

Vad är problemet med barnfetma?

En diskursiv policyanalys av barnfetma och jämlik hälsa

Abstract

This thesis asks how childhood obesity is understood as a problem and how it relates to health equality. It aims to show how knowledge production and power is prevalent in policy and its impact on individuals and society. Using a post structural approach and discourse analysis two documents, one on a county and one on a national level, are analyzed. The analysis shows that childhood obesity discourses center around the family's own responsibility to insure a healthy lifestyle with support from public health care and the school. Weight is seen as a measurement for how healthy a person is and obesity is represented as a problem of the future as it is a sign for illnesses to come. The relationship between obesity and health seems clear, yet the Council's policy on obesity is not concerned with health inequalities. In contrast, the national report regarding health equality does not emphasize obesity; instead it focuses on societal inequalities like the labor market, housing and political influence as an avenue for decreasing the health gap. Thus, there is a discrepancy between the emphasis on society's responsibility as opposed to the individual's role in childhood obesity. A future challenge is bridging this gap.

Nyckelord: policy, problemrepresentation, bio-politik, barnfetma, jämlik hälsa
Antal ord: 19727

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte och frågeställning	2
1.2	Disposition	3
2	Barnfetma och hälsa	4
2.1	Tidigare forskning.....	6
3	Policystudier	9
3.1	Poststrukturalism och policystudier	10
3.1.1	Makt/kunskap.....	12
3.1.2	Problemrepresentationer	13
3.1.3	Bio-politik.....	14
3.2	Sammanfattning av teoretiskt ramverk	16
4	Diskursanalys	17
4.1	Analysfrågor	20
4.2	Material	23
5	Vad är problemet?	24
5.1	Hur representeras problemet med barnfetma?	24
5.1.1	Prevention och livsstil.....	24
5.1.2	Behandling och livsstil.....	26
5.1.3	Hälsa	27
5.1.4	Framtiden	27
5.2	Antaganden och det som lämnas oproblematiserat.....	28
5.2.1	Vikt som indikator på ohälsa, en fråga för vården.....	28
5.2.2	Riskzon	29
5.2.3	BMI.....	30
5.2.4	Föräldrar, kunskap och information.....	31
5.2.5	Övervikt och fetma som problem	32
5.3	Vad blir effekterna?	33
5.3.1	Otillräckliga föräldrar	33
5.3.2	Otillräcklig kompetens och samverkan.....	34
5.3.3	Barn som framtidens resurser	35
5.3.4	Olikhet i rörelse.....	35
5.3.5	Fetma som ohälsa.....	36

5.4	Hur och var produceras representationen?.....	36
6	Bio-politik, barnfetma och jämlik hälsa.....	38
6.1	Barnfetma och ojämlik hälsa	40
7	Slutsats.....	43
8	Referenser	46

1 Inledning

Jämlik hälsa har varit föremål för den svenska folkhälsopolitiken i Sverige under de senaste årtiondena. Vi lever längre än aldrig förr, samtidigt som den allmänna hälsan har dalat och skillnaderna i hälsa mellan olika grupper har blivit större. Synen på hälsa har gått från att vara frånvaron av sjukdom till en bredare förståelse av välbefinnande, där fysisk, psykisk och socialt välmående finns med som faktorer. En del av den sämre hälsan handlar om det som kallas för livsstilssjukdomar, som beskrivs som en följd av vårt moderna leverne och beteende. Bland annat räknas övervikt och fetma hit, och särskild uppmärksamhet har barns övervikt och fetma fått.

Övervikt och fetma definieras utifrån BMI som är ett mått som ställer längd och vikt i relation till varandra, och förstås således som ett fysiskt eller biologiskt fenomen, till skillnad från hur hälsa har kommit att förstås utifrån välbefinnande. Barnfetma ses som ett problem och målas upp som ett hot för folkhälsan. För att komma till bukt med problemet kring barnfetma finns policys runt om i landet som föreslår olika åtgärder, både för individen själv, men också samhället i stort. Barnens vikt och omfång har därmed blivit fråga för politiken, och hur detta problem ska lösas. Därför är det väsentligt att se till den kunskap som omgärdar barnfetma, på vilken de offentliga policydokumenten bygger. Genom att undersöka den kunskapsproduktion som finns kring barnfetma kan utrymme möjliggöras för kritik och motsägelse.

Detta studium utgår från idéer hämtade från poststrukturalismen om hur styrning sker genom kunskapsproduktion och policyskapande. Hur subjekt skapas genom producerad kunskap om barnfetma får konsekvenser för de personer som faller inom ramarna för barnfetma eller övervikt, eller snarare för de som faller utanför ramarna för det som anses vara normalt. Således påverkar policys på ett väldigt direkt sätt de som har övervikt eller fetma. Syftet med uppsatsen blir därför att lyfta en del av de antaganden och föreställningar som grundas i den producerade kunskapen och vad de kan tänkas ha för implikationer när de är utgångspunkten för en policy. Kunskapsproduktionen kring olika grupper påverkar hur samhället organiseras genom exempelvis välfärd, reformer och hur vi betar oss. Uppsatsen ämnar inte att avslöja att fetma och övervikt är något annat än vad som beskrivs och syftar alltså inte till att hävda att de påståenden som framkommer i policymaterialet inte är sanna. Istället är det att kunskapen kring barnfetma ses som att den inte vore socialt konstruerad som driver denna uppsats framåt. Studien har ingen agenda i huruvida barnfetma ska behandlas som problem eller inte, eller huruvida ordningen borde se annorlunda ut. Istället är det centrala att visa hur diskursen ser ut och visa att det som är taget för allmän kunskap kan ifrågasättas, och därigenom visa på det som vi annars inte sett och hur detta hänger ihop i ett större sammanhang.

1.1 Syfte och frågeställning

Syftet med föreliggande uppsats är att utföra en poststrukturalistisk analys av offentlig policy gällande barnfetma. Detta studium utgår från teorier om governmentality i form av problemrepresentationer och bio-politik, det vill säga hur vi styrning sker med kroppen som medel, för att undersöka hur barnfetma representeras som problem och hur problemrepresentationen kan förstås i ett vidare sammanhang. Att använda både ett perspektiv av problemrepresentationer och bio-politik gör att studien har möjlighet att fokusera på den indirekta styrningen av befolkningen, och hur önskat beteende kan framkallas på indirekta sätt, istället för exempelvis tvingande lagstiftning.

Det centrala är också hur kunskap och kunskapsproduktion samspelar med makt. Både teori om problemrepresentationer och bio-politik utgår från diskurser som möjliggör och begränsar oss i tal och handling. Problemrepresentationerna hjälper oss förstå hur barnfetma ses som ett problem genom att skärskåda en specifik policy. En policy visar vad det är som är i behov av förändring och således ses som problem. Analysen av en policy i ljuset av problemrepresentationerna ger en djupare förståelse för vilka implikationer representationerna kan komma att ha och hjälper oss att se att det kan finnas fler sätt att närma sig ett fenomen, och att en problemformulering inte behöver vara given. Emellertid är syftet med studien att se problemrepresentationen som en del i ett större problem av kunskapsproduktion och styrning. För att kunna göra det krävs ett ytterligare lager på analysen där bio-politik används som redskap för att söka svar på frågan. Båda dessa perspektiv möjliggör ett fokus på subjektiviteter vilket låter oss undersöka hur en policy kan vara både produktiv och hämmande för de föräldrar och barn som omfattas av policyn. Syftet är således att se barnfetma från andra perspektiv och synliggöra att problemrepresentationer inte alltid är självklara, och att dessa i sin tur är del i en vidare kunskapsproduktion och styrning. Foucaults teori om bio-politik läggs som ett raster över problemrepresentationerna för att skapa förståelse för dessa i ett vidare sammanhang av styrning kopplat till hälsa. Frågeställningen som leder arbetet är:

Hur förstås barnfetma som problem och hur förhåller det sig till jämlik hälsa?

Frågan undersöker hur barnfetma förstås som ett problem i behov av offentliga policys och vilka problemrepresentationer policyn bygger på. Frågan ämnar också söka svar på hur dessa problemrepresentationer i sin tur förhåller sig till bio-politik och jämlik hälsa. Studien bygger på teoretiska resonemang från poststrukturalismen för att göra en typ av policyanalys som skiljer sig från den traditionella. Istället för att låta implementeringen eller effekten av en policy stå i centrum kommer problemrepresentationerna belysas och vilka följder premisserna för representationerna kan tänkas ha.

1.2 Disposition

Efter detta inledande kapitel där bakgrund till studien har klarlagts, liksom syftet med den, ges en bakgrund till jämlik hälsa och den tidigare forskningen som finns angående barnfetma för att på så sätt positionera uppsatsen i ett större sammanhang. I det tredje kapitlet kommer en genomgång av policystudier och specifikt poststrukturalistiska policystudier och hur dessa skiljer sig från traditionella ansatser. Det fjärde kapitlet resonerar kring valet av diskursanalys som metod för policyanalysen, och analysverktyget 'What's the problem represented to be?' som utgör den huvudsakliga delen av studiens analys. Den första delen av analysen som utgörs av barnfetmans problemrepresentationer återfinns i kapitel fem och efterföljande kapitel analyserar problemrepresentationerna utifrån bio-politik och ojämlik hälsa. Uppsatsen avslutas med svaret på forskningsfrågan och slutsatserna som framkommit i uppsatsens analysdelar.

2 Barnfetma och hälsa

Uppsatsen har nu introducerats liksom det teoretiska ramverk som uppsatsen bygger på. I detta kapitel kommer uppsatsen att placeras i ett bredare sammanhang, för att sätta den i en större kontext, men också för att placera in den i tidigare forskning på samma ämne.

Barnfetma har varit ett ämne som diskuterats globalt, men har fått större uppmärksamhet i Sverige under de senaste decennierna. Socialstyrelsen (2013) menar att barn med fetma, enligt BMI där vikt ställs i relation till längd, ökat de senaste tjugo åren och att 2-4 procent av fyraåringar och 3-5 procent av tioåringar i Sverige som har fetma (s. 53, 179). Viktökningen i Sverige har varit som störst under 1990-talet (Socialstyrelsen, 2013). Övervikt och fetma ses som en risk för sämre folkhälsa i Sverige, och detta härleds till sämre kost och motionsvanor (Socialstyrelsen, 2013).

