfærdsorienteret folkesundhed, der arbejder mod at normalisere sundhedsadfærd i overensstemmelse med de indlejrede, diskursive sundhedsanvisninger. Med et foucaultsk blik er det muligt at tale om en biopolitisk styreform, hvor borgerne skal disciplineres og styres i en sådan forstand, at krop bliver lig med en statslig, økonomisk gevinst for samfundet, og at adfærd reguleres, således at kroppene biologisk set udgør en stabil enhed, dvs. sygdomsfrit og i stand til sund reproduktion (Foucault, 1994: 143). Den foucaultske pointe er som beskrevet tidligere i afhandlingen, at denne nye form for suveræn magtudøvelse er tilsløret, men lige så magtfuld og dominerende. Det særlige er, at den foregår i diskurserne, der produceres i magtrelationerne. Biopolitikker er som beskrevet et centralt led i governmentality-styreformen, fordi den sigter mod at styre individerne, så deres helbred og lykke sikrer samfundets velfærd og velstand.

Livet, der ellers også hovedsageligt kunne siges at være et privat anliggende, bliver i governmentality genstand for magtfulde styringer, kontrol og reguleringer, den såkaldte biomagt. Og biomagten udøves gennem styringsteknikker, nærmere bestemt selvregulerende styringsteknikker, hvor individet oplever at styre sig selv, selvom de i virkeligheden handler i overensstemmelse med en herskende diskurs.

Det er med Michel Foucaults teoretiske perspektiver på biopolitik, governmentality og biomagt, at de to kommuners dokumenter kan læses. Velvinge Kommune skriver blandt andet: *”Sundhed og trivsel skal indtænkes i alle aspekter af borgernes tilværelse, hvad enten det drejer sig om familie, bolig, nærmiljø, lokalsamfund eller arbejdspladserne. Sundhed skabes først og fremmest i disse miljøer og ikke kun i sundhedsvæsenet”* (VK, dok. 1: 6). Ligeledes i dette citat fra Kildesund Kommune:

”Kommunen vil skabe rammerne og mulighederne for, at borgerne kan udvikle egenomsorg og forbedre deres sundhed” (KK, dok. 1: 1). Sundhed er med andre ord ikke som sådan et valg for borgeren, men snarere et indiskutabelt livsvilkår. Arbejdet med sundhed synes at finde sted som en disciplinering på alle livets arenaer, og der appelleres til egenomsorg og indtænkning af sundhed og trivsel i alle aspekter af tilværelsen. Sundhedsdiskurserne lader til at ville imødekomme borgernes livsbehov, blandt andet fordi sundhed med de øvrige citater in mente er et statsligt anliggende, hvor borgerne tilbydes det bedste. Mens dette forhold også gør sig gældende, hersker der samtidigt ingen tvivl om, at staten har ganske bestemte intentioner med dens borgere, hvilket søges implementeret ved at appellere og tilskynde et eget ansvar. Governmentality-styreformens muliggøres nemlig ved netop diskursivt at forene borgernes livsproblemer (eller de potentielle) med borgernes livsbehov, hvormed individernes ansvarsfølelse og medansvar naturligt indskrives i takt med de statslige anvisninger. På den måde kan tilslutningen til de kommunale sundhedskurser forstås: Borgerne, det vil sige børnene og deres forældre, oplever sig selv som havende et problem, fordi de er overvægtige, og samtidigt som havende et behov for at komme dette problem til livs.

I denne optik kan Velvinge Kommunes vision læses, idet den: *”bygger på et menneskesyn, der giver den enkelte borger et aktivt ansvar for egen og familiens sundhed. Det er borgerens lyst og evne til at gennemføre og fastholde en beslutning om sunde valg, der i sidste instans er afgørende”* (VK, dok. 1: 6). Vigtigheden af individets egen lyst til at ville være sund fremskrives som værende vigtigt, men også at det er individets ansvarsfølelse, der i sidste ende er afgørende for individets muligheder for sundhed. Kildesund Kommunes skriver tilsvarende: *”at de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud tilrettelægges efter den enkeltes behov, evne og vilje”* men også at: *”Den enkelte borger har et ansvar i forhold til at leve sundt samt til at forbedre sin sundhed”* (KK, dok. 1: 1). Ansvar et beskrives med andre ord utilslørt som et led i kommunernes sundhedsfremmestrategier, men samtidigt også som en afgørende forudsætning for borgerens garanti for sundhed. Foucaults pointe er, at når borgerne oplever, at de styrer sig selv (conduct of the conduct), så bliver styringen legitimeret. Ved at italesætte sundhed som kun værende en mulighed, såfremt borgerne aktivt tager ansvar, opleves styringen ikke som en dominans ved første øjekast, men som noget borgeren selv tager styringen over. Som Mitchell Dean (2008) skriver, så foranlediges borgerne til at tro, at de selv bestemmer over deres livsforhold, når de reelt styres ud fra statslige sundhedsrationaler, der ønsker at styre og disciplinere i henhold til f.eks. velfærdsstatens videreførelse (Dean, 2008: 44-46).

5.1.6. Roller og ansvar for sundhed

Rollefordelingen mellem stat, individ og kommune er et vigtigt led i governmentality-formen. De offentlige organer får rolle som faciliterende, mens borgerne bliver de primære aktører. Dette forhold tydeliggøres i Velvinge Kommunes dokumenter, der peger på, at undersøgelser i kommunen viser: ”*at langt de fleste borgere tænker på deres sundhed, og at de gerne vil gøre noget for deres sundhed. [Velvinge Kommune] kan og skal ikke træffe dette valg for borgerne. [Velvinge Kommune] har til gengæld ansvar for at skabe sunde rammer og tilbud i dagsinstitutioner, skoler, kommunale arbejdspladser mv., der gør det muligt for borgerne at foretage sunde valg*” (VK, dok. 1: 6). Således kan det siges, at kommunen ikke direkte erklærer, at de ønsker at træffe valgene for borgerne. Derimod er kommunens rolle primært sundhedsfaciliterende. Alligevel kan kommunen med dens visioner og planer for sundhedshandlinger siges både at *tilbyde* borgerne hjælp til et sundere liv, men samtidig også *appellere* til, at borgerne lever op til deres ansvar. Dette kan kommunen blandt andet gøre ved at påpege usundhedens betydning for ekstra omkostninger i de kommunale sundheds- og ydelsesbudgetter, jævnfør de førnævnte risikodiskurser.

Formuleringen om, at sundhed er et fælles ansvar og et anliggende for borgere såvel som offentlige institutioner og sundhedsinstanser, genfindes i forordet til Regeringens rapport ”Sund hele livet” (2002). Her artikulerer daværende indenrigs- og sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussen, det fælles ansvar således: ”*At forbedre vores sundhed forudsætter, at vi alle vedkender os vores ansvar og påtager os vores del af opgaverne*” (Regeringen, 2002: 5). At løfte befolkningens sundhed handler således fra et overordnet, statsligt synspunkt ikke kun om at vedkende sig et ansvar, men også om at gøre sig bevidst om, hvilke særlige opgaver der retter sig mod henholdsvis borgeren, de offentlige institutioner, arbejdspladsen, kommunen, staten mv. Rollefordelingen synes at være et vigtigt element i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Dette bliver tydeligere i ministerierapportens senere afsnit, hvor der f.eks. skelnes mellem den enkelte borger og det offentliges ansvar: ”*Den enkelte har ansvaret for sit eget liv. Vi har alle ret til at leve livet, som vi vil. Træffe vores egne valg. Men vi må være klar over, at vores valg har konsekvenser for os selv og kan påvirke andre – i positiv eller negativ retning*” (Regeringen, 2002: 6). Konsekvenstankegangen er således en eksplicit sundhedsstrategi, idet borgeren er i sin ret til at leve det liv, han eller hun ønsker, men ikke uden en klar bevidsthed om, hvilke potentielle omkostninger det kan have *ikke* at efterleve de officielle sundhedsideal og -anbefalinger. Således for-

stærkes både sundhedsnormen, men også sundhedsafvigerne, der for tillagt status som den uansvarlige borger i et velfærdssamfund med fælles pligter og ansvar for opretholdelse. Konsekvenstankegangen forplanter sig på den måde i det enkelte individs selvforståelse som henholdsvis en god eller dårlig borger. Og konsekvenstankegangen er at finde som argumentation for pædagogisk at hjælpe de overvægtige børn til at blive fremtidige gode borgere.

5.2. Produktion og konsumtion af sundheds-pædagogikker

Konstruktioner af overvægt som en individuel og samfundsmæssig problematik, der kan afhjælpes med kommunale sundhedsindsatser, former de praktiserede sundhedspædagogikker på en måde, der svarer overens med samfundsøkonomiske og psykosociale diskurser omkring overvægt. Sundhedspædagogikker skal i den forstand ikke kun *lære* de overvægtige børn at blive sunde, de skal også *instruere* og *styre* dem i en bestemt sundhedsgavnlig og dermed samfundstjenstlig retning. Det foucaultske begreb om *biomagt* handler om, hvordan det analytiske fokus kan rettes mod måder at påvirke, styre og regulere kroppe og individers adfærd gennem forskellige sundhedshandlinger, de såkaldte biopædagogikker. Det er ud fra en biopædagogisk, Foucault-inspireret kritik, at produktionen af de kommunale sundhedspædagogikker i denne afhandling er blevet analytisk betragtet.

Fokus er i dette afsnit på, hvordan dokumenternes indhold og sigte er situationelt produceret. Således er det muligt at se, hvordan dokumenternes tekst bevæger sig fra et overordnet politisk plan først fra stat til kommune, som vist i det foregående, og dernæst fra et kommunalt sundhedsstrategisk niveau til et mere borgerorienteret og praksisnært plan. Hvor statens og kommunernes overordnede sundhedsrationaler bevæger sig omkring det samfundsmæssige mest formålstjenstlige med et udtalt økonomisk rationale bag sundhedsindsatserne, så bliver det tydeligt i kommunernes formulering af sundhedskurserne, at fokus er på det lokale og handlingsorienterede. Hermed træder det økonomiske og samfundsmæssige i transformationen mod sundhedspædagogikkerne lidt i baggrunden, om end det til stadighed, dog i højere grad skjult, er til stede som bevæggrund for at fremme borgernes sundhed.

For at se på det, der kunne betegnes som kommunernes biopædagogiske instruktioner i det sunde og dermed det gode liv gennem de beskrevne sund-

hedspædagogikker, kan Lene Otto (1994)'s perspektiver på, hvordan befolkningen er underlagt et statsligt opdragelsesprojekt, kridte banen op for de næste analytiske pointer. Otto peger på, at befolkningen både er underlagt et statsligt opdragelsesprojekt, men også har lært at tænke deres liv medicinsk, fordi den medicinske videnskab har reddet mange mennesker fra sygdom og død. Dette medførte en statslig forestilling om, at livet skulle kontrolleres for at forblive rask (Otto, 1994: 78-79). Denne institutionaliserede form for magt hænger sammen med, forstærkes af og består gennem en reproduktion af en sundhedsviden, der anerkender og hovedsageligt legitimeres af den lægefaglige sundhedsviden. Det er igennem disse magtfulde vidensprocesser, at sandt defineres og adskilles fra falsk, forstået på den måde at det sunde individ kategoriformer sig i relation til det afvigende, altså det usunde. På den måde opstår *mangeldiskursen* også i sundhedspædagogikkerne ligeså tydeligt som diskursen om det sunde liv. Det er i denne dialektiske optik, at de følgende sundhedspædagogikker er læst. Ligeledes kan governmentality-strategier indlæses i kommunernes sundhedspædagogikker. I formuleringerne af, hvordan det sunde liv skal forstås, befinder sig også bestemte strategier på, hvordan borgerne skal opnå den eftertragtede livsstil ved at foranledige dem til at lede sig selv.

De følgende analyser skal altså læses ud fra et dobbelt blik, der både har fokus på diskurser om det normfulde og det afvigende, men også retter blikket mod, hvilke governmentality-strategier som diskurserne kalder på.

Velvinge Kommune og Kildesund Kommune fremstod begyndelsesvist meget forskellige i beskrivelserne af deres respektive kurser. Ved første øjekast og forud for mine observationer lod kommunerne til pædagogisk at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme på to forskellige måder. Velvinge Kommune arbejdede med udgangspunkt i en evalueringsrapport (VK, dok. 3) fra et førhen naboamt, der havde kørt sundhedskurset i flere år. I denne evalueringsrapport, der dannede mit første indblik i Velvinge Kommunes sundhedskurser, var Aron Antonovskys teorier om håndtering af hverdagens stressorer mv. beskrevet. Dette lagde i min læsning op til, at kommunen ville arbejde med sundhed ud fra alt det, der virker som sundhedsfremmende for det enkelte individ og ikke med på forhånd fastlagte kategorier. I takt med at jeg observerede Velvinge Kommunes kurser, fik jeg imidlertid også adgang til kommunens egen udarbejdede inspirationsfolder (VK, dok. 2). Denne beskrev kursets

formål inden for en udpræget KRAM-diskurs³³. Den biomedicinske tilgang vidste jeg fra start var omdrejningspunktet for Kildesund Kommune, der påpegede, at deres tilbud var evidensbaseret og virkningsfuldt, fordi det var dokumenteret, at børnene tabte sig i løbet af deres kursus. Selvom udgangspunktet i opstartsfasen af ph.d.-projektet var forskelligt de to kommuner i mellem, så skulle de to kommuner alligevel vise sig ikke at være så forskellige fra hinanden.

5.2.1. Magt, viden og mangeldiskurser

Som et eksempel på, hvordan diskurser former strategier ud fra en bestemt, anerkendt sundhedsviden, kan beskrivelserne fra Velvinge Kommunes sundhedskursus for overvægtige læses. I kommunens inspirationsfolder står der blandt andet beskrevet, at kurserne har fokus på: ”[...] *livsstilsomlægninger i forbindelse med sundere kost og motionsvaner, og lægger vægt på, at deltagerne sætter mål op for mulige ændringer i hverdagen, der kan føre til et sundere liv*” (VK, dok. 2). I dette korte uddrag af kursusbeskrivelsen kan kommunens sundhedspædagogiske strategi til at opnå sundhedsmålene helt konkret læses. I forhold til sammenhængen mellem overvægt og sundhed kan det læses, at overvægtige børn (og deres familier) pædagogisk skal hjælpes til at lægge deres livsstil om, fordi den formodes at være utilstrækkelig sund; at de overvægtige børns nuværende kost- og motionsvaner ikke er sunde nok; samt at de overvægtige børns liv ikke er sundt nok, og at de derfor bør sætte mål for, hvordan de kan ændre deres hverdag, så de kan føre et sundere liv. Kommunens formuleringer kalder på en sundhedspædagogik, der forud for mødet med børnene og deres familier bygger på en række antagelser om, hvad der galt, når man er et overvægtigt barn, og hvad der pædagogisk skal arbejdes med at rette op på.

Det interessante i en biopædagogisk optik er kommunens fokus på at skulle *ændre* de deltagende børns hverdag for at blive sundere, samt at de overvægtige børn forud for deres deltagelse er underlagt en *mangeldiskurs* på baggrund af deres vægt. Der stilles således i kommunen ikke spørgsmålstegn ved, *om* de overvægtige børn er usunde. Derimod antages denne slutning som et sandt udgangspunkt for at sundhedsfremme og forebygge. Pointen er, at når kommunen indskriver sig i de herskende biomedicinske og psykosociale diskurser, hvor den overvægtige krop anses som et problem og uønskværdig for samfundet og individets livskvalitet, så indskriver kommunen sig også under nogle

33 Hvorfor Velvinge Kommune havde valgt at betone KRAM-faktorer frem for at arbejde med Antonovskys hverdagsstressorer, vender jeg tilbage til i et senere afsnit om Evaluering og Evidens.

bestemte governmentality-rammer. Under disse skal borgerne (børnene) hjælpes, og det, som kommunen derfor tilbyder som en service, er sundhedsløsninger, der passer ind i diskursernes logik. Og når deltagerne ikke umiddelbart stiller spørgsmålstegn ved den sundhedslogik, der arbejdes med, eller når deltagerne melder sig til kurset, så er det et udtryk for diskursernes magtfulde virkning i det overvægtige barns og forældrenes forståelse af dem selv og deres sundhedsstatus: At de mangler, skal ændre, skal lære, forbedre sig og i virkeligheden også helst tabe sig for at blive accepteret som et tilstrækkeligt sundt menneske og en god borger.

At der trækkes på mangeldiskurserne i en sundhedspædagogisk strategi til at lede borgerne i retningen af 'det sunde liv', bliver tydeligt i kommunens beskrivelser af formålet med kostvejledningen og madlavningen. Disse forklares at skulle: "[...] *oplyse og undervise om relevante kostrelaterede temaer som f.eks. energimængder i forskellige fødevarer, vigtigheden af frugt og grønt og fisk, samt måltids-mønstres indflydelse på overvægt*" (VK, dok. 2). Således konkluderes det på forhånd, at de overvægtige børn og deres familie har brug for *mere viden* omkring fødevarer og sammenhængen mellem madindtag og vægt. Det antages, at de på baggrund af deres vægt ikke ved nok (til forskel fra normalvægtige) eller ikke har forstået det simple budskab om, at der skal forbrændes lige så mange kalorier, som der indtages, for ikke at tage på.

Fokusset på kost kan siges at være afledt fra KRAM-faktorerne og den sundhedsviden, der befinder sig i disse. Således bliver sundhed og opnåelse af det sunde liv skrevet ind i mad- og måltidsdiskurser, frem for i en bred, åben og positiv sundhedsforståelse, der anerkender, at sundhed er andet og mere end mad og ernæring, hvilket Steen Wackerhausen (1994) er fortaler for. Wackerhausens pointe er, at sundhed ikke kan vurderes objektivt og værdifrit (Wackerhausen, 1994: 48). Kommunens anvendelse af mangeldiskurser vidner dog netop om en tilgang, hvor der objektivt set hersker et mål, der handler om at rette op på fejl og mangler ved at tilføre mere viden, frem for at arbejde med afdækning af f.eks. subjekternes individuelle ressourcer. At finde vejen til sundhed gennem sund ernæring er i tråd med Deborah Lupton (1996)'s pointe om, at mad ofte ud fra et ernæringsmæssigt synspunkt bliver et middel til at sikre det sunde og også sygdomsfrie liv (Lupton, 1996: 8). Dette forklarer, hvorfor målet bliver at opmuntre til korrekt diæt frem for at betone de socio-kulturelle omstændigheder ved spisning og dermed sundhed i det hele taget.

En lignende sundhedspædagogik kan læses videre i følgende tekst fra Velvinge Kommunes inspirationsfolder. Denne beskriver, at kurset består af: "[...] 2 timers fysisk aktivitet samt 3 timers kostvejledning, madlavning og fælles spising" (VK, dok. 2). Mere specifikt er formålet med de to timers fysisk udfoldelse: "[...] at give deltagerne gode og sjove oplevelser med at bruge kroppe" (VK, dok. 2). Intentionen om at ville give gode og sjove oplevelser med kroppe vidner om to ting, nemlig en forståelse af at de fleste børn (og voksne) trives med fysisk udfoldelse, når det også er en sjov oplevelse. Samtidig indikerer citatet fra inspirationsfolderen også, at overvægtige børn kunne have brug for flere gode og sjove oplevelser med kroppen, eller måske endda give børnene disse kropslige oplevelser ud fra en antagelse om, at de ikke har dem i deres liv allerede. Mangeldiskursen gør sig gældende i den forstand, at der arbejdes ud fra generelle antagelser omkring overvægtige børn, der kan siges at forstærke en forestilling om, at overvægtige børn hovedsageligt har dårlige erfaringer med at bevæge sig, hvilket kan være med til at forklare deres overvægt. Hvordan de to timers fysisk udfoldelse på kurset foregik, beskæftiger jeg med i kapitlet om observationsanalyser.

Mangeldiskursen og den biomedicinske diskurs er ligeledes fremtrædende i Kildesund Kommunes beskrivelser: "I [sundheds-]programmet kombineres de elementer, der anses for at være vitale for forebyggelse og behandling af overvægt hos børn, nemlig familieinddragelse, ernærings-vejledning, øget fysisk aktivitet og værktøjer til adfærd- og vænændring. [Sundheds-]programmet fokuserer på praktisk orienteret og sjov læring og er sammensat med henblik på at levere værktøjer til langsigtsholdbare forbedringer af børnefamiliernes kost og fysiske aktivitetsniveau. (KK dok. 2: 6).

I denne del af Kildesund Kommunes kursusbeskrivelse kan det siges, at der kun er fokus på forebyggelse og behandling frem for sundhedsfremme, da det er disse begreber, som kommunen anvender i deres beskrivelse af kursets formål. Således fremstår sundhedsfremme ikke som et aktivt element i beskrivelserne af kurset. Den biomedicinske diskurs bliver fremtrædende i pædagogikken og kobles sammen med en praksisorienterede for læring med udgangspunkt i biomedicinske sundhedsanvisninger. Ligesom i Velvinge Kommune er diskursen præget af gode intentioner bag sundhedskurset, nemlig at ville *hjælpe* overvægtige til et bedre liv. Der er med afsæt i en antagelse om, at overvægtige lever et liv, der kan *forbedres*, skabt et sundhedspædagogisk fokus på det, som de overvægtige antages at måtte *mangle*, siden de er overvægtige. Herunder vejledning (*viden*) i ernæring, mere fysisk aktivitet samt *værktøjer* til at ændre deres vaner og adfærd. Dette kan ses som et centralt aspekt ved governmenta-

lity-styreformen, og som et eksempel på, hvordan de herskende og af staten anerkendte sundhedsrationaler ikke kun definerer sundhedsproblemet, men også definerer hvilken type af sundhedspædagogiske foranstaltninger, der kan løse overvægt som et identificerede sundhedsproblem.

Endvidere skriver Kildesund Kommune, at:

[Sundheds-]programmets delkomponenter er de følgende:

- [...] Undervisning af forældre i teknikker for adfærdsændring med henblik på at forbedre deres børns kost og aktivitetsmønstre.
- [...] Fysiske aktiviteter udviklet til børn der ikke i udgangspunktet er vant til eller kan lide at dyrke motion.
- [...] Gruppebaserede aktiviteter og undervisning, der kombinerer viden om basale sunde kostråd med praktiske orienterede aktiviteter såsom indkøbstur, madlavning, det at gennemskue fødevaremærkning etc.”

(KK, dok. 2: 6)

I denne anden del af ovenstående kursusbeskrivelse fremhæves i punktform de tre mest centrale aspekter på kurset, der arbejdes med rent pædagogisk. Disse pædagogiske aspekter afspejler også, hvilke sundhedsforståelser og kategorier som kommunen arbejder ud fra. Kost og motion udgør Kildesund Kommunes syn på, hvordan overvægt sundhedsmæssigt kan forebygges. Antagelserne er, at overvægtige børn nødvendigvis må ændre deres adfærd, fordi adfærden rent sundhedsmæssigt ikke er god nok. Forældrene inddrages som et aktiv i forhold til at forbedre børnenes sundhed og skal undervises heri. Dette vidner om en antagelse af, at forældrene ikke ved nok og har brug for teknikker.³⁴

På samme vis antages det, at overvægtige børn i udgangspunktet ikke bryder sig om at røre sig eller ikke har for vane at røre sig, og at overvægtige skal introduceres for de mest basale kostråd i praktiske sammenhænge som indkøbture mv.. Til sammen vidner de sundhedspædagogiske beskrivelser om en antagelse, der peger på, at overvægtige måske nok kender til de basale kostråd, men mangler færdigheder til at omsætte dem i praksis og træffe sunde madvalg. Kritikken, som jeg har ønsket at udforske blandet andet ved at foretage interviews med børnene, er inspireret af de biopædagogiske teorier, der påpe-

³⁴ Netop dette aspekt vedrørende forældrene og synet på, at de mangler teknikker eller ressourcer for at kunne varetage ansvaret for børnenes sundhed, er et af de mange afgrænsningspunkter, som jeg gerne ville have arbejdet meget mere med. Mangeldiskurserne omkring forældre er nemlig ligeså udtalt som omkring de overvægtige børn. Se afhandlingens perspektivering.

ger, at det ikke nødvendigvis er muligt eller retvisende at vedhæfte så mange kategoriale antagelser på det overvægtige barn udelukkende på baggrund af en fysisk fremtoning. Som en af teoretikerne bag biopædagogikkerne peger på, så er kroppe først og fremmest bundet af sociale koder (Murray, 2009: 78), og det er herigennem at blandt andet sundhedssandheder omkring det overvægtige barn ukritisk tillægges, godtages og kalder på bestemte sundhedspædagogiske handlinger.

5.2.3. De sociale koders afsløring af bio-borgerskabet

At iværksætte et sundhedskursus for overvægtige kan altså med kommunernes beskrivelser ses som et led i at betragte overvægtige som ukyndige i at træffe sunde valg. Derfor er det også paradoksalt, når Velvinge Kommune, som tidligere gengivet, tilslutter sig en sundhedsforståelse, der handler om ”[...] *fysiske, psykiske og socialt velvære, og om at have ressourcer til at leve det liv, man har lyst til*” (VK, dok. 1: 3). For essensen bag de kommunale sundhedskurser for overvægtige børn må siges at være, at overvægtige børn netop *ikke* kan leve det liv, som de har lyst til. Tværtimod handler det med læsning af kursusmaterialerne om at besidde de rigtige ressourcer i forhold til sund mad og motion og om at bevidstgøre om, at den egentlige anerkendelse som pligtbærende borger opnås ved at være slank. På den måde bliver overvægtige en automatisk målgruppe for et sundhedskursus, fordi deres kroppe med de sociale koder, som de bærer på, repræsenterer en bestemt fortælling i forhold til herskende diskurser om sundhed, der fastholder, at det sunde liv er det slanke liv, og den gode borger er den slanke borger, der ikke koster samfundet i udgifter.

En diskursteoretisk forklaring på, hvorfor overvægtige ikke kan siges at kunne bestemme deres sundhedsadfærd selv, ligger i det, der i en af de biopædagogiske teorier kaldes moralsk forpligtigelse eller moralsk fordømmelse. I læsningen af den overvægtige krop opstår en underkendelse af disse individers adfærd, fordi overvægten afslører, at det pågældende, overvægtige individ ikke formår eller ikke vil efterleve den herskende sundhedsnorm, der advokerer for et fælles, sundt samfund. Som beskrevet er det virkningsfulde i biopædagogikkerne, at diskurserne er så stærkt forankrede i forståelsen af det sunde og gode liv, at de fleste overvægtige godtager diskurserne som sande og mærker forpligtelsen og fordømmelsen af dem som en moralsk fiasko. Dette skyldes blandt andet, at diskursen om, at der hersker en fedme-epidemi, som er selvforskyldt, er alment accepteret – også blandt overvægtige. Derfor bliver en synlig vedligeholdelse af kroppen et tegn på at være i stand til at tage et personligt ansvar for egen og andres sundhed. Bioborgeren er som allerede nævnt

den dydige borger, der tager højde for at efterleve sundhedsnormen, hvilket altså bliver ekstra påkrævet, når kroppen sladrer. At være en moralsk fiasko og det at udvise, at man selv som overvægtigt barn er i stand til at efterleve de herskende sundhedsanvisninger, var på kurserne i både Velvinge Kommune og Kildesund Kommune en aktiv del af den praktiserede sundhedspædagogik.

5.2.4. Fedme-epidemien og det manglende mådehold

Overvægt som umoralsk og asocialt over for samfundet kommer derfor på et praktisk plan til at handle om at genoprette eller etablere mådehold som en nødvendig dyd. Dette kan først og fremmest forklares med anerkendelsen af, at der hersker en fedme-epidemi, og at denne entydigt sætter lighedstegn mellem sundhed og vægt. Som Kildesund Kommune skriver i deres udfoldede ansøgning til Sundhedsstyrelsen om fedme-epidemien:

”Udviklingen af kroniske sygdomme er epidemisk på globalt plan. Fysiske inaktivitet og usund kost, deraf fedme udgør substantielle risikofaktorer for udviklingen af kroniske sygdomme berunder særligt diabetes, hjerte-karsygdomme og visse cancers. [...] Overvægt er problematisk for det enkelte barn som hyppigere udsættes for drillerier og mobning, hvilket kan medføre fx dårlig indlæring og social isolation, desuden har overvægtige børn øget risiko for udvikling af metaboliske sygdomme. Usunde levevaner forankres i barndommen, hvorfor man med en målrettet indsats overfor børn har en enestående mulighed for at forebygge at risikoadfærd bliver en del af børns livsstil, og samtidig sikre, at sunde valg især omkring fødevarer og tilvalg af motionstilbud bliver en naturlig del af voksenlivet.” (KK, dok. 2: 4).