Det finns en rad handlingsprogram och vårdprogram i Sverige som rör just fetma och övervikt, däribland ett från Stockholms läns landsting vid namn *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013* som kommer utgöra huvudmaterialet för detta studium (för vidare diskussion kring materialval se avsnitt 4.2) Handlingsprogrammet innehåller beställarunderlag, vårdprogram och samhällsinriktat hälsoarbete. Programmet är skapat av ”experter inom det medicinska, det beteendevetenskapliga och det samhällsmedicinska området samt tjänstemän, politiker och representanter för patient- och handikapporganisationer” (SLL, 2010, s 3). Beställarunderlaget är tänkt som ett stöd till politiker och tjänstemän i beslut rörande hälso- och sjukvårdens olika delar. Här framkommer prioriterade områden och mål gällande övervikt och fetma i länet, och åtgärder för att uppnå dessa. Ett kapitel diskuterar hur livsstil kan förändras och vilka olika metoder som finns för vården att tillämpa för att hjälpa personer som behöver ändra sin livsstil. Vårdprogrammet är uppdelat i två delar, ett för barn och ungdomar och ett för vuxna. Här resoneras kring hur olika delar av vården kan arbeta med både prevention och behandling av övervikt och fetma. Både kost och fysisk aktivitet har i sin tur egna kapitel. Kosthållning och fysisk aktivitet ses som grunden för en god hälsa, som i sin tur är kopplat till vikt. Övervikt och fetma har således en stark koppling till folkhälsopolitiken. Den har i sin tur fokuserat alltmer på att hälsan ska vara jämlikt fördelad i samhället. På detta tema finns en rad olika initiativ att skåda i Sverige. Det handlar exempelvis om Malmökommissionen som arbetat för en socialt hållbar stad där hälsa var en grundbult. Likaså fanns ett initiativ av Sveriges kommuner och landsting (SKL) där de tillsammans med 20 kommuner, landsting och regioner arbetat med social hållbarhet som en del i en bättre och mer jämlik hälsa i Sverige.

Även regeringen har tagit initiativ för att främja en mer jämlik hälsa i Sverige och de beslutade 2015 om en kommission för jämlik hälsa som, utifrån

hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper och mellan könen, ska lämna förslag på hur hälsoklyftorna både på kort och lång sikt ska minska i Sverige (Dir. 2015:60). Kommissionen har den 29 augusti 2016 publicerat sitt delbetänkande där de redovisar sitt resonemang kring ojämlik hälsa i Sverige, SOU 2016:55. Detta dokument kommer utgöra material för analysens andra del. Delbetänkandet diskuterar förhållandet mellan individens eget ansvar och samhällets ansvar för medborgarnas hälsa och ger uttryck för att det är samhällets ansvar att se till en sån jämna resursfördelning som möjligt, men att det samtidigt är individens ansvar att använda eller utnyttja resurserna (SOU 2016:55). De framhåller vikten av olika typer av arbetssätt med både åtgärder på strukturell nivå och individnivå (s. 46).

Resurser genereras av individer själva och deras familjer, men olika välfärdsstatliga institutioner är också viktiga genom att tillhandahålla vad vi kallat kollektiva resurser. Ansvaret för människors villkor, inklusive hälsa, delas därmed mellan det allmänna och individerna själva (enskilt eller i frivilliga samman- slutningar). (SOU 2016:55, s. 47)

Delbetänkandet inriktar sig främst på skillnader mellan socioekonomiska grupper och mellan kvinnor och män, enligt kommittédirektivet. Som indikator på socioekonomisk position använder de i huvudsak utbildningsnivå (SOU 2016:55, s. 51). Utöver detta tar de även i beaktande geografiska skillnader och hälsoskillnader mellan personer i särskilt utsatta situationer, som exempelvis hbtq-personer eller personer med funktionsvariation, och den övriga befolkningen (s. 74). Kommissionen identifierar sju olika områden där de ser att mer jämlikhet i villkor och möjligheter skulle skapa mer jämlik hälsa. Dessa områden är (1) det tidiga livet, (2) kunskaper, kompetenser och utbildning, (3) arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö, (4) inkomster och försörjningsmöjligheter, (5) boende och närmiljö, (6) levnadsvanor och (7) kontroll, inflytande och delaktighet (SOU 2016:55, s. 86). För detta studium ligger intresset i den första punkten, och fokus kommer således ligga på den. Här konstaterar kommissionen inflytandet föräldrarna har på barnets framtida hälsosituation och att föräldrarnas socioekonomiska status har stor betydelse för detta. De menar att en minskad ojämlikhet i det tidiga livet är en förutsättning för att minska den ojämlika hälsan i stort och är i sin tur en vinning både för individen och samhället i stort (s. 113). De identifierar också ett mönster kring matvanor och övervikt, som påvisar ett samband mellan matvanor och socioekonomisk position. De menar att detta kan förklara de skillnader som finns i hälsa och att de med lägre utbildning i högre utsträckning har fetma (s. 135-136). I delbetänkandet ges inga rekommendationer eller förslag på åtgärder, utan de kommer istället i kommissionens slutrapport.

Ett fokus på det tidiga livet anses ha avgörande betydelse då uppväxten präglar hälsan hos vuxna. Det som speciellt framkommer är barns psykiska ohälsa men också deras matvanor och fysiska aktivitet då detta sägs ha samband med fetma, och att fetma som barn har samband med fetma som vuxen (SOU 2016:55, s. 134). I delbetänkandet konstateras också att olika aspekter av ohälsa har samband med så kallade följsjukdomar, så som hjärt- och kärlsjukdomar och

diabetes. Det handlar exempelvis om trångboddhet, trafikbuller och tobaksrökning. I maj 2016 fick folkhälsomyndigheten och livsmedelsverket i uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet motiverat bland annat genom att övervikt och fetma ökar risken för flera sjukdomar och att det finns tydliga socioekonomiska skillnader när det gäller övervikt och fetma. (Regeringsbeslut).

2.1 Tidigare forskning

Studier av problemrepresentationerna av barnfetma och hälsa är få, särskilt i svensk kontext. Vallgård (2001, 2007) använder sig av ett poststrukturalistiskt perspektiv när hon i sina studier jämför den svenska politiken kring hälsa med den i Danmark, Norge och England, och kommer då fram till att hälsa problematiseras på olika sätt i länderna. I och med detta ifrågasätter hon Esping-Andersons klassiska indelning av olika välfärdsmodeller och förkastar att det skulle finnas en 'nordisk välfärdsmodell'. Bastian (2011) har gjort en studie om barnfetma i Australien och dess problemrepresentationer i media och akademiska texter. Hon kommer fram till att den övergripande diskursen handlar om det individuella ansvaret för sin egen hälsa. Detta ansvar läggs sedan till största del på föräldern, då barnet inte kan ta detta ansvar på egen hand. Föräldrar till barn som har fetma representeras enligt Bastian (2011) som avvikande och omoraliska för att de låter sina barn äta "dålig" mat. Hon menar också på att socioekonomisk status inte diskuteras när det kommer till barnfetma, och hon ger uttryck för att detta strukturella perspektiv måste ta mer plats i media.

Däremot har bio-politik fått större användning i studier gällande barnfetma. Coveney (2008) har studerat detta hur styrning sker i ljuset av en diskurs om fetmaepidemi, och hur fetma har fått en plats inom en större hälsodiskurs, och hur det i sin tur påverkar hur styrning sker. Han påpekar hur stor uppmärksamhet fetma och övervikt fått och att forskning kring orsak och prevention aldrig varit större, vilket vittnar om frågans aktualitet. Han identifierar tre olika subjekspositioner för barn med övervikt eller fetma som alla innebär en oro för barnets hälsa, föräldraskapet och den eventuella moraliska nedgången i samhället.

Insamling av skolbarns BMI i Storbritannien har studerats utifrån bio-power och governmentality av Evans & Colls (2009). Här konstateras att BMI används som en biostrategi för att reglera och disciplinera både populationen och individerna själva. BMI-mätningarna har i det studerade fallet bara syfte för insamling och inte för att uppmärksamma de barn som har övervikt eller fetma. Trots det visar studien att mätningen i sig påverkar barnen, och hjälps således inte av hemlighetsmakeriet kring mätningarna.

Vidare har Jette et al (2016) studerat Michelle Obamas initiativ i USA kallat 'Let's Move!' som har lanserats som en strategi för att lösa problemet med barnfetma inom en generation. De menar att kampanjen är en biopolitisk strategi byggd på neoliberalism och de identifierar tre olika biotekniker som används i initiativet. Därutöver urskiljer de en diskurs som fokuserar på risk, som ett sätt att

styra befolkningen på avstånd. De utvecklar en tanke om att god hälsa är avgörande för att kunna vara en god medborgare. Vidare poängterar de att det bör vara med försiktighet som barnfetma ska ställas i relation till idrott och hälsa i skolan, då det enligt den neoliberala logiken blir en marknadslösning på barnfetma-problemet, där den pedagogiska delen av undervisningen riskerar att gå förlorad. Men det som är deras största poäng är att barnfetma inte ska ses som ett individuellt problem, där individens beteenden ska ändras, utan istället som ett strukturellt problem och därmed adressera den ojämlika hälsan som existerar och är kopplat till socioekonomisk status.

Även Henderson (2015) har studerat Foucault och hur hans teorier om governmentality och dess applicering på barnfetma. Hon menar att den forskning som tidigare gjorts har påvisat att policys som rör barn ofta centreras kring vad barnen ska bli, snarare än vad de för närvarande är (s. 330). Föräldrarna spelar därutöver en stor roll i barnets hälsa och därigenom barnets framtid. Att barn skulle vara mer sårbara konsumenter målas upp som en bild för att skydda barnen och därigenom skydda samhället (s. 330). Således ses gott föräldraskap som när barnets hälsa är så bra som möjligt. Hon menar att de studier som finns ofta fokuserar på relationen mellan individens ansvar för sin egen hälsa och samhällsstrukturens inverkan på medborgarnas hälsa (s. 331). Därutöver implementeras ofta hälsopolicys genom skolan, för att på så sätt kunna utbilda och övervaka barnens hälsa (s. 333).

Pringle och Pringle diskuterar i en artikel vad de anser vara de två dominerande diskurserna när det kommer till barnfetma och hur lärare i idrott och hälsa ska förhålla sig till dessa två diskurser (2012). Den första diskursen de identifierar utgår från de *truth claims* som kommer från vetenskapligt håll och centreras kring sambanden mellan fetma och andra sjukdomar som hjärt- och kärlsjukdomar, cancer och diabetes men också mortalitet (s. 145). Utöver det används även samhällsekonomiska argument som handlar om att personer med fetma har större sannolikhet att gå i pension i förtid, i tidigare ålder flytta till äldreboende, högre ogiltig frånvaro och har större sannolikhet att få en funktionsnedsättning (s. 145). Med andra ord kostar fetma samhället pengar. Den andra diskursen som identifieras sätter sig i direkt motsats till den vetenskapligt grundande diskursen och menar att det som kallas för en fetmaepidemi är socialt konstruerad. Inom denna diskurs finns också argument för att det skulle vara oron kring fetma och övervikt i sig själv som är skadlig för hälsan. Därför skulle skolan, och i synnerhet idrottslärare, vara bidragande orsaker till dålig hälsa då fokus skulle ligga på kroppsvikt och kroppens omfång (s. 144). Pringle och Pringle menar att denna diskurs är vad Foucault kallar för omvänd diskurs (s. 147). Det innebär att trots att diskursen motsätter sig en annan diskurs så använder den sig av samma kategoriseringar och vokabulär för att på det sättet uppnå legitimitet (s. 147). Pringle och Pringle menar att den grupp av forskare som står bakom denna kritiska diskurs främst argumenterar för att metodologin inom den vetenskapliga diskursen är bristfällig och poängterar exempelvis problematiken med ett mått som BMI, men också att relationen mellan fetma, sjukdom och fysisk aktivitet inte är klarlagt (s. 148).

Det finns alltså många exempel på forskning kring barnfetma och governmentality generellt, men desto färre där just problemrepresentationerna är föremål för undersökning. Uppsatsens ambition är därför att föra in detta perspektiv i forskningen kring barnfetma, för att sedan koppla det till bio-politiken. Det finns, som visats här ovan, en stark koppling mellan hälsa och barnfetma. I Sverige finns många initiativ som fokuserar på att minska hälsoklyftan och strävar därmed mot en mer jämlik hälsa. Det är i mötet mellan den jämlika hälsan och barnfetma detta studium hamnar, och kan därigenom bidra med nya perspektiv till den befintliga forskningen. Fokus kommer således vara på hur diskursen kring barnfetma ser ut i relation till jämlik hälsa, och i ett vidare perspektiv se hur bio-politik kan förstå ojämlik hälsa.

3 Policystudier

Föreliggande uppsats har som syfte att undersöka de problemrepresentationerna som finns närvarande i offentlig policy gällande barnfetma. Därför kommer studien ta utgångspunkt i ett policydokument från Stockholms läns landsting vid namn *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013*, vilket presenterades kort i föregående kapitel. Utgångspunkten är att en policy är en lösning på något som anses vara ett problem. Genom att analysera en policy kommer det därför bli möjligt att se vilka problemrepresentationer den bygger på. Det är svårt att definiera exakt vad en policy är för något, men i stora drag handlar det om hur styrande institutioner, så som regering eller myndigheter, går tillväga för att förändra något i en specifik fråga (Smith & Larimer, 2013, s. 3). I detta kapitel kommer policystudier som forskningsfält att presenteras kort, för att på så sätt kunna placera in den poststrukturalistiska policyanalysen som denna uppsats utgår ifrån. Därefter kommer en redogörelse för poststrukturalismen, och de delar som är relevanta för detta studium. Kapitlet avslutas sedan med en kort sammanfattning av det teoretiska ramverket.

Policystudier som forskningsfält är till stor del präglad av komplexitet, vilket har gjort att det inte finns någon gemensam teoribildning eller problemformulering som spänner över hela fältet. Istället har policystudier kommit att delas in i olika inriktningar, som grundar sig på den stadiemodell som Laswell skapade i samband med att policyforskning etablerades som ett forskningsfält (Smith & Larimer, 2013, s. 10). Policyforskning präglas till stor del av fallstudier, och lånar då in teoribildningar från andra delar av samhällsvetenskapen som passar det aktuella fallet. På grund av detta finns det en brist på generaliserbarhet och kumulativitet vad gäller sociala och politiska förhållanden (Smith & Larimer, 2013, s. 14). Emellertid har Laswells stadiemodell och andra efterföljande positivistiska fått utstå en hel del kritik, då policyprocessen inte kan anses vara så schematiskt eller linjärt uppbyggd. Kritiken följer två huvudsakliga spår. Till att börja med så tas inte politikens betydelse för policyprocessen i beaktande i det positivistiska perspektivet. För det andra så finns ingen koppling mellan sociala problem och hur de framställs i tal och skrift. Det positivistiska perspektivet anses därför vara en förenkling av policyprocessen (Ekström, 2012, s. 32-33).

Den tolkande policyforskningen har växt fram som en reaktion på den rationalistiska traditionen. Eftersom detta perspektiv grundar sig i att vår sociala och politiska verklighet är konstruerad, blir det omöjligt att studera policyprocesser på ett objektiva sätt då vad som konstituerar ett problem och dess lösning är beroende på den subjektiva uppfattningen (Smith & Larimer, 2013, s. 11). Enligt det här perspektivet skulle en policyanalys istället ge utrymme för den politik som ligger till grund för en policy, och därigenom belysa vilka värden som

en policy bygger på. Då politik bygger på idéer och värden kan en policy därmed vara ett sätt att förverkliga dem (Smith & Larimer, 2013, s. 171). En policy vittnar om hur språket formar den sociala verkligheten, som i sin tur skapar de problem som en policy är till för att lösa.

Den poststrukturalistiska policyanalysen skiljer sig i sin tur något från den tolkande. Den tolkande analysen vill synliggöra den värden som en policy bygger på medan den poststrukturalistiska istället intresserar sig för det meningsskapande som finns i en policys problemrepresentation. Det handlar således om en typ av kunskapsproduktion, och hur den genom problemrepresentationer och meningsskapande används som ett sätt att styra. Grundtanken är att en policy skapar förståelse för ett problem genom att använda sig av socialt producerad kunskap och att en policy bidrar till att skapa individer som subjekt.

Då poststrukturalistisk policyanalys är ett förhållandevis litet forskningsfält då de rationalistiska perspektiven länge varit ledande. Föreliggande uppsats kommer hänge sig åt att bygga vidare på det poststrukturalistiska perspektivet inom policyforskning. Således kommer följande avsnitt fördjupa sig i poststrukturalismen och dess förhållande till policystudier.

3.1 Poststrukturalism och policystudier

Det som är karaktäristiskt för en poststrukturalistisk policyanalys är att den inte intresserar sig för själva policyn som sådan. Här ligger inte intresset i hur väl en policy fungerar eller hur den har uppkommit. Det som är centralt är att problematisera det som en policy anser vara ett problem att lösa. Därmed skiftar fokus från det klassiska *problem solving* till *problem questioning*. Turnbull (2006) menar att endast ett fokus på *problem solving*, problemlösning, begränsar policyanalysen. Han framhåller att det leder till att våra begreppsliga verktyg begränsas och att policys som är något komplext förenklas. Att ha problemlösning som central punkt för en analys menar Turnbull (2006) gör att de problem som en policy ämnar lösa ses som självklarheter. Det är precis det som poststrukturalismen vill förhindra genom att byta fokus och ifrågasätta hur problem representeras. Enligt poststrukturalismen existerar inte problem utom oss och väntar på att bli lösta, utan de konstrueras i policyskapandet. Edelman menar exempelvis att det länge har existerat olika former av diskriminering, men att dessa inte alltid har ansetts vara sociala problem. Han säger bland annat följande.

...it is evident the conditions that hurt people need not become problems. Segregated restaurants, hotels, schools, and toilets in the South persisted for a century and a half without becoming problems, as have countless other racist and sexist practices everywhere (Edelman 1988, s. 13 citerat i Ekström, 2012, s. 35)

Här visar han att det finns situationer där människor på olika sätt har det dåligt, men att det inte finns någon korrelation mellan detta och formulerandet av ett

socialt problem. Istället handlar det om hur kollektivet definierar ett problem och vilka problemformuleringar som blir de som fastar i offentligheten (Ekström, 2012, s. 35). Därmed finns alltid någon typ av partiskhet eller dömande i hur ett problem uppfattas eller ämnas lösas. Detta är den politiska dimensionen av policyskapande som ofta går förlorad när problemlösning är den centrala i policyanalysen. Att använda sig av *problem questioning*, att ifrågasätta problemrepresentationen, gör att analysen får ett större omfång. Istället för att bara se till policyn i sig själv skärskådas vilken problemrepresentation som finns i policyn. Problemrepresentationerna kan visa hur de som omfattas av en policy påverkas av den. På det sättet blir det tydligt att det inom en policy återfinns en makt och kunskapskonstruktion.

Att skifta analysfokus från det traditionella policyfältet med problemlösning och politiskt beslutsfattande, till poststrukturalismens problematisering av problemrepresentationer, där skapande av sociala och politiska problem ställs i fokus, gör att det finns ett behov av att bredda definitionen av policyskapande. Detta studium kommer att utgå från Rochefort och Cobb (1994) som har beskrivit policyskapande som ”a representation of disputable definitions over the existence and character of social conditions” (Rochefort & Cobb, 1994, s. 7). Det innebär att en policy är en produkt av omtvistade definitioner kring ett socialt fenomenens förekomst och karaktär, det vill säga att det inte finns ett givet sätt att se på ett socialt förhållande och att en policy kan utformas på olika sätt beroende på hur definitionen ser ut. Genom att använda detta synsätt öppnas det upp för att flytta fokus från problemlösning och ger därmed utrymme att se till hur kunskap om sociala problem produceras och hur det i sin tur påverkar hur den sociala verkligheten organiseras.

Poststrukturalismen gör det möjligt att förhålla sig till ett policymaterial på ett sätt som gör att ett problem aktualiseras. Samtidigt är en policy en konstruktion för att sätta fokus på något som ses som ett problem som behöver en lösning. En policy får därför alltid anses vara stöpt i intressent, vilket kan ses som självklart när det kommer från politiska instanser. I och med att en policy vill lyfta en fråga som ett problem, finns häri något som påminner om poststrukturalismen. Emellertid är en policys avsikt att lösa ett problem, emedan poststrukturalismen vill belysa att det finns flera sätt att se på en fråga, och vilka implikationer olika sätt kan komma att få. Så trots att det finns vissa likheter mellan policyprocessen och poststrukturalismen så är det centrala för poststrukturalismen att åskådliggöra de kunskapsproduktioner som ligger till grund för en policy.

Kritiker till poststrukturalismen ifrågasätter sättet sociala konstruktioner skulle bygga världen, och att allt, även sanningar och moral, skulle vara konstruerade. Av den logiken skulle alla värderingar vara likställda i en poststrukturalistisk analys. Gergen (2015) menar dock att det faktum att det finns utrymme för en förståelse för olika typer av värden, innebär det inte att dessa likställs med varandra (s. 226). Istället bygger mycket av den poststrukturalistiska eller socialkonstruktionistiska forskningen på en tanke om social rättvisa, och har därmed ett kritiskt förhållningssätt till den dominerande ordningen och dess sanningar (s. 226). Därutöver erkänner forskare med ansatsen att dekonstruera verkligheten sina egna värderingar, men utgår inte ifrån att dessa är de sanna eller

objektivt riktiga värderingarna. Därför läggs stor vikt vid forskarens egna reflexivitet, för att synliggöra de tankar och värderingar som forskaren själv bär på i förhållande till vad som studeras.

Utöver detta ställer sig kritiker frågande till hur bevisad fakta kan ifrågasättas eller ses som en social konstruktion. Naturvetenskapen har gett oss fakta, som av många anses vara sanningar omöjliga att ifrågasätta då de bygger på vetenskap och därmed är bevisade sanna. Poststrukturalismen menar inte att dessa ting som naturvetenskapen visar eller bidrar med inte existerar, men vill istället belysa att vetenskapliga termer för att göra världen begriplig endast är uppgjorda, och begripliggörs genom vårt sätt att tala om dem (Gergen, 2015, s. 231).