Kildesund Kommunes budskab er klart og til dels skræmmende. Den globale udvikling af fedme-relaterede sygdomme er epidemiske i ordet nye forstand: Forårsaget af menneskers egne uetiske handlinger, der spreder sig med hurtig kraft. Kommunen finder overvægt problematisk, både på grund af væsentlige fysiske påvirkninger på kroppen, men også fordi fedme hyppigere antages at forårsage dril og mobning. Herefter trækkes der videre paralleller til læring og isolation, som overvægtige børn vurderes at henholdsvis klare sig ringere ved og er yderligere udsat for. Derudover beskrives det overvægtige barn i den følgende bisætning med en risikoterm i forbindelse med udviklingen af metaboliske sygdomme, hvilket sådan set er kendetegnende for kommunens beskrivelser af det overvægtige barn: Som værende i potentiel fare for nogle af de værste lod i livet, nemlig sygdom samt social og faglig udstødelse. Kommunen nævner med betegnelsen ’risikoadfærd’ selv, hvad der er på spil: At overvægt er sundhedsfarligt, at overvægtige lever livet farligt, men at kommunens sundhedskursus (på bedste governmentality vis) pædagogisk kan fore-

bygge og guide frem til sunde valg, inden de overvægtige børn når voksenlivet. Denne sammenkobling af overvægt, sygdom og usundhed bliver konstruerende for den type af sundhedssandhed, der arbejdes ud fra på kurserne. Børnene er i potentiel fare! Løsningen findes i kommunens sundhedsprogram, der pædagogisk er tilrettelagt ud fra den logik, at børnene skal lære at kende til den rigtige viden og få indblik i, hvad det betyder for kroppen at spise sundt og motionere regelmæssigt.

Grundlæggende er Kildesund Kommunes sundhedskursus i tråd med antagelsen om en herskende fedme-epidemi. Sundhedskurserne er pædagogisk bygget op omkring tematikker, der omhandler overvægt og dens alvorlige, sundhedsmæssige konsekvenser, mad, fødevarer, ernæring og fysisk aktivitet. Temaerne strækker sig over en bred vifte og tilbyder kursusgange med overskrifter som f.eks. disse: Introduktion til fem grundlæggende fødevarergrupper; Viden om vand; Bliv aktiv, kom i form; Venlige og uvenlige fødevarerprodukter; Kunstige sødestoffer; Energi ind – energi ud; Raffineret og uraffineret mad; Hurtigt og langsomt nedbrydeligt mad; Kulhydrater, Venlige fedtstoffer, Fisk og fiskeolier, og derudover emner såsom mobning, dårligt selvværd mv. osv.³⁵ Hver kursusgang indeholdt en ernæringsdel, hvor underviseren formidlede fakta om ovennævnte temaer, samt en diskussionsdel, hvor forældrene diskuterede og drøftede dagens tema, mens børnene lavede fysisk aktiviteter i gymnastiksalen. Jeg viser i observationsanalyserne, hvordan nogle af disse temaer udfoldede sig. Afsluttende om kommunens reproduktion af fedme-epidemidiskursen kan det dog siges, at den (jf. (Wright, 2009: 2) er medvirkende til at diktere, hvordan kroppen skal forstås i en samfundsmæssig sammenhæng, samt hvordan livet skal leves i mådehold for at blive moralsk accepteret. Tilsvarende kan det siges, at antagelsen om en herskende fedme-epidemi er konstituerende for måden, hvorpå Kildesund Kommunes sundhedspædagogik tilrettelægges i forhold til formål, indhold og metode.

5.2.5. Slankekurens symbolik og selvkontrol

Som nævnt i case-præsentationen af de to kommuner, gjorde begge kommuner mig opmærksom på, at deres sundhedskurser for overvægtige børn ikke skulle opfattes som et slankekursus. Evalueringsrapporten bag Velvinge Kommunes sundhedskursus skriver, at det er vigtigt, at familier, før de tilmelder sig, forstår: ”*At kurset ikke er et egentlig slankekursus, men en mulighed for familierne til at få en sundere livsstil samt bedre trivsel, og en konsekvens af dette kan være et*

³⁵ På grund af det udenlandske sundhedsprogramms ønske om at være anonym, citerer jeg ikke direkte til manualerne, men refererer i stedet til deres overordnede indhold.

vægttab” (VK, dok. 3: 15). Tilsvarende var Kildesund Kommunes budskab. Sådanne formuleringer rummer et dilemma, fordi kurserne i øvrigt har stor fokus på *overvægt* og følgevirkninger heraf. Kurserne indeholder således en dobbelthed og kan siges at være uklare i beskrivelserne, fordi der både er et udtalt fokus på sammenhæng mellem krop, mad, fysisk aktivitet, sundhed og vægt samt farer ved ikke at efterleve de officielle anbefalinger – samtidigt med en erklæring om, at kurset *ikke* er et slank kursus. Hvis kurset ikke havde til formål at skabe vægttab enten på kort eller lang sigt, så ville andre børn end overvægtige børn blive tilbudt sundhedskurset. Når kurset fremhæves som ikke værende et slank kursus blev det forklaret med, at mange af familierne allerede havde prøvet mange forskellige slankekure, men uden succes³⁶.

Men når slankekurens symbolik alligevel er underliggende til stede i sundhedspædagogikken på begge kurser, så kan det forklares med, at der en pointe i at reproducere slankekurens måske ypperste formål, nemlig at symbolisere et forsøg på at handle på de samfundsmæssige forventninger ved at udvise mådehold og moralsk ansvarlighed. På den måde får selvteknikker, som er det centrale element i governmentality-styreforment, en mulighed for at udfolde sig. Ved at trække på diskursen om, at det slanke, veltrimmede individ som det succesfulde over for det overvægtige, syge og immoralske individ, kan budskabet ikke misforstås af det overvægtige barn: Tab dig, bliv sund og succesfuld! Et sådan budskab fordrer en selvkontrol, som ikke kun er anerkendt, men også eftertragtellesværdig for et hvert individ, der ønsker at tilpasse sig normen. Og dette er netop essensen ved biopædagogikkerne: At individerne ledes til at tro på bestemte sundhedssandheder, og dernæst opfordres til at kontrollere deres handlinger i overensstemmelse hermed. Hvordan denne opfordring og de øvrigt beskrevne sundhedspædagogikker udspillede sig i praksis, vil jeg demonstrere i de kommende analyser af observationerne.

36 Flere af familierne fra begge kommuner udtalte også, at det var en motivationsfaktor for deres tilmeldelse til kurserne, at det netop ikke var et slank kursus.

Kapitel 6. Observation af sundhedspædagogiske praksisser

I en socialkonstruktionistisk forståelse er empirigenerering, fortolkning og analyse som nævnt flere gange ikke to adskilte processer. Heller ikke, når forskningen bevæger sig ud i feltet. Derimod foregår der processer, der er vævet ind i hinanden, hvor hypoteser generes og testes med en række af de teoretiske perspektiver, der ligger bag og videre er kommet til. Gennem den deltagende observation skabes som nævnt endnu et rum for en forskningsmæssig læring, fordi vekselvirkningen med sin cykliske proces har skabt helt særlige betingelser for forskningens omdrejningspunkter (jf. Warming, 2007: 318). Pointen har været at fastholde det socialkonstruktionistiske udgangspunkt om, at sundhed, sundhedspolitikker, overvægt, selvforståelser og sundhedspædagogik ikke kan anskues løsrevet fra den praksis, som de udspiller sig i. De diskursive begreber, som jeg i afhandlingen har beskæftiget mig med, har først fået mening og betydning afhængigt af den kontekst, som de har udspillet sig i. Og denne mening har de altså fået i det abduktive samspil mellem teori, empiri og metode.

På den måde har observationerne fået deres karakter: I abduktionens vekselvirkninger – og altså ikke som en essens, der skulle indfanges. Observationerne har gennemgået en række bearbejdningmæssige forvandlinger fra indtryk-kene i første omgang blev nedfældet i noteform, til de efterfølgende analytiske bearbejdninger og frem til den form, som de her fremstilles i.

Således er fremstillingen af observationerne et produkt af et gennemgående, analytisk arbejde mellem teoretiske forforståelser og empiriske indsigter samt refleksioner over de anvendte metoders samvirke med konteksten. Dokumenterne kan siges at have skabt et forhåndsindtryk af kurserne og dermed udgjort en indgang til min deltagelse i og erfaring med de to kommuners sundhedskurser. Men som det også bliver tydeligt i den følgende fremstilling dannede mine forhåndsindtryk også løbende grundlag for en undring over, hvad det

egentlige formål med kurserne var. Konflikter mellem teori og mine refleksioner over praksis står derfor også centralt i de følgende analysepræsentationer.

6.1. Sundhedsbegreber i sundhedspædagogikken

Som det vil fremgå i de følgende præsentationer af mine observationer af kursusgangene er de biomedicinske sundhedsforståelser og sundhedsbegreber i form af KRAM-tankegangen overvejende til stede på de to kommunale kurser. Det vil sige, at fokuset på kurserne i høj grad er på at ændre deltagernes adfærd ved at tilbyde dem viden om kost og motion og derved forsøge at forebygge de såkaldte livsstilssygdomme, som de overvægtige børn kva deres overvægt vurderes at være i risiko for at udvikle. Imidlertid er der også andre ting på spil, der har været i min analytiske kikkert: Hvilke forestillinger om det overvægtige barn træder i forgrunden med en biomedicinsk, KRAM-inspireret tankegang, og hvilke følger har det for de sundhedspædagogiske metoder, der tages i brug, samt for deltagelsen på kurserne.

Som Steen Wackerhausen (1994) i sin teoretiske fremstilling af det åbne sundhedsbegreb er fortalende for, så er det muligt at forene de biomedicinske sundhedsbegreber med mere konkrete, lokale forestillinger om det sunde liv. Foreningen er mulig ved at tage udgangspunkt i individernes egne værdier og målsætninger (Wackerhausen, 1994: 48). Pointen er, som både Wackerhausen, socialkonstruktionistiske tilhængere og jeg selv tilslutter mig, at det sunde liv aldrig kan defineres rent objektivt og værdifrit, men bør vurderes ud fra givne livsomstændigheder. Med et sådant ontologisk udgangspunkt synes den kritiske analyse, som jeg i det følgende præsenterer frugten af, en uundgåelig foranstaltning.

I dette afsnit om praktiseret sundhedspædagogik vil jeg trække observations-eksempler frem, der illustrerer, hvornår og i hvilke sammenhænge henholdsvis det biomedicinske og det brede og åbne sundhedsbegreb bliver tillagt mening og betydning. Observationseksemplerne har til formål at præsentere netop de situationelle og relationelle omstændigheder og interaktioner, der skaber sundhedsforståelsernes mening. De observerede sundhedsbegreber og de formidlede sundhedsforståelser, der udspiller sig gennem den anvendte sundhedspædagogik og i interaktionen med de deltagende børn og deres forældre, er blevet ført videre til analysepræsentationerne af de foto-eliciterede interviews, der har haft til sigte at få børnenes selvfortællinger i spil.

Jeg har jævnfør de tidligere præsenterede inspirationer fra Lene Otto (1994) blik for det modsætningsfyldte i måderne at tale om sundhed på. Jeg har forsøgt at indfange det modstridende. Særligt har jeg haft blik på de situationer, hvor de kommunale sundhedskurser, der repræsenterer en institutionel praksis eller en sundhedspædagogisk arena, kommer i brud eller strid med hverdagslivets eller børnenes indgangsvinkler til at forstå det sunde liv.

Og netop med dette afsæt vil jeg præsentere det første observationsuddrag. Dette uddrag rummer netop brydninger, men illustrerer også, hvordan den overvejende biomedicinske sundhedsforståelse skaber trange kår for både den åbne og dialogorienterede sundhedspædagogik, som Wackerhausen fremhæver som afgørende for, at sundhedsfremme opleves som relevant for de deltagende subjekter (Wackerhausen, 1994: 66).

6.1.1. Til fødselsdag

Vi starter til fødselsdag. Børnene sidder omkring et stort bord i et håndarbejdslokale, og forældrene sidder udenom børnene i en ydercirkel. Birthe, underviseren, står for enden af det store bord ved en tavle. Til forståelse af observationsudraget skal det siges, at Kildesund Kommune igennem hele deres kursus anvendte udtrykkene 'venlig' og 'uvenlige' som synonym for hhv. sund og sunde (mad)valg.

Godt! Så skal vi også til fødselsdag!, siger Birthe (underviser). Hvad siger I til det?

Peter og andre siger et højt: Mmmm...

Birthe: Hvad tænker I? Hvad sker der?

Børnene: Lagkager, masser af slik, boller...

Birthe: Ja, og ikke grovboller, vel? Det er teboller, I tænker på, ikke?

Peter: Jo, med tandsmør!

Børn: Og varm kakao. Med flødeskum.

Oliver: Ja, og varm leverpostej og bacon!

Birthe: Ja, okay, hvis det er et bruncharrangement, så kunne man også godt få det.

Margrethe (instruktør) sidder nede bagved og rækker fingeren op.

Birthe: Ja, Margrethe vil sige noget?

Margrethe: Sodavand...

Birthe: Ja, sodavand.

Peter: Til min fødselsdag kunne man godt få et stykke kage.

Sidse: Isvafler og popcorn.

Barn: Chips.

Birthe taler virkelig hurtig, sådan nærmest associations-tænkende med speed-tempo: Nårvisåligeskalhavepudsetskoene,hvadstillermansåop? Hvad gør man?

Mads: Man ku blive hjemme!

Birthe: Ja, det er selvfølgelig det ultimative venlige [sunde]. Men det er ikke rigtig godt.

Karina: Man ku tage lidt af det usunde og mere af det magre.

Birthe: Ja...

Barn: Man ku tage noget med hjemmefra.

Barn: Man ku dyrke noget motion bagefter.

Instruktør-Margrethe igen: Man kunne spise en grovbolle inden, så man ikke var sulten.

Birthe: Ja, var det ikke en god idé? Hvad så? Ku vi så spise det hele? Nej, vel? (et barn siger stille: Jo, jeg ku godt!) Det ville være en rigtig god idé for at kunne styre det.

Birthe: Når så vi er til festen, hvad gør vi så? Hvad så? Hvad gør vi? Vi er til festen...

Peter: Vi tager kun lidt. En chips, et stykke kage.

Birthe: Ja, kun tage lidt. Max 3 ting.

Barn: Eller fire ting. (Det overhøres)

Birthe: Er det en god idé, kun at tage 3 ting?

Barn: Nej.

Andet barn: Ja.

Oliver: Nej, for så ku man bare tage en HEL lagkage, det er kun en ting.

Birthe: F.eks. 1 stykke kage, ½ bolle og et glas kakao. Og så har man jo ikke brug for mere, for man havde jo spist inden.

Sofie: Da jeg var lille, havde jeg børneeksem. Så kunne jeg ikke tåle sodavand og slik.

Birthe: Ja ja, så ku du ikke tåle det. Men hvis der er gode ting, så gå efter dem. De uraffinerede...

(Kildesund Kommune, 11.11.08, s. 1-2)

Observationseksemplet rummer et utal af tematikker. Udover at eksemplet vidner om en stor kommunal omsorg for overvægtige børn og en ihærdig indsats for, at deres vægtstigning stoppes og helst formindskes, så fortæller eksemplet også en historie om, hvad man ifølge den biomedicinske sundhedsforståelse som overvægtigt barn skal gøre for at handle sundt. I dette tilfælde når man er til fødselsdag. Som eksemplet gengiver, kan undervisningen i uddraget siges at foregå i samspil med eleverne. Ligeledes kan det siges, at der blev søgt en dialog med børnene omkring en for børnene genkendelig begivenhed fra hverdagslivet (fødselsdag). Dette vidner om en sundhedspædagogisk metode, der ønsker at tale om sundhed i børnehøjde. For så vidt kan der argumenteres for, at børnenes stemmer både blev inddraget og hørt.

På den anden side sker der flere bemærkelsesværdige ting i eksemplet. Blandt andet at det kun er nogle bestemte ytringer, der fra underviserens side høres og kommenteres på. Peter siger f.eks., at til hans fødselsdag kunne man godt få et stykke kage. Men hans forsøg på at trække forbeholdene ud af en snak om børnefødselsdag og fortælle om alt det, der netop synes ønskværdigt og i orden til en fødselsdag (at slå sig løs), overhøres. Skulle man anvende Wackerhausen terminologi, kunne det siges, at barnet inviterer til at koble biomedicinske sundhedsforståelser med en bredere og åben sundhedsforståelse ved at relatere eller substantialisere et overordnet emne (fødselsdag) ind i lokale og konkrete livsbetingelser. For det andet leder underviseren, Birthe, tydeligvis efter nogle bestemte eller rigtige svar. Dette fanger børnene for så vidt også ofte, idet de forsøger at give hende de svar, som hun eftersøger. Underviseren kan siges at påtage sig en vidensformidlende rolle frem for en faciliterende rolle, hvilket Wackerhausen og Bruun Jensen fremhæver som skelsættende i den dialogorienterede og deltagerinddragende pædagogik. Konsekvensen bliver, at alle de svar fra de deltagende børn, der ikke stemmer overens med den på forhånd fastlagte forestilling om det sunde liv, og hvordan dette opnås via sund adfærd i hverdagslivet, enten ignoreres eller afvises som forkert. På den måde bliver sundhed netop kogt ned til en kropstilstand (frem for et relationsforhold), hvilket Wackerhausen fremhæver som uhensigtsmæssigt for den sundhedsfremmende praksis (Wackerhausen, 1994: 67).

Underviseren Birthe begynder seancen med et åbent spørgsmål og inviterer børnene til at fortælle, hvad de tænker på, når hun siger fødselsdag. Men dialogen styres hurtigt hen imod, ikke hvordan man kan have det sjovt til en fødselsdag med sine venner, men hvordan man kan beherske sit fødevarerind-

tag ved enten at spise det sunde eller spise inden, man møder op. Hun får endda sagt, at det ultimative sunde ville være at blive væk, selv om dette dog ikke anbefales. Men i eksemplet skabes der begrænsede muligheder for, at børnene selv kan danne nye sundhedserkendelser, der både inkluderer, men også rækker udover mad i ellers glædelige begivenheder i det levede hverdagsliv, fordi underviseren præger dialogen hen imod en forestilling om det sunde som værende det *ernæringsmæssigt* sunde.

Underviserens sidste bemærkning i uddraget vedrørende det at spise hjemme fra inden fødselsdagen: *"Det ville være en rigtig god idé for at kunne styre det"*, retter fokus mod en anden herskende antagelse om overvægtige børn, nemlig at de ikke kan styre sig og skal have hjælp til dette (hvorfor de er på kursus). Dette aspekt vedrører selvkontrol, selvbeherskelse og mådehold. Her i det udvalgte observationsudpluk indgår disse aspekter i en konkret, pædagogisk situation, hvor disciplinering og regulering af kroppen fremstår som en helt eksplicit undervisningsstrategi. Det interessante er i forlængelse af biopædagogikkens perspektiver om disciplinering og regulering, at de overvægtige børn eksplicit tillægges mangelfulde egenskaber såsom manglende evne til at beherske sig eller spise med måde til en fødselsdag. Disse egenskaber tillægges uden en egentlig skelen til, både hvordan børn generelt deltager i et fødselsdagsarrangement, men også uden at holde for øje hvad formålet med en festlig lejlighed overordnet set også kan siges at repræsentere: en afvigelse fra hverdagslivets mådehold.

Derudover er der hele det sociale aspekt ved at deltage i en festlighed på lige fod med de øvrige deltagere uanset vægt. Dette aspekt kan børnene siges at være optagede af, hvilket i observationsuddraget bliver tydeligt i deres forsøg på ikke at tage underviserens talmæssige mængdeanvisninger og øvrige anbefalinger alt for alvorligt. En opponering der måske vidner om, hvilke handlekompetencer, som børnene vægter som værdifulde og vigtige i forhold til f.eks. det trivselsfulde i hverdagen. Dette er blandt andet Bjarne Bruun Jensens pointe, når han siger, at når børn og unge f.eks. ikke handler direkte ifølge deres viden, så kan det skyldes, at den viden, de har tilegnet sig, ikke er handlingsorienteret nok (Jensen, 2006: 62). Netop antagelsen om, at mere af den korrekte sundhedsviden fører til korrekt sundhedshandling, tager jeg op i det følgende observationsuddrag.

6.1.2. Viden i polaritetsformer og den moralske styrke

Idet undervisningen på sundhedskurset i Kildesund Kommune var bygget op omkring formidling af kost og ernæring i den første undervisningstime (og fysisk udfoldelse i den næste time), fik jeg rigtig mange eksempler på, hvordan undervisningen er tilrettelagt ud fra en formidling af ernæringsmæssig sundhedsviden. Dette gengives i nedenstående eksempel. De foucaultske perspektiver om *den normaliserede magt* som en måde at kvalificere og hierarkisere viden bliver interessante, hvis undervisningen betragtes som et led i større magtmæssig konstruktion af herskende sandheder. Ikke at der kan synes grund til at så tvivl om de ernæringsmæssige kalorieberegninger, men fordi det normmæssige gør sig gældende helt ned på madpakkeniveau og defineres i sine kontraster, altså det afvigende, usunde. Dette peger naturligvis tilbage på definitionen af det sunde og det usunde barn, men bliver i lige så høj grad en pædagogisk metode til at sammenkæde den rigtige sundhedsviden med den rigtige sundhedsadfærd.

I det næste observationsuddrag fra kursusundervisningen i Kildesund Kommune tales der om, hvad der er henholdsvis sundt og usundt at have med i netop madpakken. Vi kommer ind der, hvor de er begyndt at remse de usunde ting op:

Birthe: Godt, hvad skal vi så undgå? Børnene siger: mayonnaise, remoulade.
Birthe skriver: Mayo og remo på tavlen.
Peter: Fedt kødpålæg.
Sidse: Hvidt brød.
Julie: Mayonnaisesalater.
Mads: Smør.
Birthe: Jeg kan se på jeres stjernediagram, at det går rigtig godt, at I godt ved det. Det er vigtigt, at man har lyst til at spise det – hvordan gør man det?
Sofie: Kommer salat på brødet.
Birthe: Ja...
Mads: Man kan selv lave det?
Birthe: Ja, prøv lige at være stille, for Mads sagde noget rigtig vigtigt: Man kan selv lave det! Hvorfor er det smart at have madpakke med?
Sofie: Så man ikke er sulten, når man skal hjem.
Birthe: Ja! Eller så man ikke vælger pizzasneglene nede i kantinen
Sidse rækker hånden op. Birthe siger: Ja, Sidse, en hurtig kommentar!
Sidse: I min kantine er der kun sund mad!

Birthe skriver på tavlen: ”altomkost.dk/opskrifter/madpakker” på tavlen. Birthe taler rigtig hurtigt. Hun fortæller om, at på linket kan man få idéer til sunde madpakker.

(Kildesund Kommune, 11.11.08, s. 1)

Underviseren, Birthe, har travlt i sin undervisning, fordi hun skal nå at gennemgå kursusgangens pensum fra undervisningsmanualen, der skal gennemgås fra ende til anden. Det er noget bestemt, der skal tales om fra gang til gang. Undervisningen fremstår derfor fortravlet, hvilket kan være en af forklaringerne på, at der ikke gives plads til dialogen. Derudover kan der for så vidt ikke siges at være noget galt ved at formidle viden om sunde og usunde ting i madpakken til børnene (og forældrene, der jo sidder udenom). Det centrale for denne afhandlings analytiske optik er dog, at kun de overvægtige tilbydes denne ekstra viden, fordi det på grund af deres vægt formodes, at de ikke har tilstrækkeligt viden om (eller har glemt), hvilke sunde ting, man kunne (bør) putte i madpakken. Endvidere består forskellen i at formidle viden frem for at facilitere centralt, da det repræsenterer to forskellige former for sundhedspædagogik, hvor der enten arbejdes med faste, kategoriale antagelser om det overvægtige barn og dets handlinger i hverdagen eller modsat med åbne og dialogorienterede tilgange.

At vidensformidle i polaritetsformer, som i ovenstående uddrag, afstedkommer også en vis moralsk indblanding. Dette findes blandt andet ved underviserens pointering af, at det allerbedste er at lave sin madpakke selv, altså indforstået at det sundeste ville være at dyrke overskuddet til at lave madpakken selv. Et moraliserende råd eller en anvisning, der i underviserens ytringsform ikke direkte beskæftiger sig med selve indholdet af madpakken, men snarere lader til at vægte selve handlingen at smøre madpakken selv frem for f.eks. at købe i kantinen. Dette kunne føres videre til en pointering af, at sundhed bliver et spørgsmål om moralsk styrke og anstrengelse, og at sundhedsfremme i virkeligheden i lige så høj grad handler om at arbejde med individernes selvforståelse på et moralsk plan, som det handler om at formidle viden om madpakkens indhold. Dette er i tråd med Deborah Lupton (1996)’s teoretisering om måltidsformer og moralisering over mad, hvor mad skal ses som indlejret i diskurser, der ofte er binære, magtfulde god/dårlig-diskurser. Disse er ikke kun sproglige italesættelser, men relaterer sig til sundhed og individets egen selvforståelse. Som gengivet i kapitlet om dette projekts teoretiske perspektiver, citerede jeg følgende fra Lupton: ”*Good food is often described as nourishing*

and 'good for you', but is also indicative of self-control and concern for one's health, while bad food is bad for one's health and on a deeper level of meaning is a sign of moral weakness'' (Lupton, 1996: 27). Således er der et dobbelt formål med undervisningens gennemgang af sund og usund mad, fordi der i diskurserne om god og dårlig mad ligger en parallel til god og dårlig sundhedsadfærd. Hvor det i en madpakkesammenhæng bliver god sundhedsadfærd at lave madpakken selv.

Som jeg berørte i teorikapitlet findes der også et helt tredje budskab ifølge Lupton. Dette handler om, at individer, der ikke spiser efter de gode anvisninger, mangler moralsk styrke. Dette kan underviserens ytring om, at det er godt at have madpakke med, så man ikke vælger pizzasneglene nede i kantinen, f.eks. siges at være en illustration på. Underviserens formodning er, at det ville de overvægtige børn naturligvis gøre, netop fordi den anvendte sundhedsdiskurs indeholder antagelsen om, at det overvægtige barn ikke ville kunne styre sig og naturligvis træffe et usundt valg. Dertil kommer, at et af børnene faktisk forsøger at bryde denne antagelse ved at byde ind med en kommentar om, at nede i hendes kantine kan man altså kun købe sund mad. Denne invitation fra barnet tager underviseren ikke imod, måske fordi den bryder med forestilling om, både hvordan det overvægtige barn handler, men også hvilke betingelser de overvægtige børn er omgivet af i deres hverdagsliv. Kurset lader til at ville fastholde sine diskursive forestillinger om sundhed og overvægt, men også forestillingen om at kurset ikke kun skal lære om rigtige og forkerte fødevarer, men også være et kursus i selvbeherskelse og en bearbejdning i moralsk civilisering, som Lupton kalder det (Lupton, 1996: 1+2).

6.1.3. Sundhed trin for trin

Det næste observationseksempel, som jeg har valgt at trække frem, handler om, hvordan sundhed på kurserne handler om at forøge viden og give konkrete redskaber for at nå frem til et acceptabelt sundhedsniveau. Eksemplet viser, hvordan den korrekte sundhedsviden trin for trin forsøges at blive integreret i børnenes hverdagsliv ved ugentligt at bygge ovenpå med nye, såkaldte udfordringer (hvilket kan siges at være en retvisende betegnelse).

Punktet med udfordringerne startede oftest med en opremsning af de foregående, som stadig var gældende, og sluttede med en tilføjelse af en ny. Det kom efter 6. gang til at se således ud:

Næste udfordring:

- 1) Drikke vand og husk at spise morgenmad
- 2) Stryg et uvenligt [usundt] produkt, tilføj et venligt [sundt]
- 3) Ud med et sukkerholdigt produkt.
- 4) Spis fisk 1-2 gange om ugen.
- 5) Ud med 10 uvenlige produkter, ind med 10 nye, sunde.
- 6) Spis 3 portioner venlige [sunde] produkter om dagen + spis 4-6 stivelseholdige produkter om dagen.

(Kildesund Kommune, d. 07.10.08, s. 3)

Med ovenstående præsentation af de udfordringer, som de kursusedeltagende børn i Kildesund Kommune skulle klare fra uge til uge, synes der langt fra Bjarne Bruun Jensens begreb om handlekompetencer, men ikke langt fra en oplagt diskussion af Wackerhausens teorier om de ægte og uægte mål. Udover disse generelle udfordringer lavede børnene også en række individuelle udfordringer, som de selv definerede: cykle til skole, svømme en bane mere til svømning etc. Disse figurerede i et såkaldt stjernediagram, hvor børnene fik en stjerne hver gang de fuldførte deres mål. På den måde kunne der argumenteres for, at kurset netop søgte at sammensmelte det biomedicinske sundhedsbegreb med det kontekstbestemte sundhedsbegreb, jævnfør forestillingen om det åbne og brede sundhedsbegreb. For som Wackerhausen rigtig nok skriver, så er sundhed "[...] *evnen til at indfri mål*" men jo også at det: "*som afgør graden af et subjekts sundhed – kvaliteten af generaliseret handlekapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, det livsbetingelser og dets subjektive handlefærdigheder* [...]" (Wackerhausen, 1994: 50). Forskellen på det, som Wackerhausen advokerer for, og det, der sker med udfordringerne eller sundhedsmålene på kurset i Kildesund Kommune, er, at målene risikerer at blive værdiladede og objektive, fordi børnene ikke selv har deltaget i den aktivitet, der handler om at definere udfordringerne som et mål. Dermed kommer tanken om, at sundhedsfremme med udgangspunkt i subjekternes erfarede og levede liv kommer til at vige pladsen for universelt gældende måder at ville gøre sund på.