3.1.1 Makt/kunskap

Governmentality, eller styrningsmentalitet, är sprunget ur synen på styrning och tanken om hur styrning ska ske (Bacchi, 2009, s. 155). Governmentality och styrning kommer i uppsatsen att användas som synonymer. Rönnblom (2011) förklarar styrningsmentalitet som ett kollektivt tänkande och hur det påverkar vilka problemrepresentationer som ges utrymme och hur det i sin tur får konsekvenser för hur politiken organiseras:

Att studera styrningsmentalitet handlar som jag ser det om att studera det kollektiva tänkande som tar sig i uttryck i hur styrning uppfattas och görs. Det vill säga hur kollektivt tänkande opererar i de sätt som politik/samhälle organiseras på, i våra regimpraktiker, samt hur dessa hänger samman med hur kunskap och sanning produceras. (s. 50)

Makt/kunskap är en central del av governmentality. Genom att endast sätta ett snedstreck mellan dem visar Foucault det komplexa förhållandet mellan makt och kunskap (Wagenaar, 2011, s. 120). Wagenaar (2011) identifierar tre huvudteman för Foucaults syn på relationen mellan makt och kunskap. Till att börja med är makt något som skapas i de vardagliga interaktionerna människor och organisationer emellan. På det sättet är det ingen som äger makten som är närvarande i vardagslivet. Därefter ses kunskap som både en produkt och en möjliggörare av maktutövning. Det finns alltså ingen neutral eller objektiv kunskap. All kunskap är producerad. Till sist är makt produktiv. Det innebär att den hela tiden producerar ny kunskap, nya sociala kategorier och nya identiteter. (s. 121) Det som emellertid är viktigt att notera är att där makt är närvarande, finns alltid motstånd då makt verkar genom den (Lupton, 1997, s. 102).

Foucault menar alltså att makten alltid är närvarande och finns i alla delar av samhället, i alla relationer och interaktioner och återfinns i olika normer. Den socialt producerade kunskapen begränsar vårt sätt att se på något. Det är den socialt producerade kunskapen som Bacchi, liksom Foucault, definierar som diskurs (Bacchi, 2009, s. 35). Kunskap gör att vi endast kan tala, skriva eller agera på ett givet sätt, då kunskapen sätter gränser för hur vi kan begripliggöra något. Den socialt producerade kunskapen blir sedd som sanningar, trots att de är socialt

konstruerade. Genom att se kunskap som en diskurs gör att sanningen ifrågasätts. Här går Bacchi och Foucault hand i hand då det centrala för dem är vilken roll som kunskapen spelar i styrningen (Bacchi, 2009, s. 35). Det finns alltså en koppling mellan hur diskursen ser ut och hur den sociala verkligheten organiseras. En diskurs kan därmed forma en specifik policy och blir i detta verklig. På det sättet kan en diskurs forma den sociala verkligheten på ett specifikt sätt. Därför kan en policy ses som normativ.

3.1.2 Problemrepresentationer

Ur ett poststrukturalistiskt synsätt så är det i sig inte intressant att se hur väl en specifik policy fungerar, utan det viktiga att se på dess problemrepresentationer. En policy kan ses som ett försök till en lösning på ett problem. Lösning visar vad som implicit anses vara ett problem, det vill säga problemrepresentationen. Problemrepresentationer ses inte som en imitation eller spegling av verkligheten utan något som finns i verkligheten genom dess existerande i en offentlig policy. Därför anses den offentliga makten ha en privilegierad roll i skapandet av problemrepresentationer och val av vilka styrformer som bäst löser problemet (Bacchi, 2009, s. 33, 35). Ett problem existerar således inte utom oss utan skapas i policyprocessen. På det sättet fixeras problemet och kan uppfattas som självklart (Bacchi, 2009, s. ix). Emellertid är problemrepresentationer förenklingar av en komplex fråga. Ett exempel på det är dikotomier, eller binärer. Binärer är när två motsatser bildas, och som är för varandra uteslutande (Bacchi, 2009, s. 7). Det innebär alltså att det inte går att tillhöra båda i ett motsatspar. I en binär återfinns en hierarki där den ena i motsatsparet värderas högre än den andra, som exempelvis man/kvinna, vit/svart, rik/fattig eller frisk/sjukt (Kilduff & Kelemen, 2009 s. 262).

Problemrepresentationerna som återfinns i en policy skapar i sin tur olika kategorier för människor, så kallade subjekspositioner. En subjeksposition är en identitet som skapas av en rådande diskurs. Diskursen gör att en individ konstruera både sig själv och andra som subjekt (Bacchi, 2009, s. 16). När en individ tillskrivs en subjeksposition genom en diskurs, förstår individen världen utifrån den givna positionen och blir därmed underkastad de rådande diskurserna. Det här påverkar således hur en individ ser på sig själv och andra. Detta ska inte ses som en medveten handling, utan subjekspositionerna återfinns inbäddad i diskurser och uppfattas som självklarheter. Det är genom att belysa subjekspositioner som ses som självklarheter som social kritik möjliggörs (Bacchi, 2009, s. 16, 69, 214).

Carol Bacchi (2009) har utarbetat en teori, som bygger på poststrukturalismen, som hon kallar det för 'What's the problem represented to be?' (WPR). Ansatsen ger förutsättningar för analys av hur en diskurs skapar de objekt som den talar om. Enligt det här synsättet är det alltså inte det som uppfattas som ett socialt problem det intressanta. Istället ligger fokus på problemrepresentationerna. Det innebär att denna typ av policyanalys skiljer sig anmärkningsvärt från traditionell policyforskning. Här finns en utgångspunkt i Foucaults tankar om

problematisering som är tvåfaldiga, både som ett sätt att ifrågasätta det förgivettagna och som en ingång till att skärskåda olika sätt att styra (Bacchi, 2009, s. 30). Även i WPR finns två sätt att använda problematisering. Först som ett sätt att se på hur fenomen uppfattas som problem genom att identifiera och skärskåda det specifika sättet att styra på. Detta överensstämmer med Foucaults andra användning av problematisering. Det andra sättet som WPR använder problematisering är att granska något, vilket överensstämmer med Foucaults första sätt att se på problematisering. Genom att studera problemrepresentationer menar Bacchi (2009) att befintliga diskurser som annars ses som förgivettagna blottläggs. På det sättet kan man belysa de föreställningar som finns om ett fenomen och på det sättet åskådliggöra diskursen och den mening som skapas. Med hjälp av WPR-ansatsen blir det alltså tydligt hur styrning sker, och genom det kan förståelse skapas för hur ordning upprätthålls och hur individer lever inom denna ordning. Ansatsen intresserar sig också för den socialt producerade kunskapen. Inte på ett sätt att den vill hävda kunskapen som osanning, utan vilken kunskap som anses i nuet anses som sann, och vilken effekt det får på hur samhället är organiserat (Bacchi, 2009, s. 234). I WPR är kopplingen mellan problemrepresentationer, policys och effekten av representationen i policyn central och att genom detta kunna visa den makt som finns inbegripen och produceras av problemrepresentationen. Vid studerandet av offentliga policy uppkommer inte sällan en struktur/aktördualism, där diskussionen centreras kring huruvida frågan ska ligga på den enskilda individen, eller på samhällsstrukturen. WPR har möjlighet att se bortom denna dualism och ge nya ingångar att se på samhällsfenomen (Bletsas, 2013, s. 40). WPR-ansatsens analysmetod presenteras i kapitel 4.

3.1.3 Bio-politik

Bio-politik är en del av Foucaults teori om governmentality, styrningsmentalitet, vilken är viktig i analysen av frågor som rör hälsa då den centreras kring makt och styrning över livet, och på det sättet kunna styra en hel population. För att kunna styra en hel population krävs kunskap om den, för att på så sätt kunna utvärdera strategier för styrning (Gastaldo, 1997, s. 115). För att möjliggöra detta ses kroppen som "objects of knowledge" och kan därmed ses som en sfär för kunskapsproduktion (Gastaldo, 1997, s. 115). Foucaults intresse ligger alltså i de tekniker genom vilka liv blir ett objekt för kunskap och makt (Hull, 2013, s. 323). Bio-politik är en del av det som kallas för bio-power. Bio-power delas upp i två delar. Bio-politik som reglerar och styr populationen och anatomo-politik som disciplinerar kroppen. Den senare sammanfaller till stor del med Bacchis teoribildning. Det är istället bio-politik som är intressant för detta studium, för att på så vis se hur problemrepresentationerna förstås utifrån ett populationsperspektiv och hur den kunskapsproduktionen påverkar en hel, eller delar av, en population.

Skiftet från statens hot om våld för att uppnå disciplin, till statens fostrande hand för att få en hälsosammare medborgare är det som utgör grunden för bio-

politik. Med Foucaults egna ord är bio-politik ”det sätt på vilket man, sedan 1700-talet, har försökt rationalisera de frågor som den regerande praktiken ställts inför genom fenomen vilka tillhör en samling levande varelser som utgör en population” (Foucault, 2013, s. 277). Resonemangen bakom bio-politik går alltså ut på att staten tjänar på att ha en frisk population. Att samla in statistik om en population har direkt samband med ekonomiska och sociala frågor då de står som grund för beslut för policys som rör ett kollektiv av människor (Gastaldo, 1997, s. 116).

Foucault menar följaktligen att bio-politik är ett sätt att syra på som använder populationen som medel. På det sättet kan medborgarna styras genom sociala och ekonomiska policys (Bacchis, 2009, s. 27). ”One of the great innovations in the techniques of power in the eighteenth century was the emergence of ’population’ as an economic and political problem; population as wealth, population as manpower” (Foucault, citerad i Bacchi, 2009, s. 27). På det här sättet visar han att populationen ses som en enhet som ska styras, och befinna sig inom givna ramar vilka skulle vara fördelaktiga för staten. Inom den ramen skapas kunskap utifrån önskat beteende för att populationen fortsatt ska befinna sig inom de givna ramarna. När kunskapen blir norm uppstår självreglering, eller självdisciplin, där populationen övervakar eller kontrollerar sig själva och andra utifrån dessa normer av önskat beteende (Bacchi, 2009, s. 29). På det sättet kan staten sägas styra med lätt hand eller på avstånd, då medborgarna styr sig själva. Inhämtning av statistik är alltså ett sätt att övervaka befolkningen och därigenom konstruera föreställningar av vad som anses vara normalt, vilket i sin tur blir ett mått mot vilket en individ sedan kan mätas mot (Jette, et al., 2016, s. 1111).

Armstrong (1995) använder sig av Foucaults teori om bio-politik, men kallar det för *surveillance medicine* och menar att denna typ av hälsovård inriktar sig på alla medborgare, då alla kan sägas befinna sig inom en riskzon (s. 395). På det sättet kan en livsstil ses som en uppsättning riskfaktorer och därigenom rättfärdigas fokus på livsstil inom hälsodiskursen. Detta går i linje med Foucaults resonemang om att individen ständigt uppfattar sig själv som att leva i fara, och kontrolleras eller disciplineras således genom att leva i en farokultur. Han menar att detta grundar sig i liberalismen som gör att människor betingas att uppleva det som att livet ständigt innehåller faror (2013, s. 79).