Signild Vallgård bruger udtrykket "at ligge valgene til rette" (Vallgård, 2003a: 153). Her i ovenstående observationsuddrag bliver valgene måske lagt til rette i en ekstrem form, men ser man på deres sammenhæng med kurset i øvrigt, kan Vallgårdas udtryk siges at gøre sig gældende bredt. For hvis ikke udfordringerne indgik som en del af kursets sundhedspædagogik eller øvrige diskur-

sive fortællinger om det sunde liv, så ville børnene måske slet ikke beskæftige sig med dem, endsi­ge forsøge at efterleve dem. Udfordringerne er jo netop ikke bare en udfordring, men et eksempel på et af de mange diskursive del­elementer, der tilsammen på det lokale plan kan siges at være en del af en herskende folkesundhedspolitik. Således er det muligt at anskue kursets udfordringer som et sundhedspolitisk styringsredskab, og som et forsøg på at lade de offentlige sundhedsidealer gøre sig gældende på den private arena. På den måde bliver der tale om en livsstyring frem for blot at videreformidle et godt råd.

Udfordringerne afspejler, hvordan statslige forsøg på at påvirke borgernes sundhed i en bestemt retning bliver et styringsredskab, men først i det øjeblik hvor præmisserne har forplantet sig i en diskursiv forståelse af det sunde liv, hvor to elementer er afgørende: At disse forståelser modtages som sande, og at forståelsernes indlejrede appel til pligt og ansvarlighed godtages. Og dermed kommer vi omkring en af Vallgårdas andre pointer, nemlig den dobbelthed der befinder sig i de offentlige sundhedspolitikkers håndhævelse af, at sundhed først og fremmest skal være et frit valg til at leve det liv, man som borger ønsker. Det frie valg kan dog siges at komme i klemme som ideal, når identifi­kationen af de rette valg er de valg, der ud fra et statsligt og sundhedspolitisk synspunkt anses til at træffe. Når udfordringerne alligevel synes at tale sig ind i deltagerne egne sandheder om det sunde liv, og når udfordringerne bliver taget alvorlige og forsøgt udført på bedste vis, så kan det med de bio­pædagogiske teorier forklares med, at den viden om sammenhængen mellem sundhed og overvægt, der produceres i relationerne på kurserne, også medfø­rer bestemte måder at forstå sig selv som individ (jf. Wright, 2009: 1-2). Kur­susdeltagerne kan siges at integrere sig i en form for ”skjult (egen)overvågning”, hvor netop udførelse af kursets udfordringer bliver en måde at ændre sig for at tilpasse sig den herskende sundhedsnorm. Ikke mindst fordi diskurserne er styrende for, hvad der anses som det rigtige og det forkerte sundhedsvalg. Udfordringerne bliver en tydelig repræsentation af de rigtige sundhedsvalg i overensstemmelse med den herskende sundhedsnorm og det forventelige, men samtidig også en lige så tydelig repræsentation af de forkerte valg og en markering af en afvigelse fra samme norm.

Og netop det forventelige fylder generelt meget i begge kursers sundhedspæ­dagogik. Dette kommer til udtryk ved de episoder på kurserne, hvor tilgangen til deltagerne er baseret på en mangeldiskurs, der i nogle tilfælde kommer til at diskvalificere deltagerne ressourcer på forhånd, hvilket blandt andet kan siges

at skyldes, at der arbejdes ud fra faste begrebsdefinitioner på det sunde og usunde barn.

6.1.4. Mangeldiskursens indtog og salutogenese

Som fremhævet tidligere ligger der i selve idéen bag et kursusudbud den grundantagelse, at målgruppen for kurset antages at mangle en bestemt færdighed, kundskab eller viden. De forrige observationsuddrag og også dokumentanalyser har bragt talrige eksempler på, hvordan der på kurserne arbejdes med udgangspunkt i, at overvægtige børn mangler en hel del, hvilket er med til at begrunde, hvorfor de er overvægtige og dermed betragtes som usunde.

Der var i Velvinge Kommune en særlig episode, hvor sondringen mellem det ressourcefyldte og det mangelfyldte blev klar. Faktisk i en sådan grad, at det forårsagede en eksklusion af en forælder. Den første gang jeg var til stede som deltagende observatør, var jeg med familierne udenfor og lavede forskellige lege og bevægelser. Hanne, gymnastikinstruktøren, og jeg faldt i snak på et tidspunkt, hvor der var et ophold i øvelserne. Jeg skrev følgende ned:

Hanne fortæller mig i starten, at en mor i en af familierne ikke er velkommen, og at de har bedt hende om at blive væk, fordi hun er ressourcevag ("hun har helt sorte tænder!"). Dette fortæller Hanne mig, mens den pågældende families tre børn og far står ca. 3 meter væk og delvist synes at kunne følge med i samtalen.

(VK, d. 04.10.08, s. 1)

Jeg spurgte ikke på stedet ind til, hvad hun mente med ressourcevag, men tog i første omgang imod billedet af en kvinde med sorte tænder, som skulle det være forklaring nok. Desuden var jeg tydeligvis forundret over, at underviseren gav mig disse oplysninger, mens familien stod så tæt ved siden af. Jeg fik en oplevelse af, deltagerne var objekter frem for deltagende subjekter, hvilket i øvrigt var kendetegnende for underviserens interaktion med deltagerne bl.a. ved, at der ikke blev gjort noget ud af at lære hinandens navne at kende. Forskellen på at sundhedsfremme et hold objekter frem for et hold subjekter, har Aron Antonovsky som nævnt en teori om. Denne vender jeg tilbage til. Først endnu et møde med moren med de sorte tænder.

Jeg fik nemlig lejlighed til at møde moren senere samme dag, da gymnastikdelen var overstået, og en ny underviser havde taget over. Observationsuddraget begynder der, hvor familierne er gået op i husgerningslokalet for at lave mad. De har netop valgt sig ind på de forskellige opskrifter. Jeg noterede mig følgende:

Familierne gik herefter i gang med at lave mad. Moren med de dårlige tænder var dukket op nede i skolegården efter udendørsaktiviteterne og var nu med til at lave mad. Faktisk var det hende, der lavede maden, mens far Vagn sad ved det store bord. Moren havde helt styr på at lave pølsehorn. Hun var opmærksom på, at hendes søn, Martin, ikke kan lide ketchup, så hun lavede nogle af dem uden. (Jeg forstod ikke helt begrundelsen for, at denne mor ikke måtte komme med på kurset, da børnene tilsyneladende var glade for hende, og idet det var hende, der lavede maden. Jeg kunne godt se, at hun så lidt slidt ud, men derudover indgik hun fint i madlavningen og i relationen til sine børn).

(VK, d. 04.10.08, s. 2)

Da jeg senere får anledning til at tale med moren til tre af de deltagende børn, fortæller hun, at hun i mange år har arbejdet på en kagefabrik og derfor er rigtig god til blandt andet at lave æbleskiver. Hun er i det hele taget vant til at stå i et køkken, ser det ud til. Der kan selvfølgelig være gået en diskussion forud, som jeg ikke kendte til, men denne introduktion til at vurdere ressourcer på baggrund af udseendet synes ikke at være ekceptionel.

For det var i det hele taget bemærkelsesværdigt at observere på kurset i Velvinge Kommune. Særlig gymnastikdelen. Underviseren havde et udtalt fokus på, at deltagernes kroppe skulle bevæges for at forbrænde eller stramme op. Som hun sagde: ”Formålet er, at de får rørt sig”. Jeg kunne ikke lade være med at fundere over, hvilke andre formål der kunne ligge i, at familierne deltog i kurset. Blandt andet fordi øvelserne ofte indeholdt forbavsende lidt leg (børnene var mellem 2 og 13 år) og var decideret gymnastiske øvelser. En lørdag, hvor jeg kom ind i salen, efter timen var gået i gang, så det således ud:

Da jeg kommer ind i gymnastiksalen på skolen står Hanne (underviser), Anton (13 år), far Vagn, Anna (13 år), far Per og Sandys mor i en nu delvist opløst cirkel og laver benløft efter Hannes taktråb og tællen.

Alle de andre børn, dvs. Joy (12 år), Martin (8 år), Sandy (9 år), Sofus (7 år), Otto (3 år) og Sandys lillesøster (2 år) sidder på den store madras og kigger på eller hopper rundt og leger. Jeg tænker først, at de måske er i gang med en særlig øvelse, hvor de er delt op, men kan så forstå, at børnene simpelthen er sprunget fra.

Hanne og nogle af de andre forældre prøver at få børnene med, men de gider ikke. Sofus siger: "Mig og Otto (hans lillebror) skal lege!" ... Otto har faktisk fødselsdag i dag. Han fylder 3 år. Far Per bliver vred og siger, at NU skal Sofus komme. Sofus siger: "Men det er svæært! Kan vi ikke spille stikbold i stedet for?" spørger han Hanne. Nej, det kan vi ikke. Per hiver fat i Sofus og får ham med ind i cirklen.

Det samme gælder for de andre børn, men de kommer alle med. Også Sandy skal hives med igen. Sandys mor siger med et hovedrystende smil til mig: "Og så er det jo for deres skyld, at vi er her!"

Der bliver altså samling i cirklen igen, og vi instrueres i en ny øvelse. Jeg hopper også med ind i cirklen og laver også øvelser sammen med de andre. Kun Sandys lillesøster på knap 2 år er ikke med, forståeligt nok. Hun passer dog sig selv og hygger sig.

Vi i cirklen skal nu holde hinandens hænder og så bukke først det ene ben og så det andet, mens vi holder fast i hinanden. Og så skal benet svinges, frem og tilbage, frem og tilbage. Så det andet ben. Flere har svært med balancen.... og flere af børnene falder fra igen og siger, at det er for svært. (Helt personligt ville jeg også hellere spille stikbold).

(VK, 15.11.08, s. 1-2)

Generelt er mine observationsnoter fra Velvinge Kommune fyldt med undring. Mine forforståelser er konstant på prøve, og jeg bruger megen tid på at eftersøge kursets egentlige formål, når det nu ikke er et slankekursus, men

alligevel har så stor et fokus på kroppen. Samtidig undrer jeg mig over, hvorfor familierne gider bruge fem timer hver anden lørdag, hvor to af dem går med øvelser, som de fleste af deltagerne finder kedelige eller for svære – overvægtige eller ej. Jeg finder nogle svar, som jeg præsenterer senere, men først et blik på Aron Antonovskys [1987] (2000)'s sundhedsbegreb, som jeg har været inspireret af i forsøget på netop at se sundhedsfremme som et pædagogisk arbejde med ressourcer frem for mangler.

Skulle man følge Aron Antonovskys salutogenetiske teori om, at alle befinder sig i livets flod og møder forhindringer på vejen i form af forskellige typer af stressorer, så bliver formålet med at sundhedsfremme således at ruste menneskene til at overkomme disse livets udfordringer. Ved at overføre Antonovskys sundhedsmetafor, så ville kurserne altså kunne siges at handle om at gøre de overvægtige børn til gode svømmere. Det tror jeg nu også er gymnastikunderviserens intention, når hun hovedsageligt fokuserer på kroppen som et redskab til at overkomme stressorer, og for det andet fokuserer på alt det børnene mangler, blandt andet muskelmasse og udholdenhed. Disse syn kan siges at komme til udtryk i hendes valg af gymnastiske øvelser. Dertil kommer, at selve deltagerinddragelsen og medbestemmelsen er totalt fraværende. Det er jo ikke entydigt forkert at have fokus på kroppen, hvis man vil lære et barn at svømme (for at følge metaforen til dørs). Ej heller er det som sådan fejlslået at ville øge kroppens styrke. Men kursusdeltagerne er jo ikke nødvendigvis kropsligt immobile eller uduelige, fordi de er overvægtige. Pointen er, at skulle man følge Antonovskys teorier, så ville gymnastikdelen med fordel kunne tage udgangspunkt i deltagerens ressourcer, også de kropslige, for netop at give oplevelsen af succes ved at arbejde videre med alt det, der allerede virker for deltagerne.

I stedet kan deltagerne siges at blive gjort til objekter og i nogle tilfælde passive objekter, da gymnastikdelen for underviseren ikke handler om f.eks. at få alle med eller lave øvelser, der er sjove og legende. Derimod bliver hovedformålet med gymnastikøvelserne, at disse gennemføres fra start til slut, uanset hvor mange der står tilbage i cirklen. Igen er udholdenhed og styrke til stede i mere end en rent fysisk forstand. Med forestillingen om en 'fedme-epidemi' in mente, bliver motion et centralt led i at knække fedmekurver, hvor motion ikke skal dyrkes af lyst, men får status af en selvtæknik, som deltagerne har pligt til at udføre for at leve op til deres ansvar som en god borger. På den måde kan gymnastikøvelserne siges at være indlejrede i en omfattende sundhedsdiskurs, hvor dydigheder såsom anstrengelse og udholdenhed forventes

og dyrkes som et aktivt led i bestræbelsen på at blive sund. Antonovsky har i den forbindelse en pointe, når han under punktet om meningsfuldhed (som et led i den overordnede oplevelse af sammenhæng (OAS)) fremhæver medbestemmelse som afgørende for at stille sig positiv over for de opgaver, der skal investeres energi i. Som citeret for i teorikapitlet, så er det vigtigt: ”[...] *at folk forholder sig positivt til de opgaver, de stilles over for, at de har en betydelig grad af ansvar for udførelsen, og at det, de gør eller ikke gør, påvirker udfaldet*” (Antonovsky, 2000: 109). Igen synes det at være i dialogen og invitationen til medbestemmelse, at arbejdet med at sundhedsfremme består. På den måde kunne grundstenen for at få deltageres ressourcer i spil være lagt og dermed arbejdet med det, der allerede virker eller det, som deltagerne allerede har succesfulde oplevelser med.

6.1.5. Selvstyringens rationalitet

I forlængelse af ovenstående diskussioner af kursernes fokusering på mangler frem for ressourcer, samt hvordan biomedicinske sundhedsforståelser kan risikere at udvande et salutogenetisk sundhedsbegreb med fokus på ressourcer, har jeg været analytisk optaget af, hvorfor familierne troligt mødte op og deltog i kurserne.

Flere observationseksempler gav et svar på, hvorfor familierne var glade for at komme på kurset: De hyggede sig ved ganske simpelt bare at være sammen som familie. I Velvinge Kommune både til gymnastiskdelen (uanset øvelser!) og ved at lave mad sammen. I Kildesund Kommune udtrykte børnene, at det var rart at have et projekt alene sammen med en af deres forældre to gange om ugen. At børnene og deres forældre skabte deres egne meninger med at være på kurserne, er der ingen tvivl om.

Men senere slog det mig, at der måtte være andre bevæggrunde til fremmødet og til, at ingen opponerede synderligt mod de kedelige gymnastikøvelser eller de omfattende udfordringer. Sandys mors kommentar i et af de før præsenterede observationsuddrag gav mig et praj, idet hun, da børnene ikke gider være med til øvelserne, siger: ”Og så er det jo for deres skyld, at vi er her!” (VK, 15.11.08, s. 1). Dels vidnede kommentaren om, at den pågældende mor godt kunne finde på andet at lave hver anden lørdag i fem timer, hvis ikke lige det havde været for hendes børn. Men kommentaren vidner også om, hvordan magtfulde sundhedsdiskurser kan tilskynde en kursusdeltagelse. Børn og forældre på begge kurser udtrykte en taknemmelighed for, at den slags kurser overhovedet

eksisterer. En mor i Kildesund Kommune sagde på en af mine observationsgange, at hun var ”[...] *lykkelig over tilbud som det, kommunen tilbyder, for den slags tilbud var der ikke, da hun var barn*” (KK, 08.11.08, 4). Disse to mødres sætninger snublede jeg over igen og igen uden først helt at kunne finde ud af hvorfor.

Men skal det diskursanalytiske blik med de kritiske perspektiver fra de biopædagogiske teorier kastes ned over ytringerne fra disse to mødre, og skal man forstå det på begge kurser stabile fremmøde, så opstår en mulig slutningsforståelse. For uanset om de deltagende børn får fremmet deres sundhed eller ej, taber sig eller ej, så opleves kurserne som en god oplevelse, fordi de ikke kun imødekommer et sundhedsbehov, som kommunen eller staten for den sags skyld har defineret, men de opfylder også et behov hos borgerne, familierne. Det gør de, fordi diskursen om, at overvægtige har et sundhedsproblem opleves som en sandhed og taler sig ind i en legitimeret form i deltageres selvforståelse.

Kurserne er i virkeligheden et eksempel på, hvordan diskurserne om sundhed reproducerer sig selv og får tillagt betydning i deres møde med individerne og den kontekst, de indgår i, samt hvordan magt ikke er repressiv, men først og fremmest produktiv. For på den måde er kursusdeltagerne medproducenter af den magtfulde diskurs om, at overvægt er usundt, og derfor oplever de grundlæggende kurserne som en håndsrekning. Og så er det, at man med et governmentality-analytisk perspektiv kan tale om, at biopolitikken og biopædagogikken har sin tilsigtede virkning. For ikke alene etableres diskurser om sundhed og overvægtige, der koder med en ganske bestemt selvforståelse (nemlig at de overvægtige er usunde, har dårligt selvværd, er udsat for mobning, er i risikogruppe, er en del af en herskende fedme-epidemi mv.): Diskurserne leverer også løsningen på alle sundhedskvalerne netop i form af de kommunale sundhedskurser.

På den måde foranlediges deltagerne til at tro, at de selv styrer deres valg, at de selv vælger deres deltagelse på kurserne. Og på den måde opleves kurserne ikke som en styrende dominans. Derimod hilses de velkommen, fordi deltagerne selv er en del af den accepterede forståelse af, at det sunde liv er det slanke liv. Og fordi de nærer et ønske om, at de og deres børn kan siges at tilhøre normen, det anerkendte. Kurserne kan med andre ord og jævnfør de foucaultske perspektiver udtrykt af blandt andre Mitchell Dean (2008: 14) siges at være succesfulde som normaliseringsmekanisme, fordi deltagerne tager imod og styrer efter de sundhedspolitiske rationaler, der med sundhedskurser-

ne lægges til rette, samtidig med at deltagerne har oplevelsen af, at de vælger frit. Kurserne bliver derfor en anerkendt institutionel arena for praktisering af den form for selvteknologi, hvor deltagerne regulerer, former og konstituerer sig selv gennem diskursive repræsentationer af rigtigt og forkert.

De pædagogiske metoder og kursernes udtalte fokus på kroppen er i dette lys heller ikke ved et tilfælde relativt ensartede i begge kommuner. Tværtimod kan begge kurser ses som diskursive svar på herskende sundhedssandheder og som elementer i en opretholdelse af sundhedsnormen og som et led i den civilisering og disciplinering af kroppe og individer, der kendetegner biomagten og dermed også deltagerens forståelse af det sunde liv. Som biopædagogikkens fortalere siger: *“This enables us to understand biopedagogies as those disciplinary and regulatory strategies that enable the governing of bodies in the name of health and life. The conjoining of biopower and pedagogy allows us to suggest a framework for the analysis of ‘biopedagogical practices’. These practices produce the truth associated with the obesity epidemic and include for example, the strategies for intervention, the power relations and modes of instruction across a wide range of social and institutional sites, enacted in the name of the ‘obesity epidemic’. Biopedagogies can be understood as urging people to work on themselves”* (Wright, 2009: 9).

Ligeledes rammer kurserne ned i forestillingen om den dydige ’bio-borger’ (Halse, 2009: 51), hvor det at deltage og tage imod et kursus har en vigtig udadrettet signalværdi, nemlig at man som borger (barn såvel som forældre) har forstået og accepteret det normfulde budskab om, at overvægtige er usunde og en belastning for samfundet. I denne forståelse bliver kurserne budt velkommen, fordi det udgør en vigtig mulighed for at vise, at man er en ansvarsbevis borger og gerne vil forme sin adfærd efter det forventelige. På den måde giver begge mødres udsagn mening: De overvægtige børn er først og fremmest på kursus for at lære, hvad samfundet forventer af dem og få redskaber til at efterleve normens forventninger og eventuelt tabe sig, hvilket vil blive opfattet som et godt bio-borgerskab.

Pointen er dog, at forestillingen om, at overvægtige per definition er usunde, godtages som præmis og er styrende for deltagerens fremmøde, selvforståelse, engagement på kurserne og arbejde med deres kropslige fremtoning – men uden at deltagerne på trods af deres overvægt *nødvendigtvis kan siges at være usunde*. Dette bliver et af de væsentligste budskaber i det næste kapitels analytiske bidrag, der tager udgangspunkt i de hverdagsoplevelser og alternative sundhedsforståelser, som børnene fortalte om i de foto-eliciterede interviews.

6.1.6. Kategoriale antagelsers mulige effekt

På trods af at jeg som sådan har afgrænset mig fra at beskæftige mig med forældrenes deltagelse på kurserne, giver jeg alligevel plads til en observationsgang, som jeg foretog i Kildesund Kommune, hvor kun forældrene var til stede. Børnene var i gymnastiksalen, og forældrene blev som sædvanlig tilbage i lokalet for at drøfte et givent emne, der på forhånd var udpeget til at have relation til overvægt. Det er en ny underviser, praktikanten Lone, der kører seancen. De skal tale om konfliktløsning og problemer som f.eks. mobning, hvilket følgende observationsuddrag gengiver:

Det er lidt svært at få diskussionen i gang. Lone har givet et kort oplæg. Så spørger hun, hvordan de som forældre håndterer mobning? Julies far siger, at han starter lige med at tage en kop kaffe. (Der står pulverkaffe, teposer og en elkedel på bordet). Lone spørger igen, om de kan fortælle lidt om, hvad der sker? Peters mor starter. Hun fortæller, at Peter (9 år) trøstespiser. Hun prøver at stille knækbrød frem.

Emmas mor fortæller, at Emma (10 år) laver pasta og ris, som hun koger, når hun kommer hjem fra skole og spiser med ketchup. Nu har de ikke pasta og ris derhjemme mere. Emma bliver dog ikke mobbet i skolen med sin overvægt. Julies far siger, at han ikke tror, at overvægt er kilden til mobning mere, fordi der er så mange børn, der er overvægtige i dag.

Der er løs snak om emnet. Oskars mor fortæller, at Oskar (10 år) en gang blev kaldt 'fede' af en i skolegården, og det blev han rigtig ked af. (...) Olivers far siger, at der er forskel på drillerier og mobning. Mobning er systematisk og gentagende drillerier. Men Oskar blev alligevel ked af det, fordi han ikke før havde betragtet sig selv som fed.

Emmas mor fortæller, at Emma ikke ville med til fødselsdag her i sidste uge, fordi det skulle foregå i svømmehallen. Hun ville ikke tage sit tøj af foran de andre. Det ville hun ellers gerne før kurset, men nu var hun blevet opmærksom på, at hun var tyk.

(KK, 08.11.08, s. 1-3)

Observationen kredser omkring, hvordan herskende sundhedsdiskurser omkring sammenhængen mellem overvægt og sundhed også producerer forskelli-

ge følgeantagelser. I dette tilfælde en herskende forståelse af, at overvægtige børn bliver udsat for mobning. Underviseren, Lone, starter med at spørge, *hvordan* de håndtere mobning, som var det en selvfølge, at familierne kæmpede med mobning som et problem i hverdagen. Peters mor imødekommer forestillingen ved at fortælle, at hendes barn trøstespiser. Emmas mor kan fortælle det samme, men kommer så i tanke om, at Emma nu ikke bliver mobbet med sin overvægt (om hun bliver mobbet med noget andet eller slet ikke, fortæller moren ikke). Dernæst sker der et skifte i snakken om mobning, idet forældrene bryder med forestillingen om, at overvægtige nødvendigvis bliver mobbet, blandt andet ved at påpege at flere børn er overvægtige og at vægt dermed ikke nødvendigvis er noget, der bliver slået hårdt ned på blandt børnene. Desuden påpeger en forældre, at der er forskel på drillerier og mobning.

Emmas mor kommer dog med en historie, der repræsenterer en af de mange værdifulde indsigter, som jeg fik i løbet af observationerne. Morens fortælling udgjorde et vendepunkt i mit syn på, hvilken effekt kurserne også kan siges at have. Emmas mor fortæller, at Emma (9 år) pludselig ikke ville i svømmehallen mere, efter hun var begyndt på kommunens sundhedskursus. Årsagen var, at Emma havde fået et nyt syn på sin egen krop, der gjorde, at hun ikke længere ville tage tøjet af foran de andre børn. Med andre ord havde Emma fået en ny opfattelse af sig selv som værende forkert i forhold til andre børn. På den måde bibringer sådanne forældrehistorier en refleksion over, hvorvidt kursens arbejde med så faste, kategoriale antagelser om sammenhængen mellem sundhed og overvægt i virkeligheden kan få så alvorlige konsekvenser for børnenes selvopfattelse, at de efter endt kursusforløb i værste fald både holder op med at dyrke sport og forlader kurset med en negativ opfattelse af deres krop.

For at forstå, hvad der er på spil, og hvordan et kommunalt sundhedskursus med gode intentioner kan risikere at få katastrofale konsekvenser, når de møder det enkelte barn, er det nødvendigt at forstå diskursernes magtfulde konstruktioner af sandheder. For at begynde der, hvor den i vidt omfang anerkendte sandhed om omfattende en 'fedme-epidemi' hersker, så kan det siges, at denne sandhed jo aldrig ville kunne vinde indpas, hvis den var en enkeltstående sandhed. Diskurserne bygger ovenpå hinanden, videreudvikler sig og former nye sandheder, der enten forkaster eller understøtter de eksisterende. Det er i denne forståelse, at antagelsen om, at det overvægtige barn er udsat for mobning, har dårligt selvværd med videre får liv som en af de mange følgeproblematikker, der tilsammen tegner billedet af det overvægtige barn som sundhedsmæssigt udsat på både det fysiske og psykosociale plan. De diskursi-

ve praksisser producerer altså yderligere sandheder, der tilskynder individerne til at arbejde med sig selv (jf. Wright, 2009: 9). Pointen er, at den overvægtige krop ikke kun sladrer om dårlige kost- og motionsvaner; kroppen fortæller også gruefulde historier om mobning, social udstødelse og fiaskofølelser, som de sociale, diskursive koder indlæser i kroppene som en formodet objektiv sandhed, uden at der f.eks. i en oplagt situation, som den gengivet på kurset, tages tid til at stille spørgsmålstejn ved, om disse sandheder nu også er i overensstemmelse med virkelighedens hændelser.

6.1.7. De objektive sundhedssandheder

Ovenstående observationsuddrag fortsætter med, at forældrene taler om, at børnene har fået nye oplevelser af deres krop, efter de er startet på kurset. Ikke mindst fordi de ved kursets begyndelse skulle udfylde et såkaldt selv-værdsskema, hvor børn og forældre i samarbejde skulle svare på en række personlige spørgsmål om oplevelsen af at veje for meget.

Børneskemaet om krop og mad (selvværdsskemaet) (KK, dok. 3) består af 26 blandede spørgsmål, der skulle besvares med ja eller nej. Igennem spørgsmålene bliver børnene bedt om at tage stilling til deres udseende, deres vægt, deres krop, samt bedt om at vurdere, hvad de tror, at andre synes om deres udseende. Skemaet går videre til at spørge ind til barnets forhold til mad ved f.eks. at spørge ind til ædeflip, opkast, konstante tanker om mad, skræk for overvægt, kalorieindhold, skyld over at spise, forbrænding af kalorier, diæt-mad, kontrol over liv, pres fra andre omkring mad, ubehag efter at have spist slik med videre. Til disse spørgsmål kunne svarene gradueres over et spænd fra 'aldrig' til 'altid'.

Den videre samtale mellem forældrene fortsætter lige efter Emmas mors fortælling om, at Emma nu var blevet opmærksom på sin krop på sådan måde, at hun ikke ville gå til svømning mere. Jeg skrev således ned i mine observationsnoter:

Det samme siger Oskars mor: I et af kursets spørgeskemaer (som de skal udfylde i opstarten af kurset) bliver børnene konfronteret med, hvordan de ser ud og dermed gjort opmærksomme på, at de er tykke. Flere forældre oplever også, at spørgeskemaet kan ses, som om det giver forslag til f.eks. opkast, da det spørger ind til dette. Lone (underviser) er også forarget over spørgeskemaet og siger, at det er noget, som de [underviserne] diskuterer, da

det evt. er for upassende at spørge børnene om.