Trots att Foucaults syn på ett medikaliserat samhälle är kritiskt, finns här igen direkt önskan om att ta bort det medicinska perspektivet av kroppen eller att skåda den genom andra referensramar. Foucault menar att detta endast skulle ge ett annat sätt att förstå kroppen, men att det inte skulle vara ett mer riktigt eller sant sätt (Lupton, 1997, s. 107). Nettleton (1997) gör en poäng i att en analys som baseras på Foucault inte alltid behöver vara dyster, och ser att en analys kan göras bortom att människan är fast i ett övervakningssamhälle som inkräktar på fysiska, psykologiska och sociala delarna av livet (s. 210). Makt kan endast fungera om de som är subjekt för makten kan reagera på olika sätt, varför individen inte alls ska ses som passiv eller totalt formad av makten (s. 217).

3.2 Sammanfattning av teoretiskt ramverk

Det poststrukturalistiska perspektivet möjliggör en typ av policyanalys med resonemang för att studera problemrepresentationer och hur styrning sker genom dem, och genom bio-politiska strategier. Den föreliggande studiens ambition är inte att värdera huruvida fetma är ett medicinskt problem eller inte. Ambitionen är heller inte att värdera en policy i utformning eller implementering. Istället strävar denna studie mot att påvisa vilka problemrepresentationer som finns underliggande i dessa policys och vilka subjektspositioner dessa för med sig för att sedan sätta dessa i förhållande till bio-politik och jämlik hälsa. Genom att undersöka hur vår förståelse av verkligheten konstrueras och vad som tas för givet öppnas det upp för kritisk granskning. Tanken med detta studium är att först utröna vilka problemrepresentationer som är närvarande i diskursen om barnfetma för att sedan använda bio-politik som ett raster för att på det viset få en mer dynamisk analys och en bredare förståelse kring barnfetma och hur det kan förstås som problem, och hur det problemet i sin tur förhåller sig till jämlik hälsa.

4 Diskursanalys

Forskningsområdet som detta studium befinner sig i har presenterats, liksom den kontext och tidigare forskning som uppsatsen förhåller sig till. När syftet och kontexten nu är klarlagd kommer en beskrivning av tillvägagångssättet, analysverktyget och det material som kommer användas för att besvara den tidigare ställda forskningsfrågan att presenteras.

Lundquist (1993) menar att ”forskning går ut på att öka vår kunskap om verkligheten så att vi får större möjligheter att förhålla oss till den på ett konstruktivt sätt” (s. 57). Syftet med detta studium är att belysa hur barnfetma representeras som politiskt problem. Häri finns utrymme för att undersöka vilka subjekspositioner som konstrueras i policy rörande barnfetma. Intresset ligger i att studera de diskurser som finns inbäddade i en policy och vilken konsekvens dessa kan tänkas ha på befolkningen. Här är alltså ambitionen att skärskåda det som tas för givet och hur dessa förgivettaganden styr människor i deras sätt att betrakta sig själva och sin omgivning. Metoden för studien får närmast beskrivas som en diskursanalys där ett policydokument rörande barnfetma står i fokus och utgör huvuddelen av analysen, samt en statlig utredning kring ojämlikheten i hälsa. Syftet är därmed inte att utvärdera en policy eller bedöma den som bra eller dålig, utan istället belysa hur problemrepresentationerna ser ut och vilken betydelse de kan tänkas ha.

Diskursanalyser kan se olika ut beroende på vad som studeras. Gemensamt är dock att en diskursanalys förhåller sig kritiskt till sitt studieobjekt, för att öppna upp för att undersöka maktrelationer och normativa ramar och på det sättet ifrågasätta den kunskap som är förgivettagen (Winther Jørgensen & Phillips, 2002, s. 5). Diskurser ses även som beroende av tid och plats, och fluktuerar på så sätt över tid och rum samtidigt som diskursen är en del av skapandet av kunskap, identiteter och sociala förhållanden. Den sociala världen anses därmed vara konstruerad genom diskurser (Winther Jørgensen & Phillips, 2002, s. 5). På samma sätt skapas kunskap som gör att vi pratar och betar oss inom givna ramar som anses rimliga för situationen (Winther Jørgensen & Phillips, 2002, s. 5-6). Därav har den socialt konstruerade kunskapen och så kallade *truth claims* implikationer för våra vardagliga liv och hur vi uppfattar världen. Det som är gemensamt för alla typer av diskursanalyser är synen på språket som resurs (Börjesson & Palmblad, 2007, s 15-16). Här ligger inte något intresse för olika aktörers intentioner, utan strukturen som finns bakom texten är det som är föremål för forskningen. Den foucauldianska diskursanalysen, menar Bergström & Boréus (2012), häver distinktionen mellan diskurs och icke-diskurs. Det innebär att allt meningsskapande sker i diskursen och att det inte påverkas av en extern struktur. Bacchi (2005) poängterar att det är viktigt att de hålls isär olika typer av

diskursanalyser då skillnaden i analysen blir betydlig om det är språkmönster som undersöks eller hur olika frågor ges mening inom en specifik kontext.

Eftersom ambitionen med detta studium är att studera meningsskapande och den tillfälliga fixeringen av ett problem är diskursanalys en fruktbar analysmetod. Poststrukturalismen ser emellertid inte att en diskurs kan etablera sig så till den vida grad att ingen annan diskurs har utrymme att påverka de strukturer som samhället bygger på (Winther Jørgensen & Phillips, 2002, s. 41). Likväl anses en diskurs vara en delvis fixering av meningsskapandet där vissa producerade sanningar blir en del av den allmänna kunskapen och kan därigenom inte ifrågasättas (Winther Jørgensen & Phillips, 2002, s. 32, 56). Det är således denna allmänna kunskap, och det som anses vara objektivt eller neutralt, som kommer vara uppsatsens studieobjekt, med vetskapen om att diskurser hela tiden fluktuerar och förändras. Därmed blir det viktigt att poängtera att den tillfälliga fixeringen inte hänvisar till en hegemonisk diskurs, utan de diskurser som fixeras i de aktuella policydokumenten.

Fischer (2003) menar att en policyanalys bör göras genom att studera diskursen för att på så sätt påvisa att en policy är grundad i subjektivitet och inte objektiv fakta. Det som anses vara objektiv fakta är en produkt av ett djupare, mindre synligt politiskt förgivettagande (s. 14). Diskursanalyser av policys belyser hur vår uppfattning av den sociala världen konstrueras genom diskurser som snarare skapas än är av naturen given (s. 14). Det innebär att diskursanalysen inte vill förneka att vissa samhällsfenomen faktiskt existerar, utan vill istället poängtera att vi endast kan se dem genom den diskurs som omringar oss (Börjesson & Palmblad, 2007, s. 9). En diskurs möjliggör ett visst sätt att tänka och utesluter andra. På det sättet byggs en uppfattning om verkligheten upp kring hur vi talar om olika fenomen. Genom ett sådant diskursivt raster bildas förväntningar på vad som är rimligt handlande och rimligt språkbruk (Börjesson & Palmblad, 2007, s. 10). Detta är centralt för Foucault som menar att i samband med att sanningar produceras sätts även gränser för vad som är tänkbart (Börjesson & Palmblad, 2007, s. 12). Därför blir makt en central del av diskursanalysen. Erfarenheter, mening och vår uppfattning om verkligheten har alla sin utgångspunkt i vårt språk (Wagenaar, 2011, s. 107), och det är på det sättet som diskursen kan sätta gränser för vilken typ av handlande eller vilket typ av språkbruk som anses rimligt i olika situationer. Det är just därför diskursanalysen är viktig.

Den foucauldianska förståelsen av diskurs gör begreppet vidare än bara det talade ordet. En diskurs innefattar även den socialt producerade kunskapen som möjliggör och begränsar oss att tala, tänka och handla (Börjesson & Palmblad, 2007, s. 12, Bacchi, 2009, s. 35). Bacchi (2009) poängterar att den socialt konstruerade kunskapen är just konstruerad, och existerar genom språkanvändning. På detta sätt kan det ses som fiktion, men att denna fiktion är så starkt förankrad att den accepteras som sanning (s. 35). Därför menar Bacchi (2009) att socialt producerad kunskap ifrågasätts när den kallas för diskurs (s. 35). För Bacchi, liksom Foucault, är det alltså kunskapen, och kunskapens roll i styrning, som är det centrala i diskursanalysen. Maktbegreppet spelar även en central roll. Foucault talar bland annat om utestängningsmekanismer. Det är ett

sätt för makt att produceras mellan subjekt när ett fenomen definieras som avvikande från det normala (Bergström & Boréus, 2012, s. 361). Kunskap blir centralt för dessa utestängningsmekanismer då det är kunskapen som möjliggöra och begränsar vårt sätt att tala.

En diskurs påverkar således vårt tänkande och handlande genom att vi accepterar diskursen som en sanning. Ett sätt att dekonstruera accepterade sanningar är genom att identifiera så kallade *truth claims*, förgivettagna sanningar (Bacchi, 2009, s. 212). Dekonstruktion innebär att en text öppnas upp för att visa på en komplexitet hos något som har förenklats och att synliggöra förgivettaganden och vad som lämnas utanför en text och vad som ses som självklarheter eller fakta (Kilduff & Kelemen, 2009 s. 261-262). Syftet är att lyfta fram motsägelser i något som uppfattas som en enhetlighet (Rochefort & Cobb, 1994, s. 7). Den här typen av analys är alltså inte ute efter att studera retorik eller medvetna tekniker för att övertala. Istället är det diskurserna i vid meningen, diskurserna som formar utrymmet för handlande och styrning, som är intressanta. De subjekspositioner som konceptualiseras genom den socialt producerade kunskapen är med andra ord det centrala för en diskursanalys av det här slaget (Bacchi, 2009, s. 213).

Subjekspositioner kan sägas ersätta individ/aktör hos Foucaults diskursanalys (Bergström & Boréus, 2012, s. 359). Subjekspositioner gör att vi har en uppsättning regler att förhålla oss till i sättet vi agerar i sociala sammanhang. Subjekspositioner behöver inte vara uteslutande varandra, utan en person kan komma att förhålla sig till olika subjekspositioner samtidigt (Bergström & Boréus, 2012, s. 359). Dessa skapade positioner avgör vilken typ av handlingsutrymme en individ kan ha (Bergström & Boréus, 2012, s. 361).