Der spørges også: ”Kan du lide at se dig selv i spejlet?”. Lone forklarer, at spørgsmålet var tænkt som, at barnet skulle (eller højst sandsynligt ville) svare nej, men at de så efter endt kursusforløb ville svare ja.

Olivers far spørger, om man ikke kunne stille åbne spørgsmål, så børnene selv kunne svare? Til det siger Lone nej, for det er jo ren statistik, idet svarene skal bruges som evidens, så man kan sige, at der skal være flere projekter, som det kommunen tilbyder, så politikerne vil smide penge i kassen. (...) Lone siger, at de er kommet lidt langt væk fra det, de skulle diskutere, nemlig mobning eller andre problemer.

(KK, 08.11.08, s. 3)

Andre forældre har altså haft en tilsvarende oplevelse, hvor deres barn med f.eks. selvværdsskemaet pludselig fik et negativt syn på deres udseende, som de ikke havde haft før.

Skemaet kan siges at arbejde ud fra nogle ganske bestemte antagelser om det overvægtige barn og dets selvværd, der bryder forældrenes og børnenes hidtidige oplevelser af dem selv. At forældrene reagerer stærkt på spørgsmålene vidner om, at de konstruerede kategorier omkring sammenhængen mellem overvægt og selvværd har været for skarpt optegnet og måske for langt fra forældrenes oplevelse af børnenes selvværd.

Med selvværdsskemaet (KK dok. 3)’s lukkede spørgsmål forstærkes denne diskursive forestilling om det overvægtige barn, blandt andet fordi skemaet skal bruges til at evaluere kursets effekt. Men selvværdsskemaet udelukker også en lang række andre sundhedssandheder, som forældrene i konfrontationen med forståelsen af det overvægtige barn som en fedladen, social fiasko reagerer på. Underviseren, Lone, er for så vidt lydhør over for forældrenes frustration, men ender alligevel med afslutningsvist at sige, at de er ved at komme for langt væk fra det, de egentlig skulle tale om (mobning). På den måde fastholder hun (i sit forsøg på at hjælpe) sandheden om, at overvægtige er udsat for mobning – på trods af forældrenes forsøg på at bryde med denne forestilling og bidrage med andre billeder eller sundhedssandheder om deres overvægtige barn.

Hændelsen i observationen er et eksempel på, hvordan evidens forsøges overført fra en oprindelig medicinsk praksis til en praksis, hvor sociale interaktioner er med til at definere den kontekst, der skal evalueres på. De på forhånd fastlagte kategoriale forestillinger om det overvægtige barn godtages ikke eller bliver i hvert fald mødt med en reaktion, der vidner om, at kategorierne er for grovkornede eller for langt fra den erfarede virkelighed. Som Carlson og Simovska (2009) påpeger, så er evidens et forsøg på at komme usikkerheder til livs ved at anvende en systematik og stringens (Carlsson og Simovska, 2009: 297), hvilket selvværdsskemaet er et udtryk for. Men derudover, som observationen illustrerer, kan sådan et selvværdsskema i sine bestræbelser på at frembringe objektive beviser på, at de overvægtige børn forandrer sig i løbet af kurset, få en paradoksal og på ingen måder ønskværdig konsekvens: At børn, der trods overvægt forud for kursets start havde en fin kropsopfattelse, kan risikere at udvikle et dårligt selvværd som følge af kursets teknikker til at gøre opmærksom på overvægtiges formodede selvværdstilstande.

Efterlysningen af åbne spørgsmål vidner om et behov fra deltagernes side til selv at kunne definere både deres tilstand, men også hvad der for dem udgør vigtig viden og værdi i hverdagslivet. De lukkede spørgsmål og ønsket om at måle et selvværd i faste kategorier i forsøg på at være objektiv underkender derfor en lang række af subjektive vurderinger af eget selvværd, som ellers kunne betragtes som værdifulde sandheder at kende til. Carlson og Simovska (2009: 308)'s pointering af faren ved reduktionisme i måden at ville lave evidensbaserede sundhedstiltag har derfor i dette observerede tilfælde to meget alvorlige bivirkninger: At deltagerne får nye, men ringere opfattelser af sig selv som kompetente individer, samt at hverdagslivets erfaringer ikke kommer i spil og tillægges værdi på grund af deres subjektive karakter.

I forlængelse af ovenstående trækker jeg næste observationsuddrag frem. For hvor konsekvensen ved reduktionisme i måden at ville evidensbasere sundhedsfremmende tiltag kan bevirke, at deltagernes hverdagsbaserede viden ikke anerkendes som legitim på lige fod med den kvantificerbare viden, så kan det i yderste konsekvens have den yderligere effekt, at deltagere, der ikke har tabt sig eller forbedret de kropslige mål ved endt kursus, men alligevel har haft en god sundhedsfremmende oplevelse, kan forlade kurset med en følelse af fiasko.

6.1.8. De kropslige kriterier for sundhed

Der er ingen tvivl om, at begge kommuner var opmærksomme på at deres sundhedspædagogiske indsatser skulle kunne siges at have en effekt. Naturligvis, kunne man indskyde. Indsatser, der hverken har økonomisk sigte eller virker ind på at forbedre borgernes sundhed, ville både være formålsløse og spild af penge. For at vurdere effekten af de igangsatte sundhedstilbud for de overvægtige børn, havde begge kommuner en velbeskrevet evalueringspraksis. Jeg gengiver her i kort form eksempler på, hvad de to kommuner lagde vægt på i deres evaluering af kurserne:

Velvinge Kommune

- Har familien ændret madvaner?
- Har familien ændret måltidsvaner?
- Er familien blevet mere fysisk aktive i hverdagen, efter I startede på kurset?
- Har deltagelse i kurset gjort, at dit barn/dine børn har fået større selvværd?
- Har deltagelse i kurset betydet andet for dit barn/dine børn end ændrede kost- og motionsvaner?

(VK, dok. 4, spgm. 17-19, 29 + 30)

I Velvinge Kommune var der ikke afsat en kursusgang til evaluering. På sidste kursusgang fik forældrene tildelt det spørgeskema, som jeg har vist et uddrag af i ovenstående (VK, dok. 4, spgm. 17-19, 29 + 30). Skemaet indeholdt linjer, hvor deltagerne kunne skrive tilføjelser. Skemaet blev udfyldt af en af de deltagende forældre og herefter afleveret. Børnene indgik ikke i evalueringen.

Kildesund Kommune

Forventede kliniske mål for børn, som deltager i [sundhedskurset] (Disse konkrete, kvantificerbare mål er valgt idet de udgør de resultater, der er opnået gennem de [udenlandske] erfaringer):

- En gennemsnitlig reduktion på ca. 2 cm i barnets taljemål.
- Gennemsnitlig reduktion på 1 enhed i BMI'et hos hvert barn.
- Forøgelse af den tid hvert barn bruger på aktivitet med ca. 3 timer/uge.
- Reduktion af den tid hvert barn bruger på stillesiddende aktivitet med ca. 3 timer/uge.
- Forbedret selvværd hos børnene (målt ved valideret selvværdsskema).

- At 50 % af børnene som har fulgt [kurset] har opnået varige vægttab/vægtvedligeholdelse i 1 år.

(KK, dok. 2: 6)

På grund af en copyright-klausul gengiver jeg ikke de evalueringsskemaer, som Kildesund Kommune benyttede på kurset. Men udover det nævnte validerende selvværdsskema, skulle deltagerne besvare et andet skema om mad- og madvaner (KK dok. 4). Dette spurgte detaljeret ind til f.eks. hyppigheder omkring morgenmad (hvor ofte), antal glas vand, sodavand og frugt og grønt om dagen, indtag af brødtyper (hvidt og groft brød), samt indtag af chips, slik, fastfood mv. Endelig spørger skemaet ind til, om forældrene forstår at læse en varedeklaration, om de laver mad fra bunden, og om familien spiser mad sammen. Også dette spørgeskema skulle besvares igen efter endt kursus. Således lægges der op til, at det er disse parametre, der i sidste ende vil kunne vurdere, om den enkelte families sundhed er forbedret.

I Kildesund Kommune var en hel kursusgang sat af til at evaluere. Det foregik på den måde, at familierne kom til en form for konsultation. Først hos underviserne, der målte og vejede barnets krop og fysiske tilstand, og dernæst hos en repræsentant fra kommunen, der dels samlede op på de kropslige markører og dels spurgte børnene og forældrene om deres oplevelse af at medvirke på kurset.

Jeg foretog følgende observationsnoter på konsultationsdagen:

Barn og forælder kommer til konsultation med ca. 20 minutters interval hos kursusfolkene, der befinder sig ovenpå i to små mødelokaler. I det ene sidder instruktørerne Birthe og Margrethe sammen med de to praktikanter, Pernille og Lone. I dette rum skal børnene have målt deres højde og lave en konditionstest, hvilket Birthe står for. Konditionstesten består i, at barnet skal gå op og ned af en step-bænk med fødderne i tre minutter og have målt puls før og efter. Birthe sætter rytmen med et bip-ur og siger: Op, op, ned, ned, op, op, ned, ned osv., så fødderne kan følge hendes takt. I en lille mellemgang mellem det ene mødelokale og det andet vejer Margrethe børnene og måler deres livvidde. Denne bliver sammen med højde, kondition og vægt tilført et skema, som børnene tager med ind til Morten fra kommunen, der sidder i det andet mødelokale og skal tage den afsluttende snak med børnene og deres

forældre. Familierne kommer ind efter hinanden, så hver familie får ca. 10 minutters snak med Morten hver især.

Da jeg ankommer, er Klara ved at blive vejjet og målt og skal til at lave konditionstest. Der er en anden familie inde hos Morten. Lone siger, at jeg bare kan gå ind til Morten og familien, selvom de er i gang, men jeg vil ikke bare brase ind uden at have fået familiens og Mortens accept. Så jeg bliver og ser, hvad der sker i det første mødelokale. (...) Oliver og hans mor dukker også op. Så går Klara og hendes familie ud i mellemgangen og giver plads og for at se, om Morten er ved at være færdig. Det er han, og de går ind. Jeg når ikke at gå med ind, da jeg gerne vil opleve Oliver og høre, hvad han har at sige. Han bliver også målt og vejjet og får lavet konditionstest. (...) Oliver får ros for sin gode form.

(...) Jeg går med Oliver og hans mor ind efter at have spurgt, om det er ok. Morten siger også, at det er helt i orden. Det er virkelig ærgerligt, at jeg ikke havde enten et kamera eller en diktafon med, for der skete virkelig mange ting, som satte kursets essens lidt på en spids. Jeg syntes heller ikke, at jeg kunne tillade mig at sidde og tage noter, fordi samtalerne var personlige.

(...) De startede med at sammenligne tallene fra det netop udfyldte skema med tal fra et tilsvarende skema, der blev udfyldt ved kursets start for 9 uger siden. Oliver's tal var vist overvejende positive. Han havde tabt sig en del rundt om livet. Oliver fortalte, at han ikke havde haft svært ved at følge kursusprogrammet, og hans mor supplerede, at når Oliver satte sig noget for, så gjorde han det også, som han skulle. Morten spurgte også ind til, om Oliver gik til noget sport, for ellers var de ved at se, om de kunne lave et kursushold ud af de deltagere, der ønskede det og som ikke gik til noget sport nu. Oliver ønskede egentlig at fortsætte som kursus-instruktør ligesom hans ven, Frederik, havde været det denne gang. Men eftersom det næste gang er i den anden by i kommunen, så blev det muligvis for langt at køre. Desuden går Oliver nu til volleyball et par gange om ugen.

Der var stor forskel på de børn, der efterfølgende kom ind til Morten, hvor jeg blev siddende og fulgte de sidste samtaler.

F.eks. var der Freja og hendes mor, der begge var skuffede over at se tallene på højde, vægt, livvidde, kondition og BMI, for Freja havde ikke tabt sig, siden hun startede. Til gengæld havde hun tabt tre centimeter rundt om livet,

og hun fortalte, at hun nu kunne passe nogle gamle bukser, som hun ikke havde kunnet være i længe. Også Frejas mor var skuffet over det manglende vægttab og forstod ingenting, da Freja virkelig havde gjort det, hun skulle. Nu cyklede hun hver eneste dag i skole og hjem og op til hesten og hjem, hvilket hun ikke havde gjort før. Der blev talt om, at hun så nok bare havde omdannet fedt til muskler, men denne bemærkning lod ikke til at ændre fornemmelsen af ikke at have lykket sig i projektet. Freja var dog begyndt at tale med Kari-na fra kurset, hvilket hun var rigtig glad for.

Sidse var et af de børn, der havde opnået forbedringer hele vejen rundt. Sidse er på nuværende tidspunkt overhovedet ikke overvægtig, men tilsyneladende havde hun før en topmave, som hun nu har tabt. Sidse havde fået en rigtig god veninde i Sofie, og de havde sovet sammen og leget en del siden. Sidses mor var også rigtig glad for kursusforløbet og fandt det en lettelse, at andre voksne fortalte Sidse om portionsstørrelser mv., hvilket i virkeligheden havde været det største problem. Sidses mor følte virkelig, at de kunne bruge det til noget, og hun fortalte om sin egen barndom med overvægt, men hvor der ikke var lignende kurser. Sidses mor og Sidse havde også talt med Emma om at tage med i svømmehallen. Sidses mor fortæller, at hun jo også selv havde tabt sig lidt af at følge kurssets råd.

Mads kom ind med sin mor, og de blev meget kede af at se tallene, for Mads havde taget ret meget på. Det kunne de slet ikke forstå. Der blev talt frem og tilbage, og en del af forklaringen kunne måske være, at Mads, lige inden han blev vejlet første gang på kurset, lige havde været på skitur i en uge, hvor han havde brugt sin krop helt vildt meget. Derfor vejede han nok mindre end normalt dengang, og derfor så det så voldsomt ud nu, når tallene blev sammenlignet. Alligevel beslutter de, at Mads skal få Margrethe til at måle ham igen rundt om livet, da det lyder helt skævt, at han skulle have taget så meget på (denne måling viste dog præcis det samme).

(...) Mere eller mindre samme tendens er gældende for Camilla, der heller ikke har tabt sig, men nu heller ikke havde taget på. Derudover har hun vokset en centimeter, hvilket gjorde at hendes BMI-tal var mindre, end da hun startede. Dette er dog ikke en trøst for moderen, der slet ikke kan begribe, hvordan det kunne lade sig gøre. De syntes ellers selv, at det gik godt. Morten bruger meget energi på at forklare, at det jo faktisk ser rigtig fint ud. Camillas mor spørger Morten, om han vil anbefale dem at gå til lægen, for lige siden Camilla var lille, så har hun været overvægtig, og de har prøvet alt. Mor er

bange for, at der er noget galt. Det mener Morten ikke, at mor skal være bekymret over, for principielt set har Camilla jo tabt sig, idet hun vejer det samme (endda et par hundrede gram mindre) og samtidig er vokset. Så Morten anbefaler, at de forsætter med kursusrådene, og så giver det nok sig selv. Camillas mor er ikke overbevist.

(KK, d. 18.11.08, s. 1-3)

Som observationseksemplet viser, var der gjort plads til at kombinere både en måling af børnenes kropslige udvikling og en personlig samtale. Formålet med målingen af børnenes kroppe forekommer dog stadig uden for harmoni med erklæringen om, at kursets ikke var en slankekursus, men et livsstilskursus.

Men mere interessant synes samtalen hos kommunens repræsentant, Morten. Selv om der blev talt om, hvad børnene havde fået ud af kurset i form af venskaber, nye indsigter, nye måltidsvaner mv., så fyldte de biomedicinske faktorer alligevel mest for deltagerne. Samtalekonsultationen startede også med en sammenligning af tal, og dermed blev grundlaget for evalueringen lagt: Er det gode eller dårlige tal? Faktisk kom tallene i de tilfælde, hvor de var blevet værre end ved kursets start, til at fylde meget, fordi de bragte en skuffelse med sig. Både børn og forældre blev frustrerede over følelsen af, at 9 ugers kursusdeltagelse så kunne siges at være nyttesløst eller spildt. Flere af børnene syntes faktisk at gå fra kurset med en følelse af fiasko, fordi de havde haft forventninger om, at deres kropslige tal havde ændret sig. Sandheden om, hvad der i sidste (evaluerings-)instans kunne siges at være det rigtig sunde, forblev dermed indlejret i de kropslige parametre.

Problemet er, at kvaliteten af kursets tilskrives kropslige faktorer, når de bliver de centrale omdrejningspunkter i kursusevalueringen. Kurset rummede en lang række andre kvaliteter og udbytter, som deltagerne var glade for, hvilket jeg kommer omkring i analyserne af de foto-eliciterede interviews. Men disse synes med kommunens anvendelse af evidensbegrebet uinteressante. Hvilken viden, der tillægges værdi eller anerkendes som sand, kommer med andre ord til at afhænge af kriterier, der på forhånd er definerede. Af samme grund synes deltagerens mulighed for at reflektere over, på hvilken måde kurset har spillet ind på deres hverdagsliv, ikke at blive praktiseret, fordi den relative og situationelle viden ikke bringes i spil – måske på grund af vanskeligheder ved at indgå i en målbar skemaevaluering.

Kurset synes dermed rent pædagogisk at glippe det læringspotentiale, der ligger i arbejdet med at inddrage deltagerne i at artikulere oplevede erfaringer om, hvordan kurset f.eks. kan siges at være handlingsorienteret og rettet mod hverdagslivet. Men også hvordan kurset måske kunne ændre sig og blive mere målrettet deltagernes præmisser og behov, eller hvordan kurset med fordel kunne arbejde videre med allerede etablerede sundhedspædagogiske principper, såsom de dialogorienterede og inddragende pædagogikker. Pointen er, som Kirsten Haastrup (2004) fremhæver, at evidensbaseret viden ikke kun bør være objektiv, men også relationel, hvis det sundhedspolitiske skal forenes med det praksisnære, sundhedsniveau (Haastrup (2004) i Carlsson og Simovska, 2009: 306). Idet jeg havde lejlighed til at spørge børnene om deres oplevelse med kurset, kom der andre og mere nuancerede synspunkter frem, der netop tog udgangspunkt i børnenes hverdagslivspraksis. Disse står centralt i det næste kapitel om det foto-eliciterede interviews.

Kapitel 7. De foto-eliciterede interviews

I dette sidste analysekapitel sætter jeg fokus på, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem og diskurser omkring det sunde liv og den gode borger indlejrer sig i overvægtige børns selvforståelser og i deres fortællinger om hverdagslivet.

Dette sidste analysekapitel skal betragtes som en integreret del af de to foregående analyser af dokumenter og observationer. Vekselvirkningerne mellem de tre typer af empirisk arbejde er afgørende at fastholde for at begribe de konstituerende former for meningsdannelser, der har fundet sted undervejs. På den måde har jeg læst og tolket de foto-eliciterede interviews med dokumenterne og observationerne i baghovedet, ligeså vel som disse andre to analysekapitler er blevet til med børnenes fortællinger in mente. Dog er det klart, at der har været en vis kronologi i selve nedskrivningen af de analytiske præsentationer, idet jeg ikke har kunnet skrive dem synkront. Dette kapitel om de foto-eliciterede interviews har således sidst været under behandling. Dette har betydet, at der kan siges at være flere spor af de foregående analysekapitler i dette kapitel omhandlende børnenes stemmer end omvendt.

Det centrale i denne præsentation af de overvægtige børns fortællinger i de foto-eliciterede interviews er således at vise, hvordan sundhedspolitikker og sundhedspædagogiske rationaler er med til at forme de diskursive konstruktioner af det normfulde, sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser gør noget bestemt ved de deltagende børns selvforståelser. Det, som jeg vil vise i dette analysekapitel om de foto-eliciterede interviews, er to overordnede bevægelser: Dels hvordan konsumptionsprocessen af sundhedsrationaler som en diskursiv proces kan siges at fortsætte i det levede børneliv, idet børnene på forskellig vis tillægger de sundhedspolitiske og sundhedspædagogiske budskaber en egen betydning; og dels hvordan rationalerne om sammenhængen mellem overvægt og sundhed og den pligtopfyldende borger diskursivt former måder for børnene at handle på.

7.1. Bearbejdning af fotografier og interviewtekst

Jeg har bearbejdet de foto-eliciterede interviews på en måde, hvor både det visuelle materiale og interviewteksterne ikke har været låst materiale, men er blevet læst i flere omgange. Læsningerne blev jævnfør den abduktive metode foretaget i samspil med de teoretiske perspektiver, der kunne skabe de iagttagelsesledende begreber, som analysen skulle produceres ud fra. Den første læsning bevægede sig til dels på et konkret plan i forhold til, hvad børnene fortalte med udgangspunkt i de otte hverdagslivsarenaer³⁷, og dels på et mere teoretisk funderet plan, hvor f.eks. mangeldiskurser omkring venneløse, inaktive, uvidende børn stod i søgelyset. Ligeledes var perspektiverne bag de biopædagogiske teorier, særligt vedrørende den dydige bioborger i forhold til at udvise mådeholdig adfærd som overvægtig, i centrum. Gennem de første læsninger eller kodninger opstod en lang række tematikker, der var omfattende og spændte bredt. Disse omhandlede f.eks. pinlige forældre, sports- og fritidsaktiviteter, spisesituationer, hjerteveninder, husdyr, mådehold, lærere og fag i skolen, skoleudflugter, korrekt og forkert fødevarerindtag, ferieture med familien, sjove og kedelige kursusoplevelser, søskende, leg, kost og motion, frikvarterer og mange flere tematikker. Det næste skridt var at kondensere tematikkerne ved enten at slå dem sammen eller forkaste tematikker, som jeg f.eks. vurderede, lå i periferien af mit undersøgelsesfokus. Denne kondensering medførte nye omgange af læsning af tekst og billeder, hvilket skabte få, men nøje udvalgte analysekategorier. Disse formede sig under overskrifter, som jeg løbende reviderede i takt med de fortløbende læsninger af de øvrige analyser, indtil jeg sluttelig havde de fem valgte hovedoverskrifter, som denne analysefremstilling blev bygget op efter.

7.2. Interaktioner med børn og magtspil

Det blev i interviewsituationerne uundgåeligt at forholde sig til, hvilke forståelser og ikke mindst magtspil, der hersker mellem børnene som informanter og mig som interviewer. Forud for interviewene havde alle børn mødt mig som deltagende observatør på kurserne og havde sat mig i forbindelse med noget, der handlede om sundhed. Således var min rolle som interviewer ikke neutral, men derimod ladet med en lang række forforståelser omkring mulige

37 1) Hjem og familie; 2) Børneinstitutioner og skole; 3) Kammerater; 4) Fritidsaktiviteter; 5) Kvarter og nærmiljø; 6) Pligter, lektier og arbejde; 7) Forbrug og medier.

tematikker jeg kunne have interesse i at undersøge. Og omvendt havde jeg som interviewer også i de forudgående møder med børnene dannet mig et indtryk af, hvem de var, hvad de tilsyneladende syntes om at deltage i de kommunale sundhedskurser mv. Disse gensidige forforståelser kom til udtryk på hver deres vis og prægede dialogen i hvert interview.

Forskningsprojekter, der omhandler børn, arbejder oftest med et teoretisk perspektiv på børn og barndom. Men børneperspektivet i forskning, der *inddrager* børn som informanter som et led i en empirisk produktion, får en anden dynamisk og til dels uforudsigelig karakter, når forskningen møder børnene ansigt til ansigt. Som beskrevet i metodekapitlet ytrede børnene sig i flere tilfælde ved hjælp af den *pædagogiske stemme*, det vil sige, at de fortalte om det sunde liv ud fra, hvad de f.eks. havde lært på kurset og gengav denne læring i deres fortællinger. Den pædagogiske stemme kobler sig også til det, som jeg betegner som den *forventelige stemme*. Denne stemme gik begge veje, idet jeg også forventede, at børnene ville sige noget bestemt, efter jeg havde observeret den sundhedspædagogiske praksis, som de havde deltaget i. Og lige så vel kom den forventelige stemmer til udtryk ved, at børnene sagde eller havde fotograferet det, som de havde en forventning om, at jeg gerne ville høre eller se. Dette viste sig ved, at flere af børnene havde fotograferet sund mad, f.eks. som Maria og Joy havde gjort med disse billeder:



Maria, (8 år): "Det er noget af vores frugt. [...] Hvorfor har du taget et billede af det? / Fordi det var sundt."



Joy (11 år): Joy spurgte inden interviewet, om jeg havde fået fremkaldt billederne og set, at hun havde taget billeder af noget sundt? Jeg kunne ikke lige huske et decideret sundt billede, men jeg gik hjem og kiggede, og kunne godt se, at hun havde fotograferet en pose æbler. Jeg spurgte hende næste gang, om det var det med æblerne. Ja, og også det med gulerødderne.

Ligeledes havde nogle børn taget billeder af dem selv, hvor de dyrkede sport, og fortalte om, hvor aktive de var til dagligt:



Sidse (11 år): Sidse havde gået til ridning, men ikke længere, fordi hendes hest døde. Nu fortalte hun således om, hvad hun lavede af sport: S: Jeg er sund, fordi jeg laver noget. Både mandag, tirsdag, onsdag, torsdag og fredag. [...] Om mandagen er jeg til gymnastik. Ja, og så om tirsdagen går jeg til brydning, og det gør jeg også om torsdagen, og om onsdagen går jeg til dans og svømning. Og så om fredagen går jeg til sjipling.

På den måde kan det siges, at nogle af børnene havde produceret visuelle data ud fra en forventning om, at jeg gerne ville vide noget om, hvordan de holdt sig aktive eller spiste sundt. Denne erfaring peger på, hvordan det er gennem interaktioner med børnene både før og undervejs i interviewene, at fortællinger om det levede børneliv formes og bliver delt med mig. Idet børnene var bevidste om, at min begrundelse for at ville interviewe dem handlede om sundhed, og idet børnene lige havde været på kursus i sundhed, hvor rigtig og forkert sundhedsadfærd stod i centrum, var det naturligt, at børnene viste, at de havde forstået det grundlæggende sundhedsbudskab: Spis sundt og motioner rigeligt! Denne bevidsthed kan siges at have været med til at præge de fortællinger, der opstod i interviewet.

7.2.1. Produktion af fotografisk materiale

Hvad enten arbejdet med at *skabe* visuelle data er et centralt led i foto-eliciterede interviews eller ej, så kan det visuelle materiale paradoksalt nok vise sig kun at blive et mindre led i det endelige forskningsprodukt. Dette kan have den betydning, at et forskningsprojekts analytiske pointer som i dette projekt bliver mindre bundet af de egentlige fotografier, men mere af den samlede proces omkring de foto-eliciterede interviews. Anna (13 år) havde f.eks. kun taget 9 fotografier. Jeg spurgte hende, om hun syntes, at det var en svær opgave, jeg havde stillet hende. Til det svarede hun:

”Ja. Jeg vidste ikke rigtig, hvad jeg skulle tage billeder af, fordi sådan ser min hverdag rent faktisk ud. At jeg står op, går i skole, er sammen med mine venner, er sammen med min veninde efter skole, spiser aftensmad, går i seng og ser fjernsyn” (Anna, s. 7).

Disse hverdaglivshændelser havde Anna sådan set også vist mig med sine fotografier og med de fortællinger, der knyttede sig til disse. Interviewet med Anna var fyldigt, hvilket var i tråd med interviews med andre børn, der kun havde taget få fotografier: Interviewene blev alligevel indsigtfulde. Men det skyldtes ikke nødvendigvis en stor mængde af fotografier fra mange forskellige scener fra hverdagslivet.

Med tiden fortalte flere forældre, at de havde fotograferet på børnenes vegne, for at de skulle nå at få taget alle billeder på kameraet, inden det skulle afleveres til fremkaldelse (se billede på næste side). Således var nogle forældre mere involverede i deres børns fotografering, end hvad planlagt var. Denne omstændighed betød, at de rent børneproducerede fotografier ikke altid var repræsentative i det samlede fotomateriale, om end børnene kan have givet deres accept til at låne forældrene deres kamera. I sidste ende var det dog, uanset hvem der havde fotograferet, børnene der deltog i interviewene og således også deres fortællinger, der blev inddraget i analyserne.



Det særlige ved at inddrage visuelt materiale i interviews er, at selvom der i nogle tilfælde ikke nødvendigvis har været en større tanke bag de fotograferede motiver, så kan der gemme sig lag bag et fotografi, der giver anledning til at fortælle både den åbenlyse historie i fotografiet, men som også giver anledning til andre fortællinger og billeder. F.eks. tanker om sundhed, der opstår i bestemte hverdagslige situationer, såsom erfaringer med en slank krops muligheder og en tyk krops begrænsninger.