Diskursanalysen är en ny ingång till policyforskning som går utöver utvärdering av implementering och effektivitet. Med diskursanalys kan en policy även ses som konstituerande av en diskurs och det som beskrivs som problem blir ett fält för meningsskapande (Bergström & Boréus, 2012, s. 405). Detta studium har sålunda inte som syfte att utvärdera en policy eller ta ställning till huruvida barnfetma är ett medicinskt problem eller inte och hur det i så fall bör lösas. Analysmetoden ger inga verktyg för någon typ av policyförslag utan syftar till att klarlägga hur barnfetma kan förstås som ett politiskt problem, hur problemrepresentationerna ser ut och vilka subjekspositioner som konstrueras. Därför kommer Bacchis ansats ”What’s the problem represented to be?” (WPR) att användas för att ifrågasätta den som antas som sanningar när det kommer till hälsa och specifikt barnfetma. Ansatsen utgår från en rad frågor som ska ställas mot en policytext för att öppna upp texten och på så vis kunna påvisa vilka problemrepresentationer som är närvarande. WPR kommer användas som ett analysverktyg för diskursanalysen för att på så sätt kunna dekonstruera de sanningar som tas för givna inom diskursen i offentlig policy kring barnfetma. Således blir diskursanalysen en fruktbar metod att använda för att fullgöra uppsatsens syfte och besvara de ledande forskningsfrågan. Efter att frågorna har ställts mot policydokumentet som rör barnfetma kommer svaren att analyseras utifrån ett bio-politiskt perspektiv. Här kommer även diskurserna kring barnfetma att möta jämlik hälsa för att se på vilka sätt de samverkar i kunskapsproduktion

och makt och var det finns avstånd mellan dem. Först kommer emellertid en presentation av de analysfrågor som utgör WPR-ansatsen samt en diskussion kring materialet som utgör grunden för analysen.

4.1 Analysfrågor

Bacchi (2009) har utvecklat ”What’s the problem represented to be”-ansatsen som ska vara en tydlig och tillgänglig analysmetod för studier av detta slag. Den teoretiska delen av ansatsen diskuterades under avsnitt 3.1.2. Ansatsen baseras på frågor som ska besvaras genom att ställa dem mot en given text där ett förslag till förändring, eller lösning på problem, presenteras. Här uppmanar Bacchi till att arbeta bakåt, från ett förslag på lösning till ett problem. Därigenom synliggörs hur problemet som ska lösas representeras.

Genom att använda sig av Bacchis analysfrågor möjliggörs en dekonstruktion av en policy och därmed också möjligheten att lyfta fram diskurser som motsäger varandra. Inom en och samma policy finns ofta olika verklighetsuppfattningar (Bacchi, 2009, s. 4). Att synliggöra olika verklighetsuppfattningar gör det möjligt att undersöka vilka implikationer de kan få. Genom en sådan analys framkommer också vilka subjekspositioner som skapas och vilken typ av handlande på politisk nivå som möjliggörs och vilket handlande som blir mindre troligt. Utifrån detta kommer svaren sedan diskuteras utifrån Foucaults teori om bio-politik och ett större sammanhang av ojämlik hälsa.

För att utröna allt detta är det följande frågor som kommer applicerat på texten:

- Hur representeras problemet med barnfetma?
- Vilka antaganden och föreställningar ligger till grund och formar problemrepresentationen av barnfetma?
- Vad problematiseras inte i den aktuella problemrepresentationen?
- Vad blir effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen?
- Hur och var produceras representationen? Hur kan den ifrågasättas eller ersättas?

De två första frågorna syftar till att ge en grundläggande förståelse för hur problemet begripliggörs. Detta sker genom att belysa vilken typ av kunskap som kan sägas underbygga de förgivettaganden som en problemrepresentation bygger på. Det som dessa två frågor vill komma fram till är vad som möjliggör det aktuella policyförslaget. Det handlar således om vilken socialt producerad kunskap som uppfattas som sann för att representationerna ska anses logiska. Fokus ligger därmed inte på varför något händer, utan vad som möjliggör att det händer (Bacchi, 2009, s. 5). Det är dessa sanningar som ska granskas kritiskt och därmed blottlägga det som ses som självklart.

Som följd på detta synliggörande av rådande kunskaps- och handlingsutrymme sätter den tredje frågan fokus på det som hamnar utanför den givan ramen av problemrepresentationen. Vad anses inte vara i behov av förändring? I och med denna fråga ges det rum för alternativa problematiseringar. Genom att belysa hur alternativen skulle kunna se ut blir det samtidigt tydligt att den rådande problemrepresentationen inte är av naturen given utan bottnar i en maktrelation. Frågan tvingar forskaren att ställa sig utanför och ifrågasätta den diskurs som den själv befinner sig inom. Kritiker till poststrukturalismen menar att detta inte är möjligt, då poststrukturalismen själv menar att individers tänkande och handlande är bundet till den rådande diskursen. Ett sätt att ta sig an denna fråga är genom att identifiera binärer (Bacchi, 2009, 13-14; Kilduff & Kelemen, 2009 s. 262-263). Genom att se till vilka exempel som används för att förklara vissa koncept eller processer i en text kan det framkomma att texten framhåller den privilegierade parten genom att påvisa avvikelse dem emellan. För att kunna göra en sådan dekonstruktion en text är det viktigt att kunna placera den i dess kontext och veta vem som är avsändare av texten (Kilduff & Kelemen, 2009, s. 263-264).

Den fjärde frågan behandlar eventuella konsekvenser och effekter av de problemrepresentationer som har uppkommit. Här är fokus inte som traditionell policyforskning att granska utfallet av en policy. Istället är syftet här att studera hur styrning sker genom problemrepresentationen. Fokus ligger på diskursiva effekter, subjekspositioner och påverkan på individers liv (Bacchi, 2009, s. 15). Diskursiva effekter handlar om hur begränsningar i vårt sätt att tänka kring sakers tillstånd och hämmar således vårt sätt att se på olika problem (Bacchi, 2009, s. 16). Diskursen gör olika subjekspositioner tillgängliga och blir ett sätt för människan att förstå sig själv och andra. Bacchi tar avstamp i Foucaults *dividing practices* som menar att grupper genom subjekspositioner ställs mot varandra (Bacchi, 2009, s. 16). Genom dessa *dividing practices* framgång vilken subjeksposition som är högre respektive lägre värderad. Påverkan på individers liv handlar främst om den materiella påverkan en policy får på en individ. Frågan syftar till att belysa att en problemrepresentation påverkar olika grupper av människor på olika sätt. Det innebär att vissa grupper förlorar på en policy, men andra vinner på den (Bacchi, 2009, s. 15). Bacchi (2009) är dock noga med att poängtera att det inte alltid är självklart vilka som är vinnare eller förlorare i en problemrepresentation varför det är viktigt att alltid lyfta upp frågan (s. 18).

Den femte och sista frågan behandlar var kunskapen som underbygger en policy återfinns. Frågan söker svar på var diskurserna kan återfinnas, utöver det analyserade policydokumentet, och på det sättet genomsyrar större delar av samhället. Frågan vill också lyfta fram på vilket sätt en problemrepresentation skulle kunna utmanas eller ersättas av en annan typ av representation (Bacchi, 2009, s. 19). Detta knyter an till de tidigare frågorna där underliggande värderingar lyfts fram, men också genom att använda det som hamnar utanför problemrepresentationen för att på så sätt kunna bryta eller ge ett alternativ till rådande problemrepresentation.

Analysfrågorna går till viss del in i varandra, särskilt de första tre, vilket kan göra det svårare att få en bra och tydlig analys. Bacchi (2009) menar själv att

frågorna inte behöver följa på varandra, utan kan integreras med varandra. En farhåga med att gå tillväga på det sättet skulle vara att analysen blir otydlig och ostrukturerad. För att försöka få en balans mellan att frågorna blöder in i varandra och en analys som inte låter frågorna följa på varandra kommer denna uppsatsens analys till största del vara uppbyggd efter frågorna, men med ett undantag. Den andra och tredje frågan kommer att besvaras tillsammans, då de är så nära sammankopplade med varandra att det inte kan anses finnas ett syfte att skilja dem åt. Även den första och andra frågan är nära sammankopplade men frågar egentligen efter olika saker. I analysdelen kommer därför dessa olikheter att till största möjliga mån tas tillvara för att undvika upprepning eller otydlighet.

WPR-ansatsen har i sin originalform sex stycken frågor. I detta studium kommer de ovanstående fem att utgöra den första analysdelen. Hur vi förstår världen fluktuerar över tid, och påverkas av vår kulturella historia. Det innebär att det förflutna påverkar hur vi uppfattar oss själva och olika fenomen idag. En av Bacchis sex frågor rör den historiska aspekten av hur problemrepresentationen har kommit till, och kräver därför en genealogisk analys. En sådan analys, av genealogin, kräver en djupgående förståelse för var, när och varför barnfetman började anses vara ett problem (Saukko, 2003, s. 118), men också vilka begrepp kopplade till barnfetma som blir relevanta för att förstå den historiska utvecklingen. För att kunna göra detta behöver den historiska kontexten tas i beaktande som har möjliggjort en typ av sanning, och därmed visa att denna sanning inte är tidlös (s. 121). Syftet är att visa att processer av utveckling inte är linjära, utan belysa att vår historia bygger på att människor har gjort ett val, istället för ett annat. Därför har dessa processer inte skett per automatik, eller genom någon naturlig utveckling, utan är istället en konsekvens av mänskligt handlande (Kurunmäki, 2005, s. 182). Att göra en sådan analys innebär att gräva djupare i äldre dokument för att på så sätt se när barnfetma först har börjat ses som problem, för att sedan kartlägga hur den diskursen hänger samman med andra samtida diskurser. Genom en sådan kartläggning skulle en bild framträda av hur barnfetma placeras in i ett större socialt och politiskt sammanhang (Saukko, 2003, s. 133-134). Syftet med en sådan analys är således att identifiera politiska motstridigheter som har haft betydelse för hur barnfetma uppfattas idag (Kurunmäki, 2005, s. 213). För att kunna genomföra en sådan analys krävs ett stort empiriskt material och att forskaren själv kan skapa den kontext studien kräver. Metoden är särskilt användbar för jämförande studier, exempelvis mellan kulturer (Kurunmäki, 2005, s. 215-216). Att göra den här typen av analys faller utanför denna uppsats omfång, och därför kommer frågan inte tas upp i detta studium. Istället är den sista frågan mer relevant för studien då den frågar om hur och var representationen produceras idag. På det sättet är frågorna kopplade till varandra, men ger olika förutsättningar för att kunna besvara dem.

Analysfrågorna är det primära verktyget för att utvinna information ur materialet, och utgör huvuddelen av min analys. Denna banar sedan väg för analysens andra och sista del som undersöker hur svaren på dessa frågor kan förstås utifrån Foucaults teori om bio-politik och hur de förhåller sig till ojämlik hälsa.

4.2 Material

Att välja material är i sig en tolkande och subjektiv handling (Bacchi, 2009, s. 54). Syftet med studien är att ge en fördjupad förståelse för hur barnfetma konstrueras som problem och vad problemet representeras av. Vidare ska dessa problemrepresentationer sättas i relation till jämlik hälsa och bio-politik. Utgångspunkten för studien är Stockholms läns landstings handlingsprogram för övervikt och fetma 2010-2013 (SLL, 2010), liksom delbetänkandet från kommissionen för jämlik hälsa (SOU 2016:55) vilka båda har presenterats i kapitel 3. Genom att låta ett dokument utgöra exempel på barnfetma och ett dokument utgöra exempel på jämlik hälsa finns möjlighet till en djupare analys av båda dokumenten, än om flera dokument hade varit föremål för analys. Det hade inneburit en risk av ett för ytlig analys. Stockholms läns landstings handlingsplan har valts ut då det innehåller beställarunderlag, vårdprogram och ett program för samhällsinriktat arbete. Av stor vikt för just den här studien är att handlingsprogrammet har kapitel helt inriktade på barn och ungdomar. Det är dessa avsnitt som är föremål för uppsatsens analysdel. Stockholms läns landsting är en av Sveriges största. Samtidigt är skillnaderna i livslängd mellan olika grupper i länet större i Stockholms län än i resten av Sverige (SLL, 2016, s. 3) vilket torde innebära att det finns ett ökat incitament att arbeta just med dessa frågor och ha ett aktivt arbete mot ojämlikheten som finns.