Som i **Jacob (9 år)**'s fortælling, der tog udgangspunkt i dette fotografi af et træ i et gyldent skær:



J: Det er mange af mine venners yndlingstræ [...] Også mit. [...] Jeg kan bare ikke komme op i det mere.

I: Hvorfor?

J: Fordi man skal op igennem sådan et tyndt hul her, og så falder man ned. Og så når man ikke er tynd, så bliver man mast derinde, så man skal bruge rimelig mange kræfter for at komme op. (Jacob, s. 8)

Eller dette billede af **Peter (9 år)**'s mor, hvilket der kom en fin feriefortælling ud af:



P: Så har jeg taget et billede af min mor. [...] Hun står så... vi skal af sted på ferie med vores far til Lalandia, kan jeg huske. [...] Det var meget sejt, altså meget flot at være der igen. Det er længe siden, vi har været der. Der boede vi også i et andet hus. Det var vi i tre dage. [...] Vi badede, hvor der var en vandrutsjebane. (Peter, s. 4-5)

Interaktionen med børnene viste klart, hvor bevægelige fotografier og fortællinger er. At børnenes fortællinger, der tog udgangspunkt i fotografierne, formes af interviewkontekstens gensidige interaktion. På den måde affødte fotografierne de åbenlyse fortællinger, men de affødte også nye billeder, der ikke var fotograferet. Pointen er, at et fotografi ikke nødvendigvis altid bærer på de samme fortællinger. I dette projekts tilfælde har det haft en betydning, at børnene forbandt mig med en interesse for f.eks. krop og bevægelse – derfor handlede mange af børnenes fortællinger også om disse emner. Samtidigt opstod der lige så mange fortællinger, der ikke bar præg af hverken en pædagogisk eller forventelig stemme, f.eks. fortællinger omkring venskaber. Hvad børnene fortalte mig om deres hverdagsliv, om kurset og om deres forståelse af dem selv som sunde og usunde børn med forskellige muligheder for at deltage i et trivselsfuldt børneliv, viser jeg i det følgende analyseafsnit.

7.3. Børnenes stemmer

Kommunernes forpligtelse til at tilbyde sundhedspædagogiske kurser for at forebygge og sundhedsfremme borgere med særlige sundhedsbehov bliver først en succes, såfremt borgerne tilmelder sig og møder op til kurserne. De kommunale sundhedskurser i både Velvinge Kommune og Kildesund Kommune havde høj deltagelsesprocent, sågar var der venteliste til kurset i Kildesund Kommune. At et kursus for overvægtige børn og deres familie bliver en realitet og måske endda gentages forudsætter, at deltagerne, det vil sige de overvægtige børn, selv har oplevelsen af, at de har et problem eller et særligt behov, som kommunen med deres særlige indsatser kan afhjælpe eller imødekomme. Derfor undersøgte jeg i første instans, hvad der i de kursusdeltagende, overvægtige børns fortællinger udtrykte, at de var motiverede for at komme på kursus. Med andre ord undersøgte jeg, om overvægtige børns forstod sig selv som et barn med et særligt sundhedsbehov, eller om andre havde tilskyndet deres deltagelse. Dette førte til fortællinger om de overvejelser og oplevelser, børnene havde omkring kurset, før det begyndte.

7.3.1. Jeg har et problem: Jeg er overvægtig.

Når jeg spurgte børnene, hvordan de havde fået kendskab til de kommunale sundhedskurser, svarede de fleste af børnene i Kildesund Kommune, at de var blevet henvist til sundhedskurset via skolens sundhedsplejerske. Ofte var der flere fra samme klasse, der var blevet udvalgt og havde fået seddel med hjem om kurset. Som Maria fortalte: ”*Vi fik sådan nogle breve af sundhedsplejersken, der er*

på vores skole, hvor der stod, at vi kunne melde os. Så meldte vi os" (Maria, s. 7). Andre familier havde fået kendskab til kommunens sundhedskurser gennem kommunen selv eller på det lokale tekst-tv.

Når jeg spurgte børnene, hvorfor de havde meldt sig, svarede de fleste, at de havde sagt ja til at gå på kurset, fordi de var overvægtige, gerne ville tabe sig og/eller ville vide lidt mere om sundhed:

Sidse (11 år): "Altså fordi jeg var overvægtig, lidt overvægtig. [...] Det vidste jeg jo godt. Alle vidste det" (Sidse, s. 10).

Karina (13 år): "Jeg ville godt prøve det, altså. [...] For at tabe mig, tror jeg" (Karina, s. 6).

Sussi (10 år): "Jeg ville gerne gå til det, fordi jeg synes, at jeg var lidt overvægtigt, at jeg var lidt tyk" (Sussi i Sussi og Tea, s. 48).

Andre børn tænkte, at det kunne være sjovt og en god lejlighed til at enten hygge sig med sin familie eller måske møde nye venner. Endnu andre var mere usikre på, hvad kurset egentlig bestod i. F.eks. som Jacob (9 år), som havde forestillet sig et kursus med motion af en art. Motivationen for at melde sig var dog stadig overvægt. Da jeg spurgte, hvem der besluttede, at han og hans mor skulle deltage i sundhedskurset i Kildesund Kommune, fortalte han følgende:

Jacob (9 år)

J:	"Det gjorde min mor. Det var noget vi læste om, fordi vi skulle finde noget motion til mig, og så fandt vi [kurset i Kildesund Kommune]. [...] Og så sagde min mor, at jeg skulle prøve det, og så sagde jeg ja, og så gik vi bare til det."
I:	"Nå okay. Havde du regnet med, at det var det, det var, eller troede du at det var noget andet?"
J:	"Jeg troede nu mere, at det var noget andet."
I:	"Du troede, det var noget andet. Hvad havde du troet, det var?"

- J: ”Jeg troede i hvert fald, at det var sådan noget badminton, jeg gerne ville gå til, fordi mine venner også gjorde. Så det var nogle af mine venner, der havde sagt det.”
- I: [...] ”Så du troede, at [kurset i Kildesund Kommune] også ville have noget badminton for eksempel, eller nogle andre ting?”
- J: ”[...] Jeg troede bare man skulle lave gymnastik hele tiden. Ja, hvor man sådan skulle træne.”
- I: ”Ja? Hvorfor skulle I finde noget motion til dig?”
- J: ”Fordi jeg var tyk.”

(Jacob, s. 9)

Jeg spurgte specifikt Jacob, om han havde troet, at kurset var noget andet end det, det var, fordi han var et af de børn, der særligt i gymnastikdelen på kurset i Kildesund Kommune ikke rigtigt deltog i legene som de andre børn. Han stod af, gik ud af legen eller blev sur over en hændelse og gik med smækkende dør. Jacob fortalte, at han havde troet, at forældre og børn skulle lave gymnastik og leg sammen i hallen, men forældrene blev altid tilbage i lokalet for at drøfte forskellige emner omkring overvægt. Jacob er et eksempel på, hvordan børnenes begrænsede indblik i kurset forud for start (udover at de var tilmeldt pga. overvægt) kunne komme til at afspejle sig i deres deltagelse i kursernes aktiviteter. Flere børn fortalte, at de forud for kurset ikke helt vidste, hvad de skulle på kurserne. Dette stemmer overens med den forvirring, jeg selv havde, før jeg gik i gang med at observere. Særligt var jeg i tvivl om selve formålet med kurserne, da det f.eks. blev pointeret, at det ikke var et slankekursus, men alligevel kun blev tilbudt overvægtige børn.

At formålet var uklart for flere børn skyldtes bl.a. også, at det ofte var en voksenbeslutning, at familierne skulle deltage, da det hovedsageligt var forældrene, der tilmeldte dem kurset. Langt de fleste børn blev dog taget med på råd. Dog ikke **Anna (13 år)** fra Velvinge Kommune, der på spørgsmålet om, hvem der bestemte, at familien skulle på kurset, svarede:

- A: ”Det gjorde min far.”
- I: ”Okay. Hvordan fandt han ud af det?”
- A: ”Det ved jeg ikke. Han kom bare og sagde, at mig og ham, Sofus og Otto skulle gå til det, mens mor var på arbejde.”

- I: ”Ja, okay. Spurgte han, om I ville med, eller sagde han ’det har jeg besluttet, at vi skal?’”
- A: ”Jamen, det havde han bare besluttet. [...] Vi fik ikke noget valg.”

(Anna, s. 6)

Anna og jeg talte videre om, hvad hun tænkte, inden hun skulle starte på kurset i Velvinge Kommune:

- A: ”Ja, jeg kan huske, at jeg var rigtig nervøs, fordi at jeg vidste ikke, om der var nogle andre, og så troede jeg også, at det ville være sådan noget fysisk hårdt noget. Men det er det ikke. [...] Så jeg var lidt bange for det.”
- I: ”Okay. Du var bange for også, hvem de andre var?”
- A: ”Ja, sådan rigtig nervøs og sådan, så... Men det gik jo egentlig meget godt alligevel.”
- I: ”Ja, ja. Hvad havde du forestillet dig, at det var for nogle?”
- A: ”Det ved jeg faktisk ikke. Jeg havde bare forestillet mig, at det var nogle, som... ja, som havde næsten de samme problemer som os, ik. [...] Med at de var lidt overvægtige og sådan noget.

(Anna, s. 7)

Anna vidste heller ikke helt præcist, hvad kurset handlede om, men hun vidste så meget, at hendes familie havde overvægtsproblemer, og derfor var blevet tilbudt kurset. Interviewklippet med Anna viser, at hun gjorde sig bange tanker om, hvem de andre på kurset kunne være. Hun fortalte, at hun var nervøs for, at hun og hendes familie ikke ville være i samme båd, som de andre familier, det vil sige, at de andre ikke havde overvægtsproblemer. En del af børnene fremhævede, at det var vigtigt for dem, at de andre deltagere også var overvægtige. Dette peger på, at børnene havde en opfattelse af, at den slanke krop er det sundhedsideal, som de overvægtige forsøger at opnå. På den måde kan usikkerheden om, hvorvidt de andre deltagere også er overvægtige vidne om en diskursivt indlejret forståelse af, at den slanke krop har høj status og er det æstetiske smukke og succesfulde, som de overvægtige som en samlet gruppe skal forsøge at opnå ved at lære at ændre og disciplinere deres adfærd. Forestillingen om, at nogle af deltagerne ikke var overvægtige og dermed ikke anset

som usunde, kan derfor siges at skabe en bekymring om, hvorvidt den overvægtige familie vil positionere sig som en fiasko til sammenligning.

Ligeledes fortalte nogle af børnene i Kildesund Kommune, at et par af de deltagende børn slet ikke var overvægtige og dermed ikke burde gå på kurserne. Således herskede der en forståelse hos de deltagende, overvægtige børn om, at kurserne primært var for børn med overvægtsproblematikker, og at de som overvægtige børn, og ikke de normalvægtige børn, var målgruppen for disse kurser, da de som overvægtige og ikke de normalvægtige havde et sundhedsproblem.

Som en af de biopædagogiske teoretikere fremhæver, så er æstetik og moral tæt forbundet i det biomedicinske syn på overvægtige, fordi diskurser om overvægt som værende f.eks. en sygdom eller som i stærk fare for at udvikle sygdomme viser, hvordan magt og viden i form af medicinsk forståelse af overvægt, forårsager, at: *"Visible bodily markers (such as fat flesh) are read in ways that position subjects on either the 'acceptable' or 'unacceptable' side of the normal/pathological binary equation that signify subjects as either adhering to the requirements of 'healthy', ethical living, or as engaging in 'unhealthy' behaviours that position one as a moral and aesthetic failure."* (Murray, 2009: 78). Denne selvforståelse af overvægt som uacceptabelt kan også siges at være forbundet med skam. Dette påpeger Norbert Elias (1978) i hans diskussioner af, hvordan kropsligt afvigende og uciviliseret adfærd kan være forbundet med skam og forlegenhed, når det uciviliserede bliver synligt for andre. Elias har med sine studier af middelalderlige forskrifter for god og civiliseret opførsel vist, hvordan følelser af skam kan siges at være forbundet med afvigelser fra en normfuld ordentlighed, som individer anspores til at følge for ikke at udgyde til væmmelse hos andre. Omvendt kan adfærd, der tydeligvis ikke efterlever de normfulde sociale koder for civiliseret adfærd, siges at udvise *skamløs adfærd*. Derfor dyrker anvisninger til det civiliserede liv netop også skamfølelsen for derigennem at forsøge at forcere en regulering mod det ordentlige (Elias, 1978: 130 og 134). Overvægt kan siges at være et eksempel på en nutidig og særdeles visuel afvigelse, hvor kroppen sladrer om både sundhedstilstande, der defineres i og af kulturelt bestemte videns- og magtforhold, og dermed individets evne til at kontrollere sig i overensstemmelse med disse. Overvægt som afvigelse er gennemgående i børnenes fortællinger om overvægt, der også vidner om en form for flovhed over at være afvigende i forhold til andre (normalvægtige) børn

De fleste børn oplevede således sig selv og deres familie som havende et sundhedsproblem pga. overvægt. Et fællestræk er, at mange af de deltagende børn gav udtryk for, at de derfor også gerne ville på kursus primært for at tabe sig, men også fordi de forestillede sig, at det kunne være sjovt. I ønsket om at ville tabe sig ligger der to centrale paradokser, nemlig at begge kommuner gjorde et stort nummer ud af at forklare, at deres kurser *ikke* var slankekurser, samtidig med at alle børnene fandt det motiverende, at kurserne netop var *en mulighed for at tabe sig*. Det andet paradoks består i, at overvægt som sundhedsproblem diskursivt kan siges at have indlejret sig i børnenes selvforståelse, således at de udtrykker, at kurserne imødekommer dette sundhedsproblem – uden at vægten nødvendigvis kunne siges at være en decideret hindring for et sundt og trivselsfuldt liv for dem i hverdagen. Sidstnævnte perspektiv vender jeg tilbage til.

Først leder jeg atter analysen hen imod et af de biopædagogiske perspektiver, der peger på de forhold i governmentality-styreform, der vægter individernes livsforhold højt og søger at få individerne til at få en oplevelse af, at de styrer sig selv. Dette sker blandt andet ved at gøre statslige styringspraksisser til individernes selvpraksisser ved at operere gennem individernes behov, ønsker og forhåbninger (jf. Dean, 2008: 46). Dermed kan børnenes fortællinger om, hvorfor de sagde ja til at deltage og var glade for kommunens tilbud, ses som et eksempel på, hvordan sundhedspolitiske rationaler, som vist i dokumentanalysen, konsumeres og indlejres i børnenes forståelse af sig selv som sundhedsproblematisk, samt hvad de har brug for. De kommunale sundhedskurser bliver som vist i de to foregående analysekapitler derved et eksempel på, hvordan kommunale sundhedsforvaltninger både er med til at identificere overvægt som et sundhedsproblem, men også tilbyder hjælp til at komme problemet til livs.

Med børnenes fortællinger bliver et tredje element tydeligt, nemlig at børnene tilpasser sig diskurserne om, at overvægtige er problemfyldte og har brug for kursus for at blive sunde. Men det egentlige paradoks ligger i, at meget få af børnene i deres øvrige fortællinger om livet som overvægtig giver eksempler, at de oplever overvægt som en barriere i forhold til at leve et sundt og trivselsfuldt liv. Dette paradoks beskæftiger jeg mig videre med i de kommende afsnit, fordi det er en væsentlig pointe, at mange af børnene nok bliver en del af herskende biomedicinske diskurser om, at overvægt er usundt, men samtidig beskriver de sig selv og deres hverdagsliv som overvejende sundt ifølge de brede, åbne og positive sundhedsforståelser. Ligeledes beskriver flere børn, at

kurserne nok bød på mange nye indsigter, men langt de fleste oplevede den formidlede viden som kedelig. Dette kan enten betyde, at *den præsenterede viden var uvedkommende* for børnenes gøren og laden i hverdagslivet, eller også at den viden, som de fik præsenteret, var *for svær at omsætte* eller overføre direkte til hverdagen. De fleste børn gjorde en dyd ud af at fortælle mig og vise mig med deres billeder, at de havde fanget det sunde budskab og godt kunne finde ud af et efterleve de anvisninger, de havde fået i særdeleshed på kurset i Kildesund Kommune.

7.3.2. Viden om sundhed

I det foregående analysekapitel om observation af sundhedskurserne i de to kommuner viste jeg, hvordan kurserne var tilrettelagt på en sådan måde, at de skulle formidle viden om mad og motion til de overvægtige børn og deres familier. Hvorvidt de rigtige eller tilstrækkelige mængder af viden om sund mad og motion gør folk mere sunde, kan dog stilles til diskussion.

Deborah Lupton kommer med et bud på, hvorfor det f.eks. ikke er mængder af rigtig viden om mad, der får os til at spise sundt: Fordi vi ikke kun spiser for at overleve (Lupton, 1996: 1). Mad og krop er et produkt af de sociale og kulturelle forhold vi lever i. Vi spiser af mange forskellige grunde, og vi spiser meget forskelligt mad på mange forskellige tidspunkter i mange forskellige sammenhænge. Vi har heller ikke altid lyst til at spise sundt, fordi nogle anledninger, som f.eks. en fødselsdag, inviterer til at glemme de sunde budskaber for en stund.

Jeg var med inspiration fra Luptons pointe om, at hverdagslivskulturer ofte bliver betragtet som en modspiller af opstillede ernæringsmål (Lupton, 1996: 7), interesseret i, hvordan børnene som aktører konsumerede de overejende ernæringsmæssige anvisninger fra kurserne. Derfor spurgte jeg børnene, hvad de havde lært og syntes om at gå på kurset for at finde ud af, hvordan de efterfølgende reflekterede over den viden om sundhed, som kurserne havde haft til formål at bibringe ud fra en antagelse om, at børnene manglede viden og derfor var overvægtige. Her præsenteres uddrag fra fire forskellige interviews:

Julie (8 år)

I: Hvad synes du om [kurset]?

J: Det er lidt sjovt og lidt kedeligt.

I: Lidt sjovt og lidt kedeligt. Hvorfor er det sjovt? Det starter vi med.

J: Vi leger meget. Det synes jeg er det sjoveste.

I: Ja.

J: Og bare sidde derinde en time indenfor og høre på det der, det gider jeg ikke så meget.

I: Det er kedeligt?

J: Ja.

I: Ja. Hvorfor er det kedeligt?

J: Det ved jeg ikke. Vi skal høre om alt muligt, det gider jeg ikke. [...] Jeg vidste det før, men nu har jeg lært meget mere. Jeg vidste ikke den der ballon, som hun viste os, at den blev større og større, hver gang man spiste noget usundt.

I: Nej. Var det en ballon, man skulle vise, som om det var maven eller hvad?

J: Mm.

I: Det vidste du ikke?

J: Nej.

(Julie, s. 9+11)

Pernille (10 år) og Lukas (11 år)

I: Hvordan har det været at gå på kurset?

P: Det var rigtig skægt.

I: Rigtig skægt. Hvorfor?

P: Fordi man møder nye venner, og så laver man aktiviteter og sådan noget.

I: Ja.

P: Og så ved man også, hvad der er sundest, og hvad der er usundest.

I: Ja, og er det noget, I ikke vidste før?

P: Ja... (tøver)

I: Okay. Eller vidste I det allerede?

P: Nej, jeg...

I: Meget af det vidste jeg godt.

P: Jeg vidste ikke så meget.

I: Nej, okay.

P: Jeg vidste ikke, at man ikke måtte spise det der hvide mel, at det skal være brunt.

(Pernille og Lukas, s. 27-28)

Silke (9 år)

I: Hvordan har du syntes, at det [kurset] har været?

S: Nogen gange har det været sjovt. Nogen gange har det været kedeligt.

I: Ja, hvorfor har det været kedeligt?

[...]

S: Fordi man laver de samme lege, og fordi man bare skal sidde og snakke.

I: Ja, hvad skal man snakke om?

S: Alt mulig, mad og hvad sukker er.

I: Vidste du det i forvejen?

S: Ja.

(Silke, s. 21-22)

Villads (13 år)

I: Hvad synes du at du har lært på kurset?

V: Meget om kost.

I: Ja. Som du ikke vidste før?

V: Ja, og når man går op i byen og skal købe noget, så kigger man bagpå ingredienserne, og så ser man hvor meget, der er i af hver. Det gjorde man ikke før, der røg det bare ned i kurven.

I: Okay. Kan du godt læse en varedeklaration?

V: Ja.

I: Hvad kigger du så efter?

V: Hvor meget fedt og sukker der er i.

(Villads, s. 20-21)

Som interviewuddragene viser, gav flere af børnene udtryk for, at de havde lært noget nyt om mad og fødevarer, som de ikke vidste før. Mange gav også udtryk for, at selve undervisningen om kost og ernæring ikke var spændende eller vedkommende, men at det sociale samvær med de andre børn og deres forældre, og i særdeleshed den del af kurset, hvor de skulle lege og lave øvelser, der var sjovt. Derfor kan der argumenteres for, at det pædagogiske formål med kurserne, nemlig at formidle viden om kost og ernæring samt at opmuntre til mere bevægelse, ikke nødvendigvis er det væsentligste for børnene. For børnene er det leg og samvær, der er kursets force, ikke nødvendigvis den faktuelle viden om ernæring. Dermed kan det siges, at der delvist sker et brud i børnenes konsumerings af de kommunale, sundhedspædagogiske formål, indhold og metoder, idet børnene vægter det sociale og legemæssige større betydning end de faktuelle sundhedsbudskaber.

Børnene, der er de primære aktører på kurserne, har andre mere trivselsmæssige rationaler i spil, hvor samvær og nærvær vægtes højt. Og netop aspektet

omkring trivsel kan siges at være et af de elementer i det brede og positive sundhedsbegreb, der kan komme til at vige pladsen til fordel for det biomedicinske sundhedsbegreb, der hovedsageligt fokuserer på kropslige parametre for sundhed. Dermed er der en dobbelthed på spil i børnenes selvforståelser: Børnene reproducerer en forestilling om, at de har et sundhedsproblem indlejret i kroppen, og at problemets løsning er at deltage i kommunernes sundhedskursus. Samtidigt har børnene en anden selvforståelse i spil, nemlig forståelsen af at de enten ikke har brug faktisk viden eller ikke tillægger kursernes formidlede viden om kost og ernæring nogen særlig stor værdi.

Dette giver anledning til at rette blikket mod Bjarne Bruun Jensen (2006)'s begreb om handlekompetencer. For som observationsanalyserne viste, så var det få børn, der deltog aktivt i undervisningen på kurset i Kildesund Kommune, hvilket måske kan kobles sammen med, hvilken form for sundhedsviden børnene kunne have behov for, og hvilken form for viden der blev formidlet på kurserne. De fleste børn var passive og ikke-deltagende, måske fordi de var bange for ikke at komme med de 'rigtige' svar på det, som underviserne efterspurgte. Eller fordi deres allerede eksisterende handlekompetencer i den dialogorienterede, sundhedspædagogiske forståelse kunne siges at komme for lidt i spil i løbet af undervisningen, hvorved børnene ikke entydigt oplevede undervisningen som relevant for at leve et sundt liv i hverdagen.

I Bjarne Bruun Jensens handlekompetencebegreb er det delkomponenter såsom indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer og kritisk sans, samt andre komponenter, der primært bevæger sig på individplan: Selvtillid, selv-værd, samarbejde og formuleringsevne (Jensen, 2006: 61). Tilsvarende står der i faghæftet om sundhedsundervisning (stk. 3.), der er gældende for sundhedsundervisning på folkeskoler: *"Undervisningen skal i enhver henseende bidrage til, at eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed"* (Fælles Mål, "Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab", Faghæfte 21, 2009). Det er oplagt, at et sundhedskursus indeholder en vidensformidlingsdimension, men når den viden, der formidles enten er for avanceret eller for langt fra børnenes øvrige omdrejningspunkter i hverdagen, bliver denne viden ikke indlejret i hverdagens praksisser. Som Bruun Jensen siger, skal viden være handlingsorienteret, for at børnene også skal handle i overensstemmelse med denne viden (Jensen, 2006: 62). Dermed bliver det kun brudstykker af en ellers meget omfangsrig (i Kildesund Kommune) undervisningsmanual, der forankrer sig i børnenes bevidsthed – f.eks. forskellen på hvidt og groft brød, samt læsning af

varedeklaration. Det primære kursusudbytte bliver i stedet leg og bevægelse i gymnastiksalen samt samvær med familie og nye venner, hvilket langt de fleste børn i begge kommuner fortalte, var betydningsfuldt.

Når flere af de deltagende børn sagde, at de allerede vidste meget af det, som kurserne formidlede, så er disse udsagn dog til dels tvivlsomme. Undervisningen omhandlede nemlig en relativ avanceret viden om f.eks. mættede og umættede fedtsyrer, læsning af varedeklaration samt forskellen på raffinerede og uraffinerede madvarer. Men det kan udledes, at mange børn fandt undervisningen uinteressant, fordi det, som børnene allerede kendte til, var det simple budskab om, at man skal spise mest af det sunde og mindre af det usunde, samt at man skal dyrke sport og røre sig. Børnene kan siges at give udtryk for at have oplevelsen af, at denne form for basale viden var tilstrækkelig for at vide, hvordan man lever et sundt børneliv. På den måde kommer kurserne med deres høje ambitioner og gode intention om at gøre sund til at distancere sig fra det faktum, at børnene i deres egen selvforståelse allerede besad et basalt kendskab til sund og usund mad. Således kan kurserne i deres forhåbning om at formidle mere viden om sundhed komme til at negligere de former for sundhedsviden og sundhedshandlinger, som børnene allerede praktiserer i hverdagslivet.

7.3.3. Sundhedsbegrebernes strid i hverdagslivet

For at nærme mig et indblik i de overvægtige børns forståelser af sig selv som henholdsvis sunde og usunde, spurgte jeg: *Hvad vil det sige at være sund?* Som et led i mit analytiske fokus på konsumptionsprocesser omkring de kommunale sundhedsrationaler, var jeg interesseret i, hvordan børnene (re-)producerede herskende sundhedsdiskurser. Dernæst undersøgte jeg, om børnene trak på andre sundhedsdiskurser end de mad- og motionsmæssige i deres svar om, hvad sundhed er.

I børnenes svar blev særligt maddiskurserne tydelige. Måske ikke så overraskende, eftersom børnene alle lige havde været på kurset (og havde mødt mig der), hvor der herskede et stærkt fokus på mad og motions betydning for det sunde liv. Børnene genbrugte retorikken om, at spiser du sund mad, er du sund, og omvendt: Spiser du usund mad, er du usund. Helt på linje med det gamle slogan om, at "Du bli'r, hvad du spiser". Samtidig kobled de kropsfremtoning og vægt sammen med sundhed og mad, således at det ultimative sunde blev italesat som det tynde udseende og sunde madvaner. I det følgende

viser jeg en række eksempler på børnenes svar. Jeg forsøgte undervejs at stille spørgsmål, der havde til formål at udfordre børnenes udtagelser. Det kom til at spænde således af:

Sussi og Tea (9år)

I: Hvad vil det sige at være sund?

T: Det vil sige, at man er frisk.

S: Spiser meget frugt.

I: Frisk?

T: Og man er ikke særlig træt, når man står op.

S: Og man er ikke så tyk.

T: Man er tynd.

S: Og man har mere kondi og løber mere.

T: Og man bliver ikke så hurtigt... man bliver ikke så hurtigt forpustet og træt.

I: Okay, sådan nogle ting.

T: Så det er godt faktisk at være sund.

S: Ja.

I: Ja? Kan man være tynd, men usund?

S: Ja.

T: Ja, min storesøster hun spiser også noget slik, men det sætter sig ikke på hofterne, det går ud igen.

I: Og kan man være tyk og sund?

S: Ja.

T: Ja, det kan man godt.

I: Det kan man godt? Hvordan det?

T: Man er rigtig sund, man er bare lidt tyk.

(Sussi og Tea, s. 46-47)

Det bliver i Tea og Sussis besvarelser tydeligt, at sundhed i børnenes selvforståelser bliver konstrueret i samhörighed med en given kropslig tilstand, i en situation eller i et handlerum. Således handler sundhed om at være 'frisk' i stedet for træt, når man står op om morgenen. At man spiser frugt, men også at sundhed opleves i f.eks. en løbesituation, hvor man ikke bliver forpustet. Sundhed giver således et positivt handlerum i børnenes fortællinger, der kobles til at have det godt. Derfor konkluderer disse to børn, at det faktisk er godt at være sund. Børnene viser, hvordan de er i stand til at relatere sundhed til tilstande, der giver værdi i hverdagen, fordi sundhed muliggør et trivselselement.