Kommissionens delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa* utgår från forskning om jämlik hälsa liksom arbete från tidigare kommissioner, både internationellt och inom Sverige. På det sättet får utredning ses som en aktuell redogörelse och ackumulation för hur synen på jämlik hälsa i Sverige ser ut idag. Därför anses detta dokument som relevant för analysen.

Det hade också varit tänkbart att utgå från den mediala framställningen av barnfetma och hälsa. Det hade emellertid inneburit att studien fått en annan prägel, och inte utgått från offentliga policys. Det är just den offentliga policyn som står som central för detta studium i och med kunskapsproduktionen som den bär med sig. Ett annat alternativ hade kunnat vara att komplettera studien med intervjuer med personer som står bakom texten, för att på så vis få en större insikt om eventuella konflikter eller diskussioner som föregick textarbetet, och andra diskussioner som inte framkommer i textmaterialet. Att vissa diskussioner har uteblivit från texterna kan i sig ses som en intressant aspekt av analysen. Därutöver ligger intresset för studien i det som sägs implicit i en policy, vilket gör att textdokumentet i sig själv får anses vara det mest intressanta för analysarbetet. Att avstå från att få en djupare inblick i de diskussioner som förekommit under arbetets gång är därmed ett aktivt val vilket gör att analysen utgår från den bild som avsändarna vill förmedla till offentligheten.

5 Vad är problemet?

Uppsatsens omfång har nu utkristalliserats genom en introduktion till syftet med uppsatsen och frågeställning och en genomgång av det teoretiska ramverk som kommer ligga till grund för analysen. Uppsatsen har också positionerats i kontext och tidigare forskning och en redogörelse för den metod och det material som kommer att användas har ägt rum. Detta kapitel utgör således analysens första del; den del av uppsatsen som fokuserar på barnfetmans problemrepresentationer. WPR-ansatsens övergripande fråga är hur vi blir styrda och hur styrningen sker genom problemrepresentationer. Här ligger alltså fokus på att reflektera kring hur en viss ordning upprätthålls. WPR-ansatsen har ingen agenda i att säga att en ordning inte ska upprätthållas, utan strävar istället mot en större förståelse för hur vi blir styrda och till vilken kostnad för vem denna styrning sker (Bacchi, 2009, s. 127). Detta är analysens första del och kommer således utgå från Stockholms läns landstings handlingsprogram om övervikt och fetma från 2010.

5.1 Hur representeras problemet med barnfetma?

Det första steget i analysen är att se vilka problemrepresentationer som kan återfinnas i handlingsprogrammet från Stockholms läns landsting. Vilket är det faktiska problemet som policyn är tänkt att lösa? Övergripande representeras barnfetma som ett livsstilsproblem, vilket går igen både i avsnitt om prevention och behandling. Det som också framgår är att barnfetma är ett framtida problem, då så kallade följsjukdomar kan komma att bli aktuella för de som har övervikt eller fetma. Problemen som representeras är nära sammankopplade med varandra, men för att få en tydlighet i analysen kommer de att separeras och få varsin genomgång.

5.1.1 Prevention och livsstil

När det kommer till barn och fetma läggs stor vikt vid livsstilsförändringar och prevention, och att detta skulle vara grunden för arbetet mot barnfetma (SLL, 2010, s. 59). Här förmedlas en bild av att olika barn har olika stor sannolikhet att utveckla fetma.

Fetma var mer än tre gånger så vanligt bland flickor med lågutbildade mödrar som bland flickor med högutbildade mödrar. För pojkar var det nästan dubbelt så

vanligt med fetma bland dem som hade lågutbildade mödrar. Ungdomar med svensk bakgrund var i mindre utsträckning överviktiga och feta än ungdomar med utländsk bakgrund. (SLL, 2010, s. 60)

Här pekas alltså *moderns* utbildningsnivå ut som avgörande, liksom huruvida barnens bakgrund är *svensk* eller *utländsk*. Geografisk hemvist tas också upp, då det konstateras att det är större andel barn i Skärholmen än i Vaxholm som har fetma (s. 60). Dessa två områden karaktäriseras av låg respektive hög socioekonomisk status. Det samhällsinriktade arbetet riktar sig mot mödrar, där de ska medvetandegöras om övervikt och fetma. De anses också i behov av information om kost och motion och att utveckla ett lokalt nätverk (s. 166). Det framhävs även att det är svårare att bota fetma, än att förebygga att fetma utvecklas till att börja med. Handlingsplanen anser att förebyggande insatser ska riktas till samtliga barn och ungdomar av just denna anledning (SLL, 2010, s. 63). Här spelar BVC en roll i att ge samtliga familjer information om kost och fysisk aktivitet inom ramen för deras *hälsosamtal* (s. 66), men även skolan anses ha en viktig roll i att *lära* barnen om detta (SLL, 2010, s. 68, 146, 172). På BVC liksom i skolan sker även registrering av barnens vikt och längd för att se om de befinner sig inom en riskzon för övervikt eller fetma (s. 67). För att de preventiva insatserna ska ha så stor påverkan som möjligt läggs också vikt vid att arbetet måste ske på flera olika håll, och att samverka måste ske för att få ett helhetsgrepp om situationen. I exempelvis skolan så ska elevvårdsteamet, skolgymnastiken, matsalen och fritids samarbeta för att se till att alla barnen får tillgång och möjlighet till fysisk aktivitet och bra kost (s. 68). I det samhällsinriktade arbetet ska olika delar inom hälso- och sjukvården liksom skolan, tandvården, socialtjänsten och stadsbyggnadskontoret alla ta in ett preventivt perspektiv i sina respektive fält.

Fysisk aktivitet är en av delarna av prevention. Här framhålls att inaktivitet hos barn generellt inte kan sägas ha minskat, men att en polarisering har skett där barn som är föreningsaktiva har ökat, men också den grupp av barn som är stillasittande (s. 144). Bland annat menas att det finns skillnader mellan kommunerna i Stockholms län när det gäller just fysisk aktivitet, och att de kommuner med lägre aktivitet karaktäriseras av högre andel människor med låg inkomst, låg utbildning och människor som är utrikesfödda (SLL, 2010, s. 12). Här framhålls även hur detta beteendemönster följer med upp i vuxenlivet. Skolan ges ett stort ansvar i preventionen genom att ”främja hälsa dels genom att skapa en god arbetsmiljö för alla i skolan, dels genom att ge elever stöd och kunskap att göra hälsosamma val och etablera hälsosamma vanor” (s. 172).

Vidare tas kost upp som ett stort område, utöver fysisk aktivitet. Här lyfts regelbunden måltidsordning, stor andel frukt och grönsaker, stor andel bröd, potatis, pasta och ris samt begränsad mängd *utrymmesmat* (s. 121). Det påpekas att ”aptit liksom hunger- eller mättnadskänslor [kan] förstöras om barn erbjuds för mycket sött eller fett mellan måltiderna” (s. 124). Här talas det också om barnets egna valfrihet och att ge barnet stöd till bra ätande, istället för att styra barnet (s. 124).

Barnfetma representeras således som ett problem av prevention. I nästa led behövs därför frågan vilken typ av problem prevention representeras att vara. Här ses tendenser av både ett biomedicinsk problem och ett socialt problem. Då en del av det preventiva arbetet går ut på att samla in data, och kontinuerligt följa barnens längd- och viktkurvor för att se om någon är i riskzonen för övervikt eller fetma, kan det ses som en form av biomedicinskt problem. Vad gäller livsstil kan det både ses som ett socialt problem och som ett biomedicinskt problem. Livsstil kan härledas till sociala strukturer så som socioekonomiska förhållanden exempelvis, som visat i citatet ovan. Samtidigt kan livsstil ses som ett individuellt val, där personen själv väljer hur den ska leva. I dokumentet framgår båda problemrepresentationerna, då individen ska ta eget ansvar över sin hälsosituation, men med hjälp av information från samhället. Samtidigt framhävs samhällsinriktat hälsoarbete som lägger tyngd vid att den största påverkan på vår hälsa är den omgivande miljön, varför insatser behövs för att underlätta för människor att fatta hälsosamma beslut.

För att bryta ner problemrepresentationen av livsstil ytterligare ses det som ett problem av fysisk aktivitet, kosthållning, kunskap och socioekonomisk tillhörighet. En livsstil som behöver *förändras* är den med för lite fysisk aktivitet och *dålig* kost. En bild målas upp av att detta i sin tur är beroende på för lite kunskap om hälsa och familjens socioekonomiska status.

5.1.2 Behandling och livsstil

Parallellt med problemrepresentationen om prevention återfinns behandling. För att mäta vilka barn som är i behov av behandling används ett mått som heter Iso-BMI där BMI står för Body Mass Index. Iso-BMI är korrigerat efter barnets ålder. Vid en Iso-BMI på 25 anses barnet ha övervikt och vid Iso-BMI 30 anses det ha fetma (SLL, 2010, s. 60). Behandling är liksom prevention starkt kopplat till livsstil och föräldrarnas bakgrund anses också viktig. Bland annat ska även föräldrarnas längd och vikt noteras när barn med övervikt eller fetma identifieras (SLL, 2010, s. 29). När det kommer till barn krävs inte alltid viktning, utan snarare vidmakthållning av vikten. Det framhålls även att viss försiktighet ska tas då många barn ”smalnar spontant” och att yngre barn inte bör ”utsättas för onödiga behandlingsinsatser” (s. 64). Samtidigt påpekas att yngre barn är lättare att behandla (s. 64). Behandling ses som något som är nödvändigt för att minska risken för framtida sjukdomar och förtidig död (s. 64). I dokumentet understryks också att behandlingen ska vara grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet och att barnet och föräldrarna har ansvar för behandlingen (s. 65). Samtidigt uppges att ”Det vetenskapliga underlaget om effektiva metoder för prevention, vård och behandling av övervikt och fetma är begränsat.” (SLL, 2010, s. 8). En del i behandlingen kan vara föräldraskola, där föräldrar får träffas i grupp, men syfte att aktivera de föräldrar som inte förändrar beteende enbart av information de fått. Att ha möten i grupp skulle öka chansen för att föräldrarna ”aktivt prövar att genomföra förändringar i hemmet” (s. 76). Vad gäller kost och behandling läggs tonvikt på en balanserad kost. För de yngre barnen behövs ingen särskild

kostrådgivning för viktnedgång. För äldre barn och ungdomar gäller saker som ”man kan äta allt, men inte alltid” (s. 129) och att tänka på andelen av olika matgrupper till varje portion samt portionens storlek (s. 127).