Endeligt skal det fremhæves, at Tea og Sussi opererer med en nuanceret sundhedsforståelse, nemlig den der foreskriver, at det er muligt at være sund, selv om man er tyk. Og modsat. At overvægt ikke nødvendigvis er den eneste indikator på, hvor sund man er. Dermed fortæller børnene også indirekte, at de trods deres forståelse af, at de som overvægtige børn udgør et sundhedsproblem, ikke afskriver sig selv som sunde individer. Tea og Sussi har dermed en sprogliggjort selvforståelse i spil, der bliver positiv i det øjeblik, hvor de kæder selvforståelsen sammen med en forståelse af, at sundhed kan være et dynamisk fænomen, der både vedkommer den tykke og den tynde krop. På den måde taler børnene i de ovenstående fortællinger en sundhedsforståelse frem, der formår at håndhæve eksisterende sundhedsressourcer og sundhedsforstærkende aspekter i det overvægtige barns hverdagssituation.

Villads (13 år) var en af de drenge, der ikke havde tabt sig nok på kurset i Kildesund Kommune og derfor snart skulle på julemærkehjem. Jeg stillede også ham spørgsmål om, hvad det vil sige at være sund. Dialogen med Villads lød således:

Villads (13 år)

I: Og hvad vil det sige at være sund egentlig?

V: At dyrke en masse motion og spise ordentligt og sundt.

I: Ja. Er du selv sund?

V: Det synes jeg.

I: Ja. Hvordan det?

V: Jamen, vi spiser også altid sundt, og jeg synes også, jeg dyrker meget motion.

I: Ja, det må man sige. Tre gange om ugen plus alt det fodbold, plus at du cykler.

V: Og cykler.

I: Ja. Det synes jeg er ret godt. Er man altid enten sund eller usund, eller kan man godt veksle?

V: Jeg synes godt, man kan veksle lidt.

I: Ja, hvordan det?

V: Jamen det er lidt forskelligt, fordi hvis man nu er til en fødselsdag, så er man jo usund, men hvis man bare er derhjemme, så er man jo sund.

I: Ja okay.

V: Eller hvis man er på ferie, så er man også altid usundere, end man er derhjemme.

I: Ja okay. Så der er nogle tidspunkter, hvor det er i orden at være usund?

V: Det synes jeg.

(Villads, s. 18)

På trods af at Villads er det, man ville kalde en rigtig stor dreng, så anser han ikke sig selv som usund. Ifølge hans fortællinger er han en særdeles aktiv dreng, der godt kan lide at bevæge sig og dyrker mange forskellige former for sport. Villads anvender mad- og motionsretorikker, når han skal fortælle om sundhed, men som med Tea og Sussi, så taler han heller ikke ud fra et rent biologisk eller biomedicinsk perspektiv, idet overvægt for ham heller ikke er indikator på, hvorvidt han er et sundt eller usundt barn. Villads relaterer sundhed og usundhed til konkrete situationer og handlinger, såsom sport, ferie eller fødselsdag. Dikotomien sund/usund, hvor det sunde er det normfulde og det usunde er det afvigende, hersker i Villads fortællinger, men den er altså ikke kun bundet til en kropslig tilstand, men også til bestemte handlinger eller situationer. Desuden ligger der i Villads' fortælling en accept af, at selvom han er overvægtig, så er det i orden at være usund en gang imellem. Dette vidner om en et reflekteret, overvægtigt barn, der med den pædagogiske stemme kan fortælle om deltagelse i både madmæssigt sunde og usunde situationer, men også har selvforståelse af at livet som overvægtigt barn rummer muligheden for at være netop både sund og usund.

Et interview med Molly (10 år) gav en anden fortælling om, hvordan hun som overvægtigt barn arbejdede med en bevægelig og relativ sundhedsforståelse:

Molly (10 år)

I: Er man altid enten sund eller usund?

M: Hmm, sund eller usund...

I: Er man altid det ene eller det andet?

M: Man kan være begge dele.

I: Ja.

M: Sund eller usund.

I: Ja. Hvad er du selv?

M: Sund og usund.

I: Sund og usund. Hvornår er du sund?

M: På skoledage.

I: Ja.

M: Og så om fredagen er jeg lidt usund.

(Molly, s. 25)

Mollys forståelse af, hvordan hendes sundhedstilstand er foranderlig, tager en konkretiseret form, idet den relaterer sig til bestemte ugedage. Mollys fortællinger vidner om, hvor forankret maddiskurser er i hendes beskrivelser og forståelser af sundhed og usundhed. Men fortællingerne vidner igen også om, at sundhed ikke kun forstås som værende indlejret i kroppen, men derimod i de handlinger, hun foretager sig i forskellige hverdagssituationer. Desuden fortæller Molly om en sundhedsforståelse, der henviser til, at der er tidspunkter i hverdagen, hvor det er i orden at være usund – overvægt til trods. Dette peger på noget andet ganske centralt, Mollys selvforståelse af, at livet som overvægtigt barn ikke nødvendigvis afviger fra et normalvægtigt barns, hvor fredage eller weekenddage er tidspunkter, hvor usundheder accepteres. Mollys fortælling og selvforståelse bliver væsentlig for betragtninger på sundhedsfremmende arbejde med overvægtige børn, der formår at inkludere og forstå de overvægtige børns hverdagsliv som praktiseret med hverdagsritualer tilsvarende de normalvægtige børns. På den måde åbner Molly og de andre børns fortællinger op for muligheden for pædagogisk at arbejde med overvægtige børn som en gruppe af børn, der ikke nødvendigvis afviger fra det almindelige, levede børneliv, men som tilhørende et børneliv, hvor sundt og usundt praktiseres i overensstemmelse med hverdagens konventioner, ritualer og rutiner. At betragte overvægtige børn som børn, der tilhører en praktiseret norm, og som ikke ønsker at adskille sig fra dette fællesskab, bidrager med en sundhedspædagogisk tilgang, der netop inkluderer dette væsentlige børneperspektiv.

Det i forlængelse heraf påfaldende, at der i børnenes fortællinger både er spor af, at de betragter sig selv som havende et sundhedsproblem, samtidigt med at *ingen* af de adspurgte, overvægtige børn svarede, at de kun var usunde. Disse selvforståelser udfordrer den mangeldiskurs, der kendetegner arbejdet med overvægtige børn og peger i stedet på et sundhedspædagogisk potentiale, idet børnene trods overvægt oplever sig selv som havende en række sundhedskompetencer. Den sundhedspædagogiske opgave bliver dermed at udforske, styrke og videreudvikle disse kompetencer i dialog med børnene med udgangspunkt i deres hverdagslivsbetingelser.

7.3.4. Det dydige bio-barn

Som mine analyser gennemgående har beskæftiget sig med, så kan herskende sundhedsdiskurser, som de findes i sundhedsdokumenter og i praktiserede sundhedspædagogikker siges at være et produkt af en institutionel magt, hvor sundhed ikke kun helt konkret handler om fravær af sygdom eller om at søge det gode liv. Derimod kan bestræbelser på at opmuntre til det sunde liv også ses som en del af et større opdragelsesmæssigt sundhedsprojekt, der skal sørge for *gode borgere* eller *dydige bio-borgere*. Jeg har undersøgt, hvordan dette dannelsesmæssige aspekt indgår i de overvægtige børns selvforståelser.

De teoretiske perspektiver omkring den dydige bio-borger trækker jeg frem i forlængelse af analyserne af sundhedsdokumenterne og de praktiserede sundhedspædagogikker, der som vist er udgjort af konstruerede norm- og afvigerdiskurser, der rummer rigtig og forkert sundhedsadfærd. Jeg har med børnenes fortællinger undersøgt, hvordan børnene imødekommer disse indlejrede forpligtelser og ansvar til at efterleve de normfulde instruktioner til livet, samt hvordan sundhedsrationaler bevæger sig fra et sundhedspolitisk niveau gennem sundhedspædagogikker til det levede børneliv.

I interviewene fortalte børnene, hvordan det forventes, at de viser omverdenen, at de har forstået det normfulde budskab om, at overvægtigt er usundt. Børnenes fortællinger indikerer en selvforståelse om, at de udviser en afrettet adfærd for at kompensere for, at de bærer på et sundhedsproblem. Med inspiration fra Norbert Elias (1978) er dette analyseafsnit rettet mod, hvordan børnene regulerer deres kropslige adfærd, fremtoning og handlinger i bestræbelser på at fremstå civiliserede. Elias påpeger, at det civiliserede menneske be-

grænser sine impulser og adfærd (Elias, 1978: 139-141). Et eksempel på dette gav Sussi (10 år), da jeg spurgte hende, hvad de havde lært på kurset:

Sussi (10 år)

S: Og så har vi også lært, at nogle gange så åbner jeg bare skabet, når jeg kom hjem og så tænker jeg: ”Ej, skal jeg virkelig tage det eller skal jeg lade vær? Skal jeg vente til på lørdag?”

I: Okay.

S: Og så nogle gange så åbner jeg også køleskabet: ”Ej, skal jeg tage det eller venter jeg til på lørdag?”

I: Så du tænker dig lige om, inden du tager noget at spise, lyder det til.

S: Ja, og så nogle gange så åbner jeg også fryseren og så: ”Skal man tage en is, eller skal jeg vente lidt til en anden dag?”

(Sussi i Sussi og Tea, s. 49)

Sussi fortæller, hvordan hun efter deltagelse i kommunens sundhedskursus er blevet bevidst om, at hun skal stoppe op en ekstra gang, inden hun går i lag med køkkenskabenes søde sager. Hun er blevet bevidst om, at det er nødvendigt for hende at beherske sin lyst til at spise noget usundt. Hun begynder med at fortælle, at beherskelse er noget, som hun har lært på kurset. Sussi har fået konkrete instrukser i, hvordan hun kan handle sundhedsfremmende ved at kontrollere og tæmme sin adfærd omkring mad, og hun fortæller mig, hvordan hun efterlever disse instrukser i hverdagslivet. Når Sussi fortalte om ovenstående, var det ikke med ærgrelse i stemmen eller i en ”så-må-man-heller-ikke-det-mere”-tone. Sussi fortæller med hele tre eksempler, at hun virkelig har forstået, hvad der skal til for at handle forventeligt, som det gode, pligtopfyldende barn. Der er i Sussis fortælling ikke kun en beskrivelse af, hvad hun helt konkret gør, når hun bliver lækkerstult. Der ligger et vigtigt budskab til omverdenen om, at hun formår at tage ansvar for sin sundhed: At hun er et dydigt bio-barn, der formår at beherske sig og kontrollere sine impulser.

Tilsvarende om selvkontrol og selvbeherskelse fortalte Villads, da jeg spurgte, hvornår han fik lov til at spise slik:

Villads (13 år)

V: Jamen det er forskelligt.

I: Okay. Er der nogen regler om det?

V: Næ.

I: Nej.

V: Bare... jeg kan godt selv styre mig. Jeg kan godt selv stoppe, når jeg synes, jeg er gået lidt over strengen.

I: Nå okay.

V: Så jeg spiser aldrig rigtig..., jeg tror, jeg spiser slik højst en gang om..., altså nogle gange spiser jeg slet ikke om ugen, og så andre gange kan det godt være, jeg spiser to gange om ugen.

I: Ja.

V: Men det er ikke særligt meget jeg spiser, så.

I: Nej okay.

V: Selvfølgelig til fødselsdage tager jeg lidt...

I: Jo jo.

V: Men jeg tager ikke derhjemme.

(Villads, s. 9)

Villads bruger eksplicit sætning: *Jeg kan godt selv styre mig*. Formuleringen indikerer en bevidsthed om, at fordi han er overvægtig, antages det, at han ikke kan styre sit indtag af slik og andet usundt. Den antagelse afmystificerer Villads ved at sige, at han i egen selvforståelse ikke oplever, at han har et problem med at styre sig. Villads fortæller således, at han godt er klar over, at det forventes af ham, at han holder igen, og at han derfor efterlever disse forventninger i hverdagen. Når han til fødselsdag kun tager lidt, kan der trækkes en linje tilbage til sundhedsøkonomernes cost-of-illness-analyser, der konkluderer, at de samfundsmæssige udgifter til overvægtsrelaterede ydelser kan reduceres alene ved at overvægtige begrænser deres fødevarerindtag og taber sig. Dette sundhedsrationale kunne observeres i den del af den praktiserede sundhedspædagogik, hvor børnene lærte, hvordan der som overvægtige børn er restriktioner, når de er til fødselsdag. Dette restriktive sundhedsrationale kan dermed siges at have forankret sig i børnenes bevidsthed som noget, der bør efterstræbes for at imødekomme forventningen om en særlig adfærd som overvægtige og udvise det påkrævede ansvar.

At være et dydigt bio-barn viser sig ved, at børnene modtager både formelle og uformelle instruktioner til livet. Disse kan som ovenstående eksempel have udspring i de formaliserede, kommunale sundhedskurser, men børnene møder også andre kilder, der giver instruktioner til livet, og hvordan man som overvægtig skal leve for at blive sund og for at leve op til sit ansvar som en god og

dydig borger. F.eks. havde Andreas og Dennis (11 år) fanget diskursen om, at et sundt liv er et alvorligt anliggende, både i forhold til at holde sygdomme fra døren, men også i forhold til selve døden. Således fortalte de, da jeg spurgte dem, om det var vigtigt at være sund:

Andreas og Dennis (11 år)

I: Er det vigtigt at være sund?

A: Ja.

D: Ja.

I: Hvorfor?

A: Fordi at man kan dø.

I: Man kan dø?

A: Ja, det kan man.

I: Af hvad?

A: Af fedme... eller hvad hedder det.

I: Fedme?

D: Man kan, hvad hedder det... man kan få hjertestop.

A: Man kan få fedt på hjertet.

D: Ja, så kan man få hjertestop.

I: Ja, okay. Blodpropper?

D: Ja, blodpropper, det var det.

[...]

I: Okay. Hvem har fortalt jer, at man kan det?

A: Det er en udsendelse, jeg har set.

D: Ja, det er noget i fjernsynet.

I: Ja. Hvad tænker I om det?

A: Det ved jeg ikke.

D: At man skal tage sig sammen og ikke blive ligesom dem.

(Andreas og Dennis, s. 27)

Dette interviewcitater illustrerer, hvordan disse to drenge har fået en alvorlig indsigt i, hvor galt det kan gå i yderste konsekvens, hvis ikke overvægten som problem tages alvorligt. Denne indsigt er vedkommende for drengene og indlejret i deres selvforståelse som en aktuel fare ved at være et overvægtigt barn. Samtalen med de to drenge fortæller, hvordan biopædagogikker implicerer den form for skjult overvågning, der bevirker, at afvigende individer, i dette tilfæl-

de overvægtige børn, konfronteres med overvægtens værste følger, der kan medføre for tidlig død. Overvågningen og tilskyndelsen til at ændre adfærd bliver skjult eller indirekte, fordi der i de biopædagogiske instruktioner ikke nødvendigvis ligger en direkte tilskyndelse til leve det sunde liv, men at denne tilskyndelse ligger bag præsentationen af det risikofyldte og skræmmende ved ikke at handle på sin overvægt.

De kommunale sundhedskurser står dermed ikke alene med budskabet om, at overvægt er sundhedsskadelig. Sundhedspædagogikken såvel som sundhedspolitikker bygger på allerede eksisterende diskurser omkring sammenhængen mellem overvægt og sundhed. Pointen er, at disse rationaler produceres, reproduceres og konsumeres i stort set alle livets sammenhænge – og også i det levede børneliv og i overvægtige børns selvforståelser. De skaber en form for viden, der anerkendes som sand, og som forårsager, at Sussi tænker sig om en ekstra gang, inden hun tager en is i køleskabet, at Villads er opmærksom på at kunne styre sig, når der er slik på bordet, og at Andreas og Dennis føler, at de må stramme op for ikke at risikere at dø. Disciplin over spisevaner, er som beskrevet en måde at tage kontrol over kroppen. Men signalværdien over for omverdenen er lige så afgørende. Børnene er ikke eksplicitte omkring en samfundsmæssig eller moralsk forpligtelse til at efterleve krav om at udvise ansvar for egen sundhed og være en dydig borger, men forpligtigelsen er indlejret i deres måde at vise og fortælle, at de er bevidste om både risici og de efterstræbelsesværdige, normfulde sundhedsidealer.

Udover at overvægtige betragtes som værende i risikogruppe og derfor anspores til at tage sig sammen for ikke at lægge samfundet til last og i sidste instans for også at bevare livet, hersker der også en anden normfuld forståelse omkring overvægtige. Denne forståelse placerer de overvægtige børn i en kategori som særligt udsatte: En kategori af venneløse individer med psykosociale vanskeligheder, der bliver udsat for mobning, har dårligt selvværd, har det dårligt i skolen, mistrives, er inaktive osv. Disse billeder på det overvægtige barn tager som nævnt sit udgangspunkt i en mangeldiskurs. Jeg har med næste analyseafsnit undersøgt børnenes fortællinger om venskaber og trivsel for at undersøge ud fra hvilke selvforståelser, de overvægtige børn praktiserer et trivselsfuld og socialt interagerende hverdagsliv.

7.3.5. Mig og min venner – og Tykberg

Med inspiration fra Aron Antonovsky (2000) har jeg i sundhedsdokumenterne og i sundhedspædagogikkerne undersøgt, hvordan der kan være en tendens til at tillægge en bestemt gruppe en bestemt type af stressorer at skulle overkomme. Jeg har i de foregående analyser vist, hvordan billedet på det overvægtige barn ofte har en række formodede stressorer vedhæftet, der beskriver, hvordan de overvægtige børn mødes af forskellige forhindringer i hverdagslivet, fordi de er overvægtige. Antonovsky argumenterer, at stressorer, i dette projekts tilfælde f.eks. mobning og dårligt selvværd, inaktivitet og mistro, ikke så entydigt kan tilskrives en bestemt gruppe. Jeg har derfor med udgangspunkt i børnenes fortællinger undersøgt, hvordan børnene overkommer disse stressorer – hvis de altså var der.

Venskaber var en tematik i børnenes fortællinger, der gik igen. Mange af pigerne fortalte om en hjerteveninde og/eller op til flere bedste veninder. I det hele taget kunne de fleste børn fortælle om rigtig mange af deres venner. Som Annika (10 år) fra Kildesund Kommune fortalte, da jeg spurgte, om hun havde nogle venner i klassen:

Annika (10 år)

I: Har du nogle gode venner i din klasse.

A: Ja.

I: Hvem er det?

A: Det er Pernille, Nanna, Nicola, Mathilde og Lea og Perle.

I: Hold da op, det er jo mange!

A: Ja, og så måske en ny pige, der kommer snart.

(Annika, s. 7)

Annika gik i en lille klasse med få elever, så hun nævnte navnene på alle pigerne i sin klasse, som hun betegner som sine venner. Desuden viser interview-samtalen med Annika, at hun er åben for nye venskaber og har tillid til, at en ny pige, som hun endnu ikke kender, vil være ven med hende.

Også Sofie (11 år) kunne fortælle en historie om, hvad der kunne være medvirkende til, at det blev en god dag i skolen. Jeg spurgte hende, om der var noget til dagligt, der gjorde hende glad?

Sofie (11 år)

S: Ja, at jeg kommer i skole og får... pigerne kommer altid løbende ud mod en... så har man det bare godt hele dagen.

(Sofie, s. 12)

Den beretning fra Sofie om, hvordan det kan være at møde op i skole som overvægtig, giver nogle billeder, der fremstår som et modstykke til billedet på det overvægtige barn som f.eks. ensom og ked af at gå i skole. Sofies fortælling vidner om, at overvægt ikke nødvendigvis er en hindring for at blive mødt med åbne arme fra sine klassekammerater eller en hindring for at trives i skolelivet. Sofie fortæller det modsatte: At hun er glad for at komme i skole, og at hun bliver værdsat af pigerne, der kommer løbende imod hende.

Sidse (11 år) fortalte en lignende fortælling, da jeg pegede på et par piger, hun havde fotograferet, og spurgte hvem de var:

Sidse (11 år)

S: Det er Anne Katrine.

I: Det er Anne Katrine?

S: Det er en af mine bedste venner, og det [der] er min anden bedste ven.

I: Det er din anden bedste ven? Hvem er det?

S: Jeg har jo masser... Det er Julie.

(Sidse, s. 9)

Dette interviewuddrag vidner også om en pige, der har mange venner. Men uddraget vidner også om, at Sidse samler op på, at jeg som interviewer lyder forundret, da hun fortæller, at hun har mere end en bedste veninde, idet hun indskyder, at hun jo har masser af 'bedste venner'. Sidse var en af de piger på kurset i Kildesund Kommune, der var rigtig god til at blive venner med de fleste på holdet. Sidse fortalte bl.a., at hun af og til svømmede med Emma og havde leget med flere af pigerne uden for kurset. Sidse var en af de piger, som udstrålede en rummelighed, og som de fleste derfor søgte under aktiviteterne på kurserne.

Også Anna (13 år) fra Velvinge Kommune fortalte om to piger, som hun hver havde taget et fotografi af:

Anna (13 år)

A: Det er Lena. Det er min anden bedste veninde. Og vi hænger sådan cirka ud eller er sammen hver evig eneste dag. [...] Det er min bedste veninde, som hedder Heidi. Vi er også sammen hver eneste dag.

(Anna, s. 1+4)

Anna var en af de piger, som havde prøvet at blive mobbet i skolen, men ikke pga. af sin overvægt. Det var fordi hun var veninde med en pige, der var overvægtig. Interviewsamtalen med Anna fortæller for så vidt ikke noget om, hvorvidt Anna føler sig ensom, men det kan i hvert fald siges, at hun ikke er *alene* i løbet af dagen. Den ene veninde var fra skolen, den anden var en veninde, hun havde derhjemme.

Sandy (8 år) fra Velvinge Kommune kunne også fortælle om en pige, som hun blandt mange andre venner havde fotograferet:

Sandy (8 år)

S: Det er Katja. Hun er min hjerteveninde.

I: Ja ha. Hjerteveninde, hvad vil det sige?

S: At vi er øhm... rigtig, rigtig, rigtig, rigtig, rigtig gode venner, så'n bedste venner.

I: Hvad kan du fortælle om hende?

S: Hun er meget sød, og hun er nogle gang hjælpsom. Og når jeg kalder hjælp, så kommer hun.

(Sandy, s. 2)

En overvægtig med en hjerteveninde. Sandy havde taget rigtig mange fotografier af sine venner fra skolen. Hun var et af de børn, der ikke havde taget skolens fotograferingspåbud for pålydende, så derfor havde hun mange fotografier fra f.eks. skolegården. Hun talte rosende og beundrende om alle børnene på fotografierne og havde positive ting at sige om dem.

Sandys fortælling indikerer også en selvforståelse af, at hun er en del af et rigtig godt venskab, der bl.a. er kendetegnet ved en gensidig omsorg: At de virkelig gode venner er dem, der kommer, når man har brug for hjælp. Dette er en af Uffe Juul Jensen (2006)'s pointer, der dels rykker fokus væk fra det rent individualiserede sundhedsbegreb og dels rykker fokus over mod de indbyrdes omsorgsmæssige dimensioner af at leve det sunde liv, der skaber forudsætninger for at deltage i samfundet: *"Sundhed er hverken kun min interesse for mig selv eller andres for mig, men den gensidige almene interesse og omsorg for hver vore personlige forudsætninger for at deltage."* (Jensen, 2006: 28). Dette sundhedselement omhandlende vigtigheden og også tilstedeværelsen af kammeraters omsorg kan læses ud af særligt pigernes beskrivelser af deres veninder. At kunne kalde en veninde for "hjertereveninde", at blive mødt med knus, at have mere end én veninde, der betyder noget for en og omvendt, at kunne bede om hjælp og forvente at få den kan siges at være et af de trivselsfulde elementer i pigernes hverdag, som tillægges stor værdi – og som ikke mindst allerede er en del af pigernes beskrevne hverdagsliv.

De fleste drenge, som jeg interviewede, talte ikke helt eksplicit så meget om specifikke venner, men gav dog ligeledes udtryk for, at det var vigtigt for dem at være blandt venner. Dog fortalte Lukas (11 år), da jeg interviewede ham og hans søster og fulgte op på, at hans mor havde fortalt, at der altid var mange børn i huset:

Lukas (11 år),

L: Jeg leger med... Mathias, Mike og Albert.

I: Er det også nogle fra klassen?

L: Nej. Jo, Sean går i vores klasse og Emil og ...

(Lukas i Pernille og Lukas, s. 11)

Et enkelt barn (ud af de 39 jeg talte med) fortalte historier om, hvordan han har haft nogle dumme oplevelser ved de fritidsaktiviteter, han havde gået til. F.eks. var han blevet drillet til fodbold en gang. Det var Sofus (8 år) fra Velvinge Kommune, der fortalte således, da jeg spurgte ind til, om han gik til noget sport:

Sofus (8 år)

S: Ja, jeg skal gå til fodbold.

I: Ja?

S: Jeg har gået til spejder, men det er ikke noget særligt.

I: Det gider du ikke?

S: Nej.

I: Hvorfor?

S: Fordi til spejder så siger de, at man skal lave alt muligt, der er svært, og så kan man ikke lære det. Så skal man bare prøve og prøve og prøve, og alle andre er færdige, og jeg er ikke engang færdig endnu.

I: Nå, okay. Så det var for svært, noget af det I skulle lave?

S: Ja... Og man får også sådan nogle beviser. Man må bruge knive og økse og alt muligt. Men jeg får aldrig sådan nogle.

I: Hvorfor gør du ikke det?

S: Fordi jeg ikke kan finde ud af at bruge kniv. Det kan jeg da godt.

I: Det kan du godt?

S: Ja, men de synes bare ikke, jeg er nyttig nok.

I: At du er nyttig nok?

S: Ja.

I: Okay, så det gad du ikke?

S: Nej.

I: Hvad så med det her fodbold?

S: Det er meget sjovere, fordi der har man sådan nogle fodboldsko og beskyttere til knæ alt muligt. Så skal man prøve at få bolden fra nogen og så score mål.

I: Ja?

S: Og så målmanden og så er der sådan nogle spillere, der har numre på sin ryg. Der står 1 helt op til 49.

I: Okay. [...] Har du gået til fodbold før?

S: Ja, men så er der en der kaldte mig Tykberg, så gad jeg ikke mere.

I: Nå, hvem var det?

S: Sådan en der hedder Mathias, der går i min klasse.

I: Nå, hvad sagde du så?

S: Så sagde jeg 'hold dog din kæft', så sagde han... så sagde han noget til mig, sådan så jeg blev rigtig sur, men man må jo ikke slå i foldbold, så får man gult kort.

I: Ja, det er jo rigtigt nok. Hvad gjorde du så?

S: Så sagde jeg bare til min mor og far, at jeg ikke gad mere at spille fodbold

mere, fordi der var en der kaldte mig Fedberg.

(Sofus, s. 7-8)

Uddraget fra samtalen med Sofus fortæller åbenlyst om den historie, som overvægtige børn gennem alle tider har kunnet berette: Historien om at blive kaldt Fedberg. En fortælling, der handler om øgenavne, der bunder i vægt, og om sårbarhed i forhold til at blive kaldt et nedsættende navn. Om at føle sig ramt – i dette tilfælde fordi Sofus bliver mindet om, at han vejer for meget. Diskursen om, at overvægt er usundt og usejt hersker også i den lokale fodboldklub. Men trods tidligere dril med øgenavne, har Sofus alligevel mod på at starte til fodbold igen. Skulle Antonovskys syn på stressorer inddrages i denne sammenhæng, kunne det ske ved at stille fokus på – ikke at Sofus er blevet kaldt et øgenavn, fordi han er overvægtig – men på, hvad der gjorde, at han overkom tidligere nedtrykkende erfaringer, således at han fik lyst til at starte til sport igen. Sofus fortæller bl.a. senere, at han er begyndt at spille fodbold med nogle drenge, der går i samme efterskoletilbud som ham selv. Dermed kunne der ligge et sundhedspædagogisk potentiale i Sofus' fortælling, der handler om at udforske, hvilken betydning f.eks. sociale relationer har for lysten til at dyrke sport (igen). Pointen er rette fokus væk fra, at overvægtige bliver kaldt for øgenavne på fodboldbanen (det gør mange andre børn måske også), men på hvordan man overkommer disse sårbare udfordringer, når de opstår.

Sofus fortæller også om andre former for oplevet nederlag, der ikke nødvendigvis har noget med vægt at gøre. Da Sofus gik til spejder oplevede han, at han ikke var dygtig (nyttig) nok til at kunne følges med de andre og få f.eks. knivmærket. Oplevelsen af ikke at slå til kan ikke i denne sammenhæng tilskrives vægt alene. Mange børn er startet og holdt op igen til spejder af forskellige årsager. Pointen er, at der kan være en sundhedspædagogisk gevinst ved ikke at arbejde med på forhånd fastlagte forståelser af det overvægtige barn som særligt socialt udsat, men i stedet arbejde ud fra, at alle børn uanset vægt møder udfordringer i de sociale interaktioner, og at børn uanset vægt ofte har ressourcer til at komme på banen igen.

Generelt om tematikken 'venskab' i interviewene kan det siges, at det er svært at konkludere, om flere af børnene er blevet kaldt øgenavne på grund af deres vægt. Ej heller har jeg kunnet vurdere børnenes samlede trivselsmæssige tilstand i hverdagen. Men som Antonovsky med sit salutogenetiske sundhedsbegreb spørger: Hvad holder rask? (frem for hvad gør syg), har jeg tilsvarende

haft spørgsmålet ”Hvad gør sund?” i bagehovedet i min læsning af de foto-eliciterede interviews. Og det er sigende for børnenes fortællinger, at de stort set alle kunne fortælle glade og positive historier om deres venner, og hvad de lavede sammen i skolen og i fritiden. Livet er en strømfuld bevægelse, som Antonovsky siger, således også sundhed. Børnene i interviewene lader til at have nuancerede blikke på elementer i det sunde liv, såsom venskaber, der er muligt at opnå og være en del af trods overvægt.

Udover deres fortællinger om venner, fortalte børnene også om en glad og legefuld skolegang, at de går til mange forskellige former sport, er glade for deres familie, glæder sig til ferier og julearrangementer, cykler i skole, har heste og hunde, som de passer osv. Alt sammen hverdagsbegivenheder, der bryder med billedet på det overvægtige barn som f.eks. trist, alene, inaktiv, uden venner og med dårlig selvtillid. Disse billeder kan siges at være sundhedsforstærkende, fordi de retter et særligt blik på det trivselsfulde i det overvægtige børneliv, som *også* eksisterende. På den måde kan børnene nok siges at være en del af en herskende, biomedicinsk sundhedsdiskurs, der fortæller dem, at de skal stramme op, beherske sig, styre deres madforbrug, og at de muligvis har sværere betingelser for at leve et trivselsfuldt børneliv. Men det er samtidig også en pointe, at de fleste af børnene i deres fortællinger betoner venskaber og trivselsfulde oplevelser, som de allerede har. Analyserne peger på, at til trods for, at de overvægtige børn anerkender sig selv som et sundhedsproblem, der kan afhjælpes, så peger analyserne også på, at børnene i deres egen selvforståelse ikke oplever sig selv som nødvendigvis dårligere stillet end andre børn. Denne indsigt er værdifuld fra et sundhedspædagogisk ståsted, fordi pædagogiske indsatser spundet op på samfundsmæssige og økonomiske sundhedsrationaler risikerer at overse potentialerne i de overvægtige børns forståelser af sig selv som havende ressourcer og kunne både bidrage og deltage i sundhedsfremmende aktiviteter i hverdagslivet.

Det er i lyset af de biopædagogiske betragtninger på, at det sunde (og slanke) også repræsenterer det *suksessfulde*, væsentligt at reflektere over, hvilke syn på dem selv som trivselsfulde individer, at børnene gerne ville give videre til mig som en voksen, der var interesseret i ’noget med sundhed’. Det er klart, at ligeså vel som nogle børn fotograferede skåle med æbler og salat til aftensmaden for at vise, at de på trods af deres overvægt godt vidste, hvad det sunde var, så kan der formodentligt hos nogle børn siges at være tale om, at børnene i deres fortællinger også ønskede at give mig bestemte billeder af sig selv som trivselsfulde eller succesfulde blandt venner. Men på trods af dette aspekt,

som er væsentligt at holde for øje for netop at bevare kompleksiteten og nuancerne i de samlede analytiske perspektiver, så får børnenes billeder af sig selv dog en yderligere opbakning ved, at de er understøttet af det visuelle materiale, der *viser* mange glade, overvægtige børn i mange glade situationer.

De deltagende børn har med deres fortællinger vist, at de i høj grad er en del af den herskende biomedicinske sundhedsdiskurs. Samtidig viser de også billeder på sig selv, der påpeger, hvordan de konsumerer de sundhedspolitiske rationaler og implementerer dem i deres selvforståelse. Mange af de overvægtige børn opererer i lige så høj grad dog også med udgangspunkt i det sundhedsrationale, nemlig det der betoner det trivselsfulde sunde i hverdagen. Dette bliver en vigtig og afgørende pointe, fordi børnene selv har både det salutogenetiske og det patogenetiske sundhedsbegreb i spil. Men hvor sundhedskurserne, som vist i dokumentanalysen og observationsanalysen, betoner det patogenetiske, er der i børnenes fortællinger mange eksempler på, hvordan de forstår sig selv ud fra de handlinger i hverdagslivet, der virker *sundhedsforstærkende*. Denne indsigt i børnenes hverdagsliv forøger potentialet med at iværksætte sundhedsfremmende indsatser, der sundhedspædagogisk arbejder inddragende og dialogorienteret – og ikke mindst med udgangspunkt i, at de overvægtige børn ikke kun skal *lære at blive sunde*, men i stedet at arbejde videre med den antagelse, der også hersker i børnenes fortællinger, at de *allerede er sunde*.

Kapitel 8. Konkluderende pointer

Udgangspunktet for denne afhandling har været at undersøge, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser. Argumentationen for at lave dette studie har været at undersøge, om problemet omkring overvægt er korrekt forstået, fordi bestemte måder at forstå et problem på også kalder på bestemte måder at afhjælpe problemet. Når overvægtige børn forstås som en (potentiel)trussel mod folkesundheden, som manglende viden, ressourcer og redskaber til at tabe sig og som havende psykosociale udfordringer, så præger det de sundhedspædagogiske initiativer, der iværksættes på kommunalt plan, der således har til formål at afværge overvægtsproblematikken ved at lære børnene at blive sunde og udvise et ansvar for velfærdssamfundet ved at tabe sig.

Afhandlingen har med afsæt i to kommunale cases vist, hvad bestemte diskursive fortællinger om overvægt gør ved sundhedspædagogiske måder at sundhedsfremme på og for overvægtige børns selvforståelser som henholdsvis sund og usund. Afhandlingen bygger på et forskningsdesign, der med kritiske, undrende spørgsmål har søgt at vise, hvordan bestemte måder at forstå sammenhængen mellem overvægt og sundhed skaber bestemte former for praktiseret sundhedspædagogik på kommunale sundhedskurser.

Ph.d.-studiet har haft til formål at imødekomme den stigende samfundsmæssige, politiske og medborgerlige efterspørgsel på at finde svar på, hvordan problemet med den voksende overvægt, de opadgående fedmekurver og den herskende fedme-epidemi løses. Jeg har gjort dette ved indledningsvist at stille spørgsmålet: Forstår vi problemet med overvægt rigtigt? Og videre spurgt: Hvilke sundhedspædagogiske potentialer opstår, hvis vi anskuer overvægt i samspillet mellem de kropsorienterede, biomedicinske sundhedsbegreber og de brede, positive og åbne sundhedsbegreber? Jeg giver mine bud i de følgen-

de 5 konkluderende afsnit. Disse præsenteres i en form, der har til formål at orientere sig mod fremtidige sundhedsfremmende indsatser for overvægtige børn.

8.1. Et opgør med faste sundhedskategorier

Afhandlingens første overordnede pointe befinder sig på et videnskabsteoretisk og metodisk plan. De socialkonstruktionistiske og interaktionistiske tilgange har muliggjort et opgør med at tænke sundhed i fastlåste kategorier. Dette har betydet, at når sundhed betragtes som et situationelt og relationelt fænomen, så rykkes fokus på sundhed væk fra hovedsageligt at være en kropstilstand over til også at være en relationstilstand. Denne forskydning forstærker muligheden for pædagogisk at arbejde med sundhed og kompetencer til at leve det sunde liv ud fra et langt bredere og mere anerkendende sundhedssyn. Forskellen er, at det enkelte individ således (og uanset vægt) ikke kan betragtes som værende enten sund eller usund, men kan være begge dele afhængigt af de relationer og livsvilkårige omstændigheder, som individet indgår i. På den måde får de socialkonstruktionistiske og interaktionistiske videnssyn og metoder den konsekvens, at de udfordrer de biomedicinske sundhedsforståelser af, at sundhed kan måles og vejes. Tillige får de socialkonstruktionistiske og interaktionistiske tilgange den betydning, at når sundhed forstås som noget, der hersker i de sociale interaktioner, så opløser det et sundhedspædagogisk udgangspunkt, der per definition anser overvægtige børn som usunde. Pointen er, at de socialkonstruktionistiske og interaktionistiske metoder baner vejen for dynamiske sundhedsdiskurser og opmuntrer til pædagogisk at undersøge og videreudvikle de eksisterende forhold i overvægtige børns liv, *der allerede gør sund*. Således tilbyder de konstruktionistiske videnssyn en ny måde at forstå sundhed på, der i højere grad muliggør en sundhedspædagogik, der har et fokus på de eksisterende sundhedselementer i hverdagslivet.

8.2. Mangeldiskursernes betydningsfulde brud

Afhandlingens anden pointe retter sig mod sprogets magtfulde betydning for måden at forstå det sunde individ. Formålet med at foretage sproglige dekonstruktioner har i dette studie været at komme tættere på både de institutionelle forankringer og indlejrede magtmekanismer i og omkring sundhed, som sproget foranstalter. Lige så vigtigt har det været at få greb om de former for auto-

ritet, der skabes gennem sproget, samt få greb om *hvordan disse autoriter dikterer virkeligheden, formål og rettigheder* for de mennesker, der er udpegede som værende hhv. sunde og usunde. Pointen er, at sproget bærer på nogle ofte skjulte former for magt til f.eks. at definere det sunde liv, hvilket er det centrale omdrejningspunkt i denne afhandling. Idet sproget udfordrer ved at stille spørgsmålstejn til herskende, sproglige fortællinger om det sunde liv, da udfordres ikke kun magten til at definere sundt fra usundt, men også individers måder til *velvilligt at underlægge sig selv disse definitioner og forståelser*. Dette kan have den betydning, som afhandlingen peger på, at forståelser af, at overvægt er usundt, kan være så forankrede i herskende definitioner og sundhedsforståelser; at overvægtige individer underlægger sig disse definitioner og forståelser ved at opleve sig selv som et problem og dernæst med kommunernes kurser oplever, at der bliver taget vare om problemet. De kommunale sundhedskurser og børnenes medvirken på disse kan med andre ord ses som et eksempel på, hvor magtfulde diskurser kan være. Diskurserne medvirker til at identificere sandheden om, at overvægt er et sundhedsproblem. Denne sandhed indlejrer sig i de overvægtige børns selvforståelse på en sådan måde, at de velvilligt deltager i kurser, der skal rette op på problemet. På den måde er problemet født, men også de særlige former for sundhedspædagogiske initiativer, der skal komme problemet til livs.

Med identifikation af overvægt som et sundhedsproblem opstår det, som jeg refererer til som en herskende *mangeldiskurs*. Disse diskurser henviser til billeder på overvægtige børn som værende sundhedsmæssige inkompetente, uvidende, ensomme, inaktive, venneløse, i mistrivsel, med dårlige selvværd mv. Disse mangeldiskurser eller billeder på det overvægtige barn jeg har i afhandlingens analyser vist er mulige at dekonstruere ved blandt andet at invitere børnene til at producere nye billeder på dem selv. Formålet med at bryde med mangeldiskurserne – eller gøre et forsøg på at nuancere disse magtfulde diskurser ved at give plads til andre – er, at hvis mangeldiskurserne med deres negative fortegn på forståelsen af det overvægtige barn hersker bredt, så kan det have to konsekvenser, der bør tages alvorligt i fremtidige sundhedsfremmende praksisser:

For det første skaber de et snævert udgangspunkt for at arbejde med sundhedsfremme, fordi de pædagogiske indsatser tilrettelægges med det formål at udbedre manglerne. Denne form for pædagogik underminerer det ressourcefyldte i overvægtige børns hverdagsliv, samtidigt med at de mangelfulde billeder ikke nødvendigvis kan siges at være retvisende for alle overvægtige børn.

Desuden bliver de sundhedspædagogiske indsatser kendetegnende ved, at de bygger videre på alt det, som børnene ifølge mangeldiskurserne *formodes* at mangle, frem for at bygge videre på alt det, som børnene på lige fod med alle andre børn og uanset vægt kan *forventes* at besidde i form af viden, redskaber kompetencer, handlinger og positive selvforståelser.

For det andet ligger der en vigtig opgave i at bryde med de herskende mangeldiskurser omkring de overvægtige børn, fordi *diskurserne indlejrer sig i børnenes selvforståelser*. Dette kan få den konsekvens, som jeg viste i de empiriske analyser, at overvægtige børn i en tidlig alder betragter sig selv og deres kroppe som forkerte eller sundhedsmæssigt utilstrækkelige. I værste fald kan det, som observationseksemplet med pigen, der ikke længere ville vise sin krop foran andre børn og derfor ikke ville gå til svømning mere, eller med Børnespørgeskemaet, der spørger ind til opkast og dårligt syn på egen krop, have en kontraproduktiv virkning i forhold til at bygge videre på eksisterende sundhedshandlinger, såfremt de overvægtige børn oplever (når de kommer på kursus), at deres kroppe ikke anses som en ressource, men som bærende på en lang række kropslige fejl og mangler.

Når mangeldiskurserne indlejrer sig i børnenes selvforståelse, sker der endvidere to ting, der kan siges at udfordre fremme af det sunde liv. Børnenes opfattelse af sig selv som i risiko for at blive syge eller som en belastning for samfundet udmønter sig i en selvregulerende og forbeholdende adfærd, f.eks. til fødselsdage. En adfærd som børnene i denne afhandlings empiri praktiserer som følge af de sundhedspædagogiske *instrukser til livet*. Denne begrænsende, instruktive tilgang til måder at interagere i sociale sammenhænge går i konflikt med mange af de overvægtige børns øvrige måder at indgå i sociale relationer, danne venskaber og være en del af en venskabskreds. Desuden sker der det, at børnene bliver bevidste om, at de udadtil er forpligtede på at vise, at de er i stand til at beherske sig og på den måde imødekomme en forventning om på disciplineret vis at handle på den sundhedsfare, der er tilskrevet livet som overvægtig. Pointen er, at mangeldiskurserne og den adfærd, som følger, kan komme til at overse den lange række af sundhedskompetencer og ressourcer, som de overvægtige børn besidder, og som kunne være det hovedsagelige sundhedsfremmende udgangspunkt, da disse i børnenes fortællinger hersker lige så bredt i hverdagslivet.

8.3. Nye pædagogiske syn på kommunale sundhedskurser

Afhandlingens tredje pointe er, at sundhed i et sociologisk og kulturelt perspektiv på hverdagslivet kan siges at handle meget lidt om at have *den rigtige viden* om mad. Sundhed handler selvfølgelig også om at kende til sund kost og motion, men pointen er, at sundhed handler om meget mere. Dette leder frem til to helt centrale problemstillinger for kommunerne, når de skal lave tilbud for borgere med *et særligt sundhedsbehov*, som der står skrevet i Sundhedsloven fra 2007.

For det første er det nødvendigt at forholde sig til, at overvægt i sig selv ikke er ensbetydende med et usundt liv. Dernæst, såfremt kommunen beslutter at tilbyde et slankekursus for overvægtige borgere (hvilket dermed også bør kaldes et slankekursus), er det væsentligt at erkende, at grunden til overvægt ikke nødvendigvis skyldes mangel på viden om sund kost og sunde motionsvaner. Pointen er, at de kommunale sundhedskurser kommer pædagogisk skævt fra start, hvis de slås op på at skulle *lære* borgerne, i afhandlingens tilfælde familierne, at blive sunde – såfremt det kan antages, at borgerne allerede (også) er sunde og allerede har den tilstrækkelige, basale viden om, hvad der er sundt og usundt i en kropslige mad- og motionsmæssig forstand. Pointen er, at kommunerne i bestræbelserne på at lave et samlet tilbud til en samlet gruppe af borgere kan risikere at være ubekendte med, hvad der opleves som de egentlige sundhedsudfordringer i hverdagen, hvis sundhedspædagogikken undlader de inddragende og dialogorienterede metoder. Dette har den konsekvens, at der så at sige kloges ved siden af, såfremt kurserne tilbyder en grundlæggende viden om sund kost og motion, som kursisterne allerede har.

Pointen er snarere, at overvægt som tilstand ikke nødvendigvis er en hindring for det sunde liv, når det sunde liv vurderes i et samspil mellem de biomedicinske sundhedsforståelser og de brede, åbne og positive sundhedsforståelser. Ej heller er overvægt ensbetydende med, at en grundlæggende viden om sundt og usundt ikke er til stede i hverdagsbevidstheden. Dette gælder også for overvægtige børn. Denne erkendelse skaber grobund for at iværksætte sundhedskurser, hvis sundhedspædagogiske formål, indhold og metode ikke kun er at formidle viden, men derimod har et læringsformål, der retter sig mod at styrke de former for sundhedsviden, der allerede praktiseres i hverdagslivet.

Afhandlingen har vist, hvordan bestemte forståelser af overvægt som et sundhedsproblem, afføder bestemte måder at afhjælpe eller løse dette sundhedsproblem på. Hvis overvægt forstås ud fra en overvejende biomedicinsk forståelse af det sunde menneske, hvor overvægt kædes sammen med risikoen for at blive syg, så er den logiske konsekvens, at vægttab øger sandsynligheden for at holde sig rask og dermed sund. Når denne sundhedsforståelse overføres til en kommunal sundhedspraksis, der yderligere er underlagt socioøkonomiske perspektiver på overvægt som en udgift, kan det betyde, at et succesfuldt sundhedskursus måles i antal af tabte kilo. Dette forstærkes yderligere af et stigende krav om evidens for, at indsatserne er økonomisk rentable. Konsekvensen af at lade en overvejende biomedicinsk sundhedsforståelse være den bærende i de kommunale sundhedsindsatser er, at den pædagogiske linje bliver lagt således, at udfaldet er målbart i form af reducere af vægt, BMI-tal, taljemål og kondital.

Som afhandlingen har vist, kan sådanne former for sundhedspædagogik få den uhensigtsmæssige konsekvens, at deltagerne, de overvægtige børn, kan have haft et udbytterigt kursusforløb, have fået nye venner, fået idéer til nye fritidsinteresser, have haft kvalitetssamvær med forældrene osv., men at disse positive og sundhedsfremmende gevinster af deltagelsen i kurset kan gå tabt for de børn, der ikke har tabt sig fra kursets start til slut. Dette betyder, at børn, hvis kropslige parametre ikke forbedres nævneværdigt, kan risikere at afslutte et ellers frugtbart kursusforløb med en oplevelse af ikke at slå til. Desuden skabes der med måling (og dermed sammenligning) af kropslige parametre et konkurrencepræget og præstationsfremmende element blandt børnene på kurserne, hvilket ikke nødvendigvis kan siges at være hensigtsmæssigt, såfremt det skaber grundlag for oplevelser af ekskludering eller diskvalificering. Derfor synes der grund til at overveje, om evaluering af endt kursusforløb alene skal basere sig på målbare parametre – trods herskende evidenskrav. Dernæst forekommer det anbefalelsesværdigt for måden at sundhedsfremme på, at eventuelle kvantificerbare evalueringer suppleres med mere kvalitative vurderinger ved ganske simpelt at inddrage de deltagende børn i evalueringen ved at spørge ind til, hvad børnene har oplevet som udbytterigt ved kurserne.

8.4. Hør de overvægtige børns fortællinger

Afhandlingens fjerde pointe bygger på en analytisk erkendelse, der har givet anledning til selve titlen på denne afhandling: De sunde overvægtige børn.

Pointen er, at når børn inddrages som aktive aktører i formuleringen af forståelsen af sig selv som overvægtige, samt hvad de tillægger sundhedsmæssig værdi, så kommer vigtige nuancer på hverdagslivets sunde og usunde fænomener i spil. Nuancer der tillader at kalde de overvægtige børn for sunde på lige fod med andre (normalvægtige) børn. Nuancerne er afgørende for det sundhedspædagogiske arbejde med at fremme sundhed, fordi lige så vel som de overvægtige børn både er en del af og også reproducerer biomedicinske sundhedsdiskurser om, at overvægt er usundt og risikofyldt, bryder de også med forestillingen om, at overvægtige børn ikke også (på trods af deres vægt) allerede tænker og handler sundhedsfremmende i hverdagen. Mangeldiskursen bliver således udfordret af børnene selv på en sådan måde, at det ikke længere giver mening pædagogisk at tilrettelægge sundhedskurser, der skal fylde på og rette op på en adfærd, der på forhånd vurderes at være utilstrækkelig. Det, der derimod giver mening, når man lytter til børnenes egne fortællinger om livet som overvægtig, er at tilrettelægge sundhedspædagogiske indsatser, der tager udgangspunkt i alt det, som børnene fortæller allerede er sundhedsforstærkende i deres liv.

Pointen er således, at selv om vægt beskrives som et problem i de offentlige sundhedsdiskussioner og hverdagslige instruktioner til livet, så er vægt ikke nødvendigvis en hindring for f.eks. et trivselsfuldt børneliv – hvis man spørger børnene selv. I børnenes kammeratlige relationer i og uden for skolelivet forstås overvægt som en kropstilstand ikke entydigt som afvigende eller som et grundlag for ekskludering fra fællesskabet. Med andre ord fortæller børnene, at overvægt ikke nødvendigvis er en hindring for at have oplevelsen af et succesfuldt eller trivselsfuldt hverdagsliv. Tværtimod giver mange af de overvægtige børn mange eksempler på, at de anses som sunde og anerkendes i sociale relationer på lige fod med andre børn.

Desuden bryder børnene i deres fortællinger med den mangeldiskurs, der kan siges at have været begrundende for de kommunale sundhedskurser, som de deltog i: Børnene fortæller om et aktivt skole-, fritids- og hverdagsliv, der er kendetegnet ved en lang række sports- og fritidsaktiviteter og aktive bevægelsesmønstre, så som gåture med familien, cykling til skole og kompetencer til at danne og indgå i værdifulde venskaber. Fortællinger, der alt i alt kan siges at skabe nuancerede og langt mere positive billeder på de overvægtige børn, der pædagogisk kan arbejdes videre med. Når overvægtige børn i tillæg til dette giver udtryk for, at de er bekendte med den basale sundhedsviden, og at de allerede foretager en lang række sunde handlinger og valg i hverdagen, giver

det anledning til at konkludere, at problemet med overvægt ud fra et anerkende sundhedssyn måske slet ikke synes så håbløst, som antaget.

8.5. Få greb om overvægten af ressourcer

Afhandlingens sidste konkluderende, men ligeledes fremadrettede pointe er, at fordi sundhed som fænomen i sig selv er et positivt ladet fænomen, der i alle henseender er værd at stræbe efter, både individuelt og samfundsmæssigt, så er det hverken et spørgsmål om at lade stå til eller udelukkende at placere sundhedsansvaret hos den enkelte borger. Pointen er, at sundhedsindsatserne i kommunerne og i andre sundhedsfremmende regi er på rette spor, men at de har mulighed for at udvikle et langt større potentiale ved at justere på sundhedsindsatsernes grundsyn og dermed på den grundlæggende sundhedspædagogik.

De forskningsbaserede anbefalinger, som jeg her til sidst i afhandlingen vil fremhæve, er, at selvom sundhed som fænomen kan siges at være foranderligt, bevægeligt, dynamisk og i nogen henseender svært at få et målebart greb om, så må og skal dette forhold anses som en styrke, fordi det får en afgørende betydning for vores måde at forstå overvægt som et sundhedsproblem og for hvordan det pædagogisk kan afhjælpes. Det får helt konkret den betydning, at der stadig er grund til at forebygge (også fra en tidlig alder), at befolkningen ikke pådrager sig en række livstruende eller kroniske sygdomme som f.eks. diabetes 2, hjertekarsygdomme og kræft. Men pointen er, at vejen til forebyggelse sker ved at tage udgangspunkt i, at sundhed ikke er en statisk tilstand i form af noget, man enten er eller ikke er. Derimod er pointen, at sundhed er noget, der praktiseres i forskellige situationer og relationer, hvormed det netop er i foranderligheden, i de hverdagslige bevægelser og dynamikker, at både forebyggende og sundhedsfremmende indsatser skal tage deres afsæt.

Overvægt som sundhedsproblem kan med de socialkonstruktionistiske og interaktionistiske vidensperspektiver og metoder, i samspillet mellem de brede, åbne og positive sundhedsbegreber og med de Foucault-inspirerede perspektiver på norm og afvigelse, anskues på flere forskellige måder: Som en sundhedsmæssig afvigelse fra den ønskede (slanke) norm; som et moralsk forpligtende anliggende at rette op på for det enkelte, overvægtige individ; og som en trussel for den sociale og økonomiske velfærd samt den nationale sundhedstilstand. Men overvægt kan netop også med de diskursive forståelser

af fænomenet sundhed siges at være bundet op på andet end afvigelser, manglende moralsk forpligtelse og velfærdsmæssige folkesundhedstrusler. Overvægt og dermed overvægtige kan ses som andet end et sundhedsproblem: Overvægtige kan også ses som værende i besiddelse af en lang række ressourcer, viden om sundhed og handlekompetencer på lige fod med andre borgere i samfundet, og som også udøvende af deres ansvar som pligtopfyldende borgere. Og pointen er dermed, at ved at sætte disse positive og sundhedsanerkendende syn i højsædet skabes der i endnu højere grad sundhedspædagogiske potentialer for at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme på et tidligt stadie med udgangspunkt i de sunde overvægtige børn.

Perspektivering

Børns sundhed og i særdeleshed børns overvægt spejler naturligt tilbage på forældre, der bærer et ansvar for, at deres børn får en sund opvækst. Når danske kommuner tilbyder kurser for overvægtige børn og deres forældre, er det, fordi det ikke kun er børnene, der skal lære om sund livsstil, sunde madvaner og om vigtigheden af motion. Forældrene er ligeså meget på kursus. Perspektiverne omkring den dydige bio-borger og om moralsk forpligtigelse til at efterstræbe den slanke linje og tage ansvar for egen sundhed retter sig specifikt mod forældre, hvis børn er overvægtige. Dydighedsdiskurserne ansporer forældre til at udleve et personligt ansvar for dels deres egen vægt, men også deres børns vægt, så disse ikke bliver en fremtidig, social byrde: ”[...] *becoming a (virtuous) bio-citizen involves more than taking responsibility for ensuring that one's weight stays within the BMI 'norm'. It is a responsibility to care for oneself in order to care for one's offspring and family*” (Halse, 2009: 52)

Et oplagt forskningsemne i forlængelse af biopædagogikkerne er synet på forældre til overvægtige børn som i udgangspunktet utilstrækkelige til at varetage opgave omkring deres børns sundhed. Ni ud af ti spontane kommentarer til dette nu afsluttede ph.d.-projekt har været spørgsmålet om, hvorvidt jeg ikke også arbejdede med forældre, da forældre udpeges som skyldige i deres børns overvægt. Skyldsdiskurser er herskende i en sådan grad, at der på tilsvarende vis omkring de overvægtige børn drages formodninger om forældrene som værende uvidende, dovne, dårlige rollemodeller og som den direkte kilde til, at deres børn vokser op med en lang række fysiske og psykosociale udfordringer.

Diskrimination og umyndiggørelse af forældre til overvægtige børn præger de diskursive konstruktioner af årsager til, hvorfor overvægtige børn vejer for meget – ikke mindst fordi forældre i hverdagen er ansvarlige for, hvad der puttes i indkøbskurven og dermed i madpakken, på middagsbordet osv. Disse forståelser hersker ikke kun i hverdagslivets retorikker, men får den konsekvens, at de sundhedspædagogiske indsatser, der iværksættes, kan komme til at underkende, at forældre til overvægtige børn i mange tilfælde har lige så god

viden om sundhed som forældre til normalvægtige børn. At der kan være andre årsager til deres børns overvægt, samt at forældre til overvægtige børn er lige så kompetente som forældre til normalvægtige børn træder i baggrunden til fordel for diskurser om disse forældres svigtende ansvar for deres børn. Ansvar for sundhed forplanter sig ikke kun i den enkelte familie, men som gensidig overvågning familier iblandt: *"The phenomenon of watching other people who themselves are being watched can be regarded as an extraordinary addition to the tactics of governance and particularly neoliberal styles of governance. When techniques of categorization, normalization and family surveillance are beamed into thousands of homes, the boundaries between institutionalized pedagogy (e.g. what goes on in schools) and the kind of educative practices that go on in homes are blurred. The family, in a sense becomes an additional biopedagogical arm that encourages us to 'participate in the governance of our own bodies and lives, and in the bodies and lives of others'"* (Burrows, 2009: 136). Governance ud fra et forældreperspektiv som en pædagogisk måde at regulere familiers adfærd, peger derfor på et fremadrettet studie, der arbejder med at udforske de ressourcer og kompetencer, som forældre praktiserer i hverdagslivet, såvel som de udfordringer de måtte møde i opgaven med at varetage ansvaret for deres børns sundhed, samt hvordan disse kan integreres i sundhedsfremmende familieindsatser.

Litteraturliste

Akselsen, Käte; Koch, Børge (red.) (2006): *Sundhed, udvikling og læring – Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed*. Billesø og Baltzer, Værlose.

Andersen, John (2007): *Empowermentperspektivet i planlægning*. I Anne Jensen et al. (red.): *Planlægning i teori og praksis – et tværfagligt perspektiv* (kap. 3, s. 46-62). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Antonovsky, Aron [1987] (2000): *Helbredets Mysterium*. Hans Reitzels Forlag, København.

Bacon, Linda (2010): *Health at Every Size. The Surprising Truth About Your Weight*. Benbella, Dallas, Texas.

Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas [1967] (2000): *Den samfundsskabte virkelighed. En videnssociologiske afhandling*. Lindhardt og Ringhof, København.

Burr, Vivien (2003): *Social Constructionism*. Routledge, London.

Carlsson, Monica; Simovska, Venka (2009): *Fokus på evidens inden for sundhedsundervisning og sundhedsfremme. Om behovet for et bredere evidenslandskab*. I Carlsson, Monica; Simovska, Venka; Bruun Jensen, Bjarne. (red.): *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis*. (s. 295-310). Aarhus Universitetsforlag, Århus.

Christensen, Pia; James, Allison (red.) (2008): *Research with Children. Perspectives and Practises*. Routledge, New York.

Clark, Alison; Kjørholt, Anne Trine; Moss, Peter (red.): *Beyond listening. Children's perspectives on early childhood services*. The Policy Press, Bristol.

Dean, Mitchell (2008): *Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund*. Forlaget Sociologi. Frederiksberg.

Elias Norbert (1978): *The Civilizing Process*. Basil Blackwell, Oxford.

Elsass, Peter; Lauritsen, Peter (2006): *Humanistisk sundhedsforskning*. Hans Reitzels Forlag, København.

Esmark, Anders; Lausten, Carsten B.; Andersen, Niels Åkerstrøm (2005): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion*. I Esmark, Anders; Lausten, Carsten B.; Andersen, Niels Åkerstrøm (red.): *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. (s. 7-30). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Ewald, Wendy (2000): *Secret Games: Collaborative Works with Children 1969-1999*. Scalo Publisher. Zürich, Berlin, New York.

Foucault, Michel (1994): *Viljen til viden. Seksualitetens historie 1*. Det lille forlag, Frederiksberg.

Foucault, Michel (2001): *Talens forfatning. Forelæsningsrapport: Viljen til viden. Nietzsche – genealogien, historien*. Hans Reitzels Forlag, København.

Foucault, Michel (2005): *Sindsygdhed og psykologi*. Hans Reitzels Forlag, København.

Foucault, Michel (2008): *The Birth of Biopolitics. Lectures at the College de France 1978-1979*. Palgrave Macmillan, New York.

Franch, Jesper; Isaksen, Bo; Jørgensen, Per og Vogensen, Niels (2009): *Idræt B. Systemet*, Århus.

Fuglsang, Lars; Olsen, Poul Bitsch (red.) (2003): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Fuglsang, Lars; Hagedorn-Rasmussen, Peter; Olsen, Poul Bitsch (red.) (2007): *Teknikker i samfundsvidenskaberne*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Gallagher, Michael (2009): *Ethics*. I Tisdall, Kay; Davis, John M.; Gallagher, Michael (red.): *Researching with Children and Young People. Research Design, Methods and Analysis*. (kap. 2, s. 11-64) Sage Publications, Los Angeles.

Gergen, Kenneth J. (2009): *An invitation to Social Construction* (2nd ed.). Sage Publications Ltd., Los Angeles.

Gray, David Edward (2009): *Doing research in the real world* (2nd ed.). Sage Publications Ltd., London.

Guthman, Julie (2009): *Teaching the Politics of Obesity: Insights into a Neoliberal Embodiment and Contemporary Biopolitics*. (s. 1110-1133). Antipode Vol. 41, No 5.

Hall, Stuart (1997): *Representations : cultural representations and signifying practises*. London, Thousand Oaks, California, Sage in association with the Open University.

Hall, Stuart (1973): *Encoding and Decoding in the Television Discourse*. Paper for the Council of Europe Colloquy, University of Leicester, Birmingham.

Halkier, Bente (2001): *Kan pragmatisme være analytisk? Studiet af miljøbetydning i forbrug som eksempel*. I Bransholm Pedersen; Drewes Nielsen (red.): *Kvalitative metoder – fra metateori til markarbejde*. (kap.2, s. 41-59). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Halse, Christine (2009): *Bio-Citizen: Virtue Discourses and the Birth of the Bio-Citizen* (kap. 4, s. 45-59). I Wright, Jan; Harwood, Valerie (red.): *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing Bodies*. Routledge, New York.

Hart, Roger A. (2002): *Children's Participation in Sustainable Development. The Theory and Practice of involving Young Citizens in Community Development and Environmental Care*. Earthscan, London, Sterling, VA.

Harwood, Valerie (2009): *Theorizing Biopedagogies* (kap. 2, s. 15-30). I Wright, Jan; Harwood, Valerie (red.): *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing Bodies*. Routledge, New York.

Haastrup, Kirsten (2004): *Vidensbegreber og videnskaber. Nye veje til kendskab?* I Bruun, Jette Jul; Hanak, Mette Lolk; Kofoed, Birgitte Gade; Jensen, Bjarne Bruun (red.): *Viden og evidens i forebyggelsen*. Sundhedsstyrelsen, Videns- og dokumentationsenheden, København.

Højbjerg, Henriette (2003): *Forståelse og fortolkning i samfundsvidenskaberne*. I Fuglsang, Lars; Olsen, Poul Bitsch (red.): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (kap. 2, s. 89-129). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Haavind, Hanne (2000): *På jagt efter kjønnede betydninger*. I Haavind, Hanne (red.): *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (kap. 1, s. 7-59). Gyldendal Norsk forlag, Oslo.

Iversen, Lars; Christensen, Ulla; Lund, Rikke (2011): *Indledning*. I Lund, Rikke; Christensen, Ulla; Iversen, Lars (red.): *Medicinske sociologi – Samfund, sundhed og sygdom*. (kap. 1, s. 17-22). Munksgaard, København.

Jensen, Bente (2002): *Sundhed og Sårbarhed – store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv*. Hans Reitzels Forlag, København.

Jensen, Bente (2006): *Unge sundhed og sårbarhed – i et kompetenceperspektiv*. I Akselsen, Käte; Koch, Børge (red.): *Sundhed, Udvikling og Læring. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed*. (kap 2, s. 30-55). Billesø & Baltzer, Værløse.

Jensen, Bjarne Bruun (2006): *Sundhedsfremme i dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv*. I Akselsen, Käte; Koch, Børge (red.): *Sundhed, Udvikling og Læring. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed*. (kap 3, s. 56-76). Billesø & Baltzer, Værløse.

Jensen, Bjarne Bruun; Lund, Jens H. (2007): *Den ulige sundhed – en opgave for skolen?* Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag, København.

Jensen, Uffe Juul (2008): *Sundhedsbegreber, selvansvarlighed og stat*. Kvan, Årg. 28, nr. 80 (s. 7-26).

Jensen, Uffe Juul (2006): *Sygdom som erfaring eller fremmedlegeme – Sundhed som individuel autonomi eller gensidig omsorg?* I Akselsen, Käte; Koch, Børge (red.): *Sundhed, udvikling og Læring – Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed* (s. 7-29). Billesø & Baltzer, Værløse.

Jensen, Uffe Juul; Andersen, Peter Fuur (red.) (1995): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Philosophia, Århus.

Jørgensen, Marianne Winther (2002): *Refleksivitet og kritik: Socialkonstruktivistiske subjektpositioner*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Jørgensen, Marianne Winther; Philips, Louise (1999): *Diskursteori*. Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Järvinen, Margaretha (2005): *Interview i en interaktionistisk begrebsramme*. I Järvinen, Margaretha; Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv: Interview, observationer og dokumenter* (kap. 2, s. 27-48). Hans Reitzels Forlag, København.

Järvinen, Margaretha; Mik-Meyer, Nanna (2005): *Observationer i en interaktionistisk begrebsramme*. I Järvinen, Margaretha; Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter* (kap. 5, s. 97-120). Hans Reitzels Forlag, København.

Kamper-Jørgensen, Finn (2009): *Det forebyggende sundhedsarbejde – internationale og nationale udviklinger*. I Kamper-Jørgensen, Finn; Almind, Gert; Jensen, Bjarne Bruun (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde* (kap. 2, s. 43-66). Munksgård, København.

Kamper-Jørgensen, Finn; Jensen, Bjarne Bruun (2009): *Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber*. I Kamper-Jørgensen, Finn; Almind, Gert; Jensen, Bjarne Bruun (red.): *Forebyggende sundhedsarbejde* (kap. 1, s. 21-42). Munksgård, København.

Kirkeby, Ole Fogh (1994): *Abduktion*. I Heine Andersen (red.): *Videnskabsteori og Metodelære* (kap. 6. s. 122-152). Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Koch, Lene (2006): *Tekstanalyse*. I Koch, Lene; Vallgård, Signild (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (kap. 3, s. 53-68). Munksgaard Danmark, København.

Koch, Lene; Vallgård, Signild (red.) (2006): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard Danmark, København.

Kvale, Steiner (1994): *InterView, En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag, København.

Lupton, Deborah (1996): *Food, Body and the Self*. Sage Publications, London, Thousand Oaks Ca.

Mayall, Berry (2008): *Conversations with Children: Working with Generational Issues*. I Christensen, Pia; James, Allison (red.): *Research with Children. Perspectives and Practises* (kap. 5, s. 109-124). Routledge, New York.

Mik-Meyer, Nanna (2005): *Dokumenter i en interaktionistisk begrebsramme*. I Järvinen, Margaretha; Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. (kap. 9, s. 193-214). Hans Reitzel, København.

Murray, Samantha (2009): *Marked as 'Pathological': 'Fat' Bodies as Virtual Confessors* (kap. 6, s. 78-90). I Wright, Jan; Harwood, Valerie (red.): *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing Bodies*. Routledge, New York.

Otto, Lene (1994): *Et robust helbred eller et lykkeligt liv*. I Jensen, Uffe Juul; Andersen, Peter Fuur (red.): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis* (s. 75- 94), 1994. Philosophia, Århus.

Olsen, Poul Bitch (2003): *Organisering*. I Fuglsang, Lars; Olsen, Poul Bitch (red.) (2003): *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (kap. 5, s. 201-246). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Patton, Michael Quinn (1987): *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Dehli.

Pedersen, Kristen B.; Drewes Nielsen, Lise (2001): *Kvalitative Metoder – fra metateori til markarbejde*. Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Pedersen, Kirsten Bransholm; Land, Birgit (2001): *Den kvalitative forskningsproces*. I Pedersen, Kirsten Bransholm; Nielsen, Lise Drewes (red.): *Kvalitative metoder – fra metateori til markarbejde* (kap.1, s. 15-38). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Raffnsøe, Sverre; Gudmund-Højer, Marius; Thaning, Morten S. (2008): *Foucault*. Samfundslitteratur, Frederiksberg.

Rasmussen, Kim (2001): *Hvad er børnekultur?* I Tufte, Birgitte; Kampmann, Jan; Junck, Beth. (red.): *Børnekultur: hvilke børn? og hvis kultur?* Akademisk Forlag, København.

Rasmussen, Kim; Smidt, Søren (2002): *Barndom i billeder: børns fotografier set som ytringer om en kultur i bevægelse.* Akademisk Forlag, København.

Rasmussen, Kim (2012, upubliceret manus): *Børns fotografering og fotografier - en vej til børns inddragelse og deltagelse OG en bro til at udforske børns hverdagsliv.* I *Handbook of Childhood Research* (Forlag endnu ukendt).

Richelsen, Bjørn; Pedersen, Steen B. (2009): *Raske overvægtige. Er vægttabsbehandling indiceret?* Videnskab, Ugeskrift Læger 171/43, d. 19. oktober 2009.

Ritenbaugh, Cheryl (1982): *Obesity as a culture-bound syndrome.* (p. 347-361) *Culture, Medicine and Psychiatry* 6.

Rose, Gillian (2007): *Visual Methodologies. An Introduction to the Interpretation of Visual Materials.* Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Dehli.

Stormhøj, Christel (2001): *Poststrukturalisme på arbejde – videnskabsfilosofi og metode i en undersøgelse af unges kønnede identiteter.* I Bransholm Pedersen; Drewes Nielsen (red.): *Kvalitative metoder – fra metateori til markarbejde.* (kap. 3, s. 60-82). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Søndergaard, Dorte Marie (2000): *Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i post-strukturalistisk inspireret empirisk forskning.* I Haavind, Hanne (red.) (2000): *Kjøn og fortolkende metode. Metodiske muligheder i kvalitativ forskning* (kap. 2, s. 60-104). Gyldendal Akademisk, Oslo.

Søndergaard Kristensen, Tage (2005): *Sygdom og årsager til sygdom.* I Iversen, Lars; Søndergaard Kristensen, Tage; Holstein, Bjørn Ewald; Due, Pernille: *Medicinsk sociologi – Samfund, sundhed og sygdom.* (kap. 1, s. 16-43). Munksgaard, København.

Tisdall, Kay; Davis, John M.; Gallagher, Michael (2009): *Researching with Children and Young People. Research Designs, Methods and Analysis.* Sage Publications, Los Angeles.

Thomson, Pat (2008): *Children and young people: voices in visual research*. I Thomson, Pat (red.): *Doing visual research with children and young people* (kap. 1, s. 1-20). Routledge, London, New York.

Tones, Keith; Green, Jackie (2004): *Health Promotion. Planning and strategies*. Sage Publications, Thousand Oaks, London, New Dehli.

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

Vallgård, Signild (2003b): *Studier af magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb Governmentality*. I Christiansen, Peter Munk; Togeby, Lise (red.): *På sporet af magten* (kap. 9, s. 117-131). Aarhus Universitetsforlag, Århus.

Vallgård, Signild (2007): *Styring af sundhedsvæsenets organisationer*. I Vallgård, Signild og Krasnik, Allan (red.): *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Munksgaard Danmark, København.

Vallgård, Signild (2009): *Hvad indebærer brugen af begrebet livsstilssygdomme?* Kritisk Debat, 15. april 2012, 67. udgave 9. årgang.

Wackerhausen, Steen (1994): *Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme*. I Jensen, Uffe Juul; Andersen, Peter Fuur (red.): *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis* (s. 43-73). Philosophia, Århus.

Warming, Hanne (2007): *Deltagende observation*. I Lars Fuglsang; Peter Hagedorn-Rasmussen; Poul Bitch Olsen (red.): *Teknikker i samfundsvidenskaberne* (kap. 16, s. 314-331). Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.

Warming, Hanne (2005a): *Erkendelse gennem oplevelse: Når indlevelse ikke er mulig*. I Järvinen, Margaretha; Mik-Meyer, Nanna (red.): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter* (kap. 7, s. 145-168). Hans Reitzels Forlag, København.

Warming, Hanne (2005b): *Participant observation: a way to learn about children's perspectives*. I Clark, Alison; Kjørholt, Anne Trine; Moss, Peter (red.): *Beyond listening. Children's perspectives on early childhood services* (kap. 4, s. 51-71). The Policy Press, UK, Bristol.

Wistoft, Karen (2009): *Værdier og sundhedspædagogik*. I Carlsson, Monica; Simovska, Venka; Bruun Jensen, Bjarne. (red.): *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Teori, forskning og praksis* (s. 123-137). Aarhus Universitetsforlag, Århus.

Wright, Jan (2009): *Biopower, Biopedagogies and the Obesity Epidemic*. I Wright, Jan; Harwood, Valerie (red.): *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic'. Governing Bodies* (kap. 1, s. 1-14). Routledge, New York.

Rapporter

Ernæringsrådet

Ernæringsrådet (2003): *Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats*. http://www.meraadet.dk/gfx/uploads/rapporter_pdf/Fedmerapport_www.pd.pdf

Hjerteforeningen

Hjerteforeningen (2008): *Unge Hjerter. Afdækning af unges viden og kompetencer inden for området sundhed og hjertekarsygdomme*. Forskningsprogrammet for Miljø- og Sundhedspædagogik på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Århus Universitet i samarbejde med Institut for Ledelse, Politik og Filosofi på Handelshøjskolen i København, Hjerteforeningen og Rudersdal Kommune. http://www.emu.dk/gsk/fag/sun/sundhed/unge_hjerter.pdf

Indenrigs- og sundhedsministeriet

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2002): *Sund hele Livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København. http://www.im.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2002/Sund%20hele%20livet.ashx

Indenrigs- og sundhedsministeriet (2007): *Samfundsmæssige konsekvenser af svær overvægt. Maj 2007*. København. http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2007/De%20samfundsoekonomiske%20konsekvenser%20af%20svær%20overvægt.ashx

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2009): *Sundhedspakke 2009. Godt på vej mod et sundere Danmark – 8 store skridt der gør et godt sundhedsvæsen endnu bedre*. København.

http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2009/Oktober/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/Sundhedspakken09/Sundhedspakke09.ashx

Motions- og Ernæringsrådet

Motions- og Ernæringsrådet (2007): *Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge – oplæg til strategi*. Søborg.

http://www.meraadet.dk/gfx/uploads/rapporter_pdf/boernefedme_webny2.pdf

Motions- og Ernæringsrådet (2008): *Gør det let at vælge sundt i jeres kommune*. Søborg. <http://www.meraadet.dk/default.asp?id=1311>

Statens Institut for Folkesundhed

Kjøller, Mette; Juel, Knud; Kamper-Jørgensen, Finn (red.) (2007): *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed. København.

<http://www.si-folkesundhed.dk/Udgivelser/B%C3%B8ger%20og%20rapporter/2008/2897%20Folkesundhedsrapporten%202007.aspx>

Rasmussen, Mette; Due, Pernille (red.) (2007): *Skolebørnsundersøgelsen 2006*. Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed. Institut for Folkesundhedsvidenskab, København. <http://www.hbsc.dk/download/HBSC-Rapport-2006.pdf>

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen (2004): *Viden og evidens i forebyggelsen*. Viden- og dokumentationsenheden. København.

<http://www.sst.dk/publ/publ2004/evidensviden.pdf>

Sundhedsstyrelsen, (2005): *Sundhed i Kommunen – nye opgaver og muligheder*. København.

http://www.sst.dk/publ/Publ2005/CFF/Pixi_kommunen/Sundhed_kommunen.pdf

Sundhedsstyrelsen (2007a): *Forebyggende sundhedsydelse for børn og unge.*

Anbefalinger. København.

http://www.sst.dk/publ/publ2006/CFF/Sundhedsydelse/sundhedsydbogu_rev06.pdf

Sundhedsstyrelsen (2007b): *Evidens i forebyggelsen.* Center for Forebyggelse.

København.

http://www.sst.dk/publ/Publ2007/CFF/Evidens_forebyggelse/Ev_i_forebyggelse.pdf

Sundhedsstyrelsen (2010a): *Psykosociale aspekter ved overvægt.* Sundhedsstyrelsens hjemmeside:

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Psykosociale%20aspekter%20ved%20overvaegt.aspx>

Sundhedsstyrelsen (2010b): *Inddragelse af unge i sundhedsprojekter – opsummering af en DPU-litteraturgennemgang.* København.

[http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/UngeSundhedsprojekter/Inddragelse af unge i sundhedsprojekter.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/UngeSundhedsprojekter/Inddragelse_af_unge_i_sundhedsprojekter.pdf)

Sundhedsstyrelsen (2011): *Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* København.

<http://www.sst.dk/publ/Publ2010/CFF/Sundhedsprofiler/DenNationaleSH P.pdf>

Undervisningsministeriet

Undervisningsministeriet (2009): *Fælles Mål. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab.* Faghæfte 21, Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23 - 2009.

http://www.uvm.dk/~media/Publikationer/2009/Folke/Faelles%20Maal/Filer/Faghaefter/090708_sund_sex_07.ashx

World Health Organization

World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986 -*

WHO/HPR/HEP/95.1.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

World Health Organization (2007): *WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity*. Obesity Conference Report. WHO Regional Office Europe. København.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf

Kommuneinformation A/S

Kommuneinformation A/S (2008): *Brug af evidens i det kommunale forebyggelsesarbejde*. KL, København.

http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_34217/scope_0/ImageVaultHandler.aspx

Artikler fra dagblade

Børsen (27. november, 2008): *Overvægtige børn og unge skal have psykologhjælp*. København.

Danmarks Radio (16. juli, 2011): *Vi vil melde tykke børn til kommunen*. dr.dk/Nyheder/Indland.

Information (13. juli 2011): *Fedme er de overvægtiges egen skyld*. København.

Politiken (22. juli 2011): *Skam – misbrugerens forbandelse*. (Davidsen-Nielsen, Marianne). København.

Øvrige links

Det fede topmøde

<http://dftm.arsmatrix.com/flora/flora.asp?page=4885>

Sekundær litteratur

Epstein, Iris; Stevens, Bonnie; McKeever, Patricia; Baruchel, Sylvain (2006): *Photo Elicitation Interviews (PEI): Using Photos to Elicit Children's Perspectives*. International Journal of Qualitative Methods 5 (3), September.

Evans, Jessica; Hall, Stuart (2007): *Visual Culture: the reader*. Sage Publications, London, Thousand Oaks.

Ewald, Wendy (2002): *The best part of me : children talk about their bodies in pictures and words*. Little, Brown and Company, Boston

Goffmann, Erving (1963): *Stigma notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster, New York.

Harjunen, Hannele (2009): *Women and Fat. Approaches to the social Study of Fatness*. University of Jyväskylä, Yliopisto.

Harper, Douglas (2002): *Talking about pictures: a case for photo elicitation*. Visual Studies, Vol. 17, no. 1., s. 13-26. Taylor & Francis.

Holm, Lotte (2003): *Mad, mennesker og måltider – samfundsvidenskabelige perspektiver*. Munksgaard, Danmark, København.

Kampmann, Jan (2007): *Modelprojekt Børn, Mad og Bevægelse – faldgruber og udfordringer*. I Kromann Nielsen, Morten; Bjørnsbo, Kirsten Schroll (red.): *Bogen om Børn, Mad og Bevægelse – erfaringer med sundhedsfremme i skole og institution*. CVU Lillebælt og Region Syddanmark.

Kromann Nielsen, Morten og Bjørnsbo, Kirsten Schroll (red.) (2007): *Bogen om Børn, Mad og Bevægelse – erfaringer med sundhedsfremme i skole og institution*. CVU Lillebælt og Region Syddanmark.

McQueen, David V.; Kickbusch, Ilona; Potvin, Louise et al. (red.) (2007): *Health and Modernity. The Role of Theory in Health Promotion*. Springer, New York.

Nadesan, Majia Holmer (2008): *Governmentality, Biopower and Everyday Life*. Routledge, New York.

Petersen, Alan og Bunton, Robin (red.) (1997): *Foucault, Health and Medicine*. Routledge, London.

Petersen, Marit Nørgaard (2002): *Mad, krop og moral i det moderne samfund*. *Køn og Kultur*, kontur nr. 6.

Radnor, Hilary (2005): *At forske i pædagogisk praksis – fortolkende forskning*. Klim, Århus.

Scott, Jacqueline (2008): *Children as Respondents: the Challenges for Quantitative Methods*. I Christensen, Pia; James, Allison (red.): *Research with Children. Perspectives and Practises* (kap. 4, s. 87-108). Routledge, New York.

Tones, Keith; Tilford, Sylvia. (2001): *Health Promotion: Effectiveness, efficiency and equity*. Cheltenham, Nelson Thornes.

Abstract (Dansk)

Ph.d.-afhandlingen er et sundhedspædagogisk studie af overvægtige børn på kommunale sundhedskurser og i hverdagslivet. Afhandlingen undersøger, hvordan overvægt som et sundhedsmæssigt og samfundsmæssigt problem konstrueres i spændingsfeltet mellem politiske sundhedsstrategier, sundhedspædagogiske indsatser og i overvægtige børns hverdagsliv. Afhandling undersøger endvidere, hvad bestemte fortællinger, antagelser, fordømmelser, målsætninger, strategier og tilgange til overvægt og overvægtige mennesker gør, når vi ønsker at forebygge og sundhedsfremme de overvægtige børn, der er udpeget til at have et særligt sundhedsproblem.

Afhandling undersøger således, hvordan konstruktioner af overvægt som et individuelt og samfundsmæssigt problem bliver formet gennem diskursive fortællinger om det sunde liv og den gode borger, og hvordan disse diskurser former kommunale sundhedspædagogikker og overvægtige børns selvforståelser.

Afhandlingen er bygget op omkring en socialkonstruktionistisk forståelsesramme og har med udgangspunkt i Foucault-inspirerede teorier omkring begrebet 'biopædagogik' sat fokus på, hvordan herskende biomedicinske sundhedsdiskurser er med til at konstruere overvægtige børn som f.eks. usunde, ensomme, inaktive, uvidende og inkompetente til at træffe sunde valg. Derfor tilbydes børnene kurser, fordi de vurderes til at være børn med særlige sundhedsbehov.

Afhandlingen belyser, hvordan herskende sundhedsforståelser af overvægt leder til, at sundhedspædagogiske indsatser bygges op omkring en mangeldiskurs, der påpeger alt det, som de overvægtige børn på forhånd formodes at mangle eller have brug for for at blive sunde.

Afhandlingen diskuterer mulighederne for at konstruere overvægtige børn som sunde ved at bringe alternative sundhedsforståelser samt dialogorienterede og inddragende sundhedspædagogikker i spil. Dette gøres ved at integrere

de brede, åbne og positive sundhedsforståelser og undersøge, hvordan disse inviterer til at arbejde med *eksisterende* sundhedsressourcer, som de overvægtige børn kan siges at besidde trods overvægt. Denne tilgang muliggør en sundhedspædagogik, der f.eks. i en Aron Antonovsky's forstand betoner alt det, der allerede gør sund og/eller virker sundhedsfremmende i hverdagslivet.

Afhandlingen bygger på analyse af kommunale sundhedsdokumenter samt analyser baseret på observation af kommunale sundhedskurser. Endvidere inddrages de overvægtige børn som en aktiv stemme via foto-eliciterede interviews og præsenterer overvægtige børns forståelser af muligheden for at være et sundt barn trods overvægt. Afslutningsvist diskuterer afhandlingen perspektiverne i at skabe fundamentalt anderledes sundhedspædagogiske indsatser for overvægtige børn, der bygger op og bygger videre frem for at bryde ned. Det skaber mulighed for at arbejde med et sundhedspædagogisk udgangspunkt, der således betragter overvægtige børn som allerede værende sunde - heraf titlen: De sunde overvægtige børn.

Abstract (English)

This Ph.D. dissertation “The Healthy Overweight Child” is a health education study about overweight children’s everyday lives and their participation in local weight-related health courses in two Danish municipalities. This study investigates how the idea of obesity as a health-related and societal problem is constructed from competing narratives that arise from political health policies, health education efforts, and the daily lives of the children who participate in health courses. The objective is to examine how these narratives, assumptions, condemnations, goals, strategies, and approaches combine to define these children as being fundamentally unhealthy and in need of programs to address their problems.

The dissertation discusses an alternative narrative - the possibility of first approaching these subjects, whom existing programs would label from the start as being overweight, and potentially ill, as being fundamentally healthy. This alternative integrates a wide range of techniques and methodologies, including the use of dialog-orientated pedagogy. Taken together, these approaches emphasize working with *existing healthy attitudes, habits, and resources* which overweight children possess and use, despite their weight.

The dissertation shows how many of the concepts that turn all obesity into an individual and societal problem are shaped by narrative discourses about leading a healthy life and being a good citizen, and how these discourses shape in turn both local health pedagogies and the overweight child’s perception of herself.

With its point of departure in social constructionism and in Foucault-inspired theories of *biopedagogy*, this study sheds light on how prevailing biomedical health discourses facilitate the concept of overweight children as essentially unhealthy, lonely, inactive, ignorant, and incompetent in making choices about their personal health – and thus in need of health courses and other interventions.

This Ph.D. thesis shows how some of these prevailing attitudes in the field of health education rely on a *discourse of inadequacy*. When health practices base their activities on this sort of understanding, overweight children are presumed, by virtue of their weight alone, to be unwell and to lack the resources to become healthy.

This dissertation bases its analysis on local public health policy documents and on observation of courses for overweight children. The actions and responses of these children are also an integral part of this thesis, granting them a voice in their own health management. This is done through photo-elicitation interviews during which the overweight children discuss their own understanding of the possibility of being healthy despite their weight.

Finally, this study considers various approaches towards creating fundamentally different health education courses for overweight children. These would emphasize building on each child's positive behaviours rather than on defining it purely through her negative ones. This creates the possibility of a health education approach which, rather than pathologizing all enrollees from the outset, begins with the assumption that each participating child is healthy – thus the title: *The Healthy Overweight Child*.