Handlingsplanen tar kort upp frågan om ätstörningar. Man menar att om behandling eller prevention utförs på ett bra sätt så finns ingenting som tyder på att detta skulle leda till att barn och ungdomar skulle utveckla ätstörningar (s. 65). Istället framhålls att risken minskar för ätstörning i vuxen ålder om barn med fetma får behandling. Samtidigt påpekas att en del av de med fetma har en ätstörning som kallas Binge eating disorder (BED), där hetsätning utan kompensatoriskt beteende kombineras med skamkänslor och depressiv sinnesstämning. De barn som har fetma och BED har ofta ångest, depression och social fobi, och man menar i handlingsplanen att dessa barn och ungdomar bör behandlas i samarbete med ätstörningsmottagningar (s. 65).

En av lösningarna som ges i handlingsplanen är följaktligen behandling. Att använda ordet behandling signalerar att någon är sjuk. Problemrepresentationen av barnfetma blir här att det är en sjukdom, vilket även blir tydligt när fetma kallas för folksjukdom eller att fetma är en livsstilsrelaterad sjukdom (SLL, 2010, s. 8, 26, 35, 52). Behandlingen av sjukdomen går till stor del hand i hand med preventionen, där tonvikt läggs på livsstilsförändringar. Dessa är i sin tur beroende av ökad kunskap och att göra det mer lättillgängligt att fatta hälsosamma beslut.

5.1.3 Hälsa

Barnfetma får genom de ovanstående diskussionerna således ses som ett problem av hälsa, eller ohälsa. Livsstil och hälsa är sammankopplade med varandra så till vida att du inte kan ha en dålig livsstil och bra hälsa samtidigt, eller tvärtom. Diskussionen utgår till stor del från att de som har barnfetma också har en ohälsosam livsstil och har därmed ohälsa. Hälsa definieras i handlingsprogrammet enligt följande: ”En person har god hälsa när han eller hon är fri från sjukdom och följer av skada och utifrån sina speciella förutsättningar och omständigheter, uppnår så god hälsorelaterad livskvalitet som möjligt.” (SLL, 2010, s. 9).

Barnfetma beskrivs också som ett hot mot folkhälsan (s. 58) och kan på det sättet anses vara hälsans motsats. Att uppnå bättre hälsa kopplas återigen till fysisk aktivitet och kost. Genom detta skulle människor uppnå en god hälsa och därigenom undvika övervikt eller fetma.

5.1.4 Framtiden

Utöver prevention, behandling, livsstil och hälsa representeras även barnfetma som ett problem för framtiden. Det framställs som att vikten kan förutspå vad som väntar framöver. Upprepade gånger är följsjukdomar anledning till att barnfetma och övervikt ses ett problem (SLL, 2010, s. 8, 12, 58, 86). Samtidigt uppges vid ett tillfälle att övervikt inte alls behöver medföra någon typ av så kallad

följdsjukdom (SLL, 2010, s. 12). I frågan om prevention uppges exempelvis att målet är att barnet även i vuxen ålder ska fortsätta vara fysiskt aktiv och vad gäller kost ska barnet lära sig ett bra framtida förhållningssätt till mat (s. 148, 171). Det är med andra ord inte bara här och nu som spelar roll, utan även det som händer längre fram. Barnfetma representeras därmed som ett framtidsproblem. Framtiden kan i sin tur ses som ett problem av kostnader och resurser, där en person kan utgöra en kostnad för samhället om den till exempel är sjuk, eller en resurs om personen bidrar genom arbete.

5.2 Antaganden och det som lämnas oproblematiserat

Antaganden och föreställningar som lyser igenom är flera. Här kan de problemrepresentationer som blottades i föregående avsnitt leda vägen för analysen. Frågan om vad som inte problematiseras är nära sammanknuten med antaganden och föreställningar. Frågan letar efter det som inte problematiseras i diskurserna, och vilka tystnader som finns samt hur problemet kan uppfattas på ett annat sätt. Det är alltså här som gränsdragningarna för problemrepresentationen blir tydlig. För att kunna synliggöra dessa gränsdragningar och det som inte problematiseras får utgångspunkten vara i de antaganden och föreställningar som identifieras. Utgångspunkten blir alltså i de simplificeringarna som förekommer av komplexa frågor.

5.2.1 Vikt som indikator på ohälsa, en fråga för vården

Först och främst finns en föreställning om att fetma eller övervikt är en indikator på att någon lever ohälsosamt och har en oönskad livsstil. Därutöver finns ett förgivettagande om att det är övervikten eller fetman i sig som skapar de så kallade *följdsjukdomarna* (SLL, 2010, s. 61). I detta finns också ett antagande om att viktnedgång, eller vidmakthållande av vikt för vissa barn, skulle vara det bästa sättet att uppnå hälsa. Emellertid går det att tänka att andra barn som faller inom ramen för normal kroppsvikt skulle kunna ha liknande beteenden som barn med övervikt eller fetma. Det skulle exempelvis kunna handla om mycket stillasittande och dålig kosthållning. Däremot syns inte deras livsstil och de ses därmed inte som problem.

Samtidigt som fetma ses som tecken på en ohälsosam livsstil är det inte fetman i sig själv som uppfattas som ett problem. Istället ses fetma som en indikator på eventuella *framtida* sjukdomar. Här problematiseras det dock inte att ett barn som har fetma kan ha kunskap om hur en hälsosam livsstil ser ut, eller föräldrar som har det. Fetman eller övervikten i sig själv behöver därför inte vara en indikator på framtida sjukdomar. Som policyn själv framhåller är fysisk aktivitet viktigare för att förebygga sjukdomar, än viktnedgång (SLL, 2010, s. 145). Detta samtidigt som diskuterats i stycket ovan finns ett antagande om

viktnedgång för att uppnå hälsa. Handlingsprogrammet konstaterar att en person med övervikt eller fetma som är fysiskt aktiv har lägre mortalitetsrisk än inaktiva normalviktiga personer (s. 145). Ändå utgår hela policyn ifrån att fetma inte ska uppstå, och där den finns ska den behandlas. Det är med andra ord inte den fysiska aktiviteten eller inaktiviteten som spelar roll, trots hälsoeffekterna. Även fast det konstateras att fysisk aktivitet är avgörande för alla, blir ändå de personer med övervikt eller fetma de som anses avvikande och som behöver behandling. Här framkommer en binär av aktiv/inaktiv, men den kan skådas på två olika sätt. Det anses eftersträvansvärt att vara en aktiv medborgare som tar ansvar för sin egen hälsa. Däremot om en person med övervikt eller ohälsa är aktiv i bemärkelsen fysiskt aktiv och en normalviktig person är inaktiv blir binären ogiltig. Det här visar därmed att en person med övervikt eller fetma är underlägsen i den sociala hierarkin.

Vidare finns en föreställning om att barnfetma främst är en fråga för hälso- och sjukvården. Trots att det även talas om samverkan mellan skola, vård, samhällsbyggnad och så vidare, läggs ändå huvudansvaret på hälso- och sjukvården. Här lämnas till stor del samhällsansvaret oproblematiserat. Om frågan centreras till hälso- och sjukvården är barnfetma en typ av medikaliserat problem och inte så mycket ett problem som har med ojämlikhet att göra. Därtill centreras både behandling och prevention kring livsstil och individens val, vilket gör barnfetma till stor del ett individuellt medikaliserat problem. Att det representeras som ett individuellt problem förstärker i sin tur stigmatiseringen av barnfetman.

5.2.2 Riskzon

En föreställning om prevention är att alla barn och ungdomar befinner sig inom någon typ av riskzon för övervikt eller fetma. Av den anledningen behöver alla information om hur de kan ta hälsosamma beslut och lättillgängliga möjligheter att göra det. Samtidigt med denna bild förmedlas också en annan, nämligen att det är vissa barn och ungdomar som är mer intressanta för det preventiva arbetet. Det konstateras genom den statistik kring de grupper där barnfetma är vanligast och vad som utmärker dessa grupper. Det generella förebyggande arbetet kan ses som något alla föräldrar och barn får för att ingen särskild familj ska pekats ut som specifikt i behov av detta stöd. De grupper där det är vanligare med barnfetma är de där mödrarna har lägre utbildning, de med utländsk bakgrund och de där föräldrarna själva har övervikt eller fetma, har dåliga kostvanor och/eller dåliga rörelsevanor. Utöver det tas geografiskt läge också upp. Det konstateras att barnfetma är vanligare i Skärholmen än i Vaxholm och att det finns studier som påvisar att det finns sociala skillnader som återspeglar förekomsten av barnfetma (SLL, 2010, s. 60). Om socioekonomisk status påverkar hälsan torde det vara något som problematiseras i handlingsplanen. Emellertid finns inget som explicit tyder på det.

Trots att sambandet mellan låg socioekonomisk status och barnfetma påpekas finns inget som tyder på att detta skulle vara en fråga att ta upp vid prevention och behandling av barnfetma. Däremot finns ett inlägg om att mödrahälsovården och

barnhälsovården ska ge information om kost och motion till *unga* föräldrar och stödja dem i att utveckla ett socialt nätverk (SLL, 2010, s. 168) och att detta ska vara baserat på bostadsområde. Huruvida detta är en särskild insats för de som bor i områden karakteriserade av lägre socioekonomisk status eller inte framgår inte av texten. Jämlikhet nämns endast två gånger i dokumentet som helhet: ”Jämlikhet i hälsa är den viktigaste utgångspunkten” (s. 176) och ”Arenor för fysisk aktivitet och rörelse behöver utvecklas ur perspektiven tillgänglighet, jämställdhet, social jämlikhet och integration. Närbelägna områden för spontana uteaktiviteter, säkra motionsspår och tillträde till anläggningar för allmänheten är exempel på rörelsefrämjande satsningar för kommuninvånarna.” (s. 174) Det senare citatet fokuserar på offentliga platser att utöva uteaktiviteter på, och går inte till botten med jämlikhetsskillnaderna i samhället. Så trots att jämlikhet i hälsa nämns som den viktigaste utgångspunkten är det ingenting som lyser igenom i vare sig delen om vårdprogram eller det samhällsinriktade hälsoarbetet. Att bortse från den aspekten gör att barnfetma individualiseras, istället för att ses som ett större socialt eller strukturellt problem.

5.2.3 BMI

Ett annat förgivettagande handlar om BMI, och dess gränsdragningar. BMI är ett vida kritiserat mått då det både är trubbigt och fluktuerande (se exempelvis Evans & Colls, 2009). Gränsdragningen för övervikt och fetma har tidigare dragits om, vilket påvisar den sociala konstruktion BMI innebär och hur flera procent av befolkningen från en dag till en annan kan komma att ha övervikt eller fetma, enbart på grund av att gränsdragningen ändrats (Evans & Colls, 2009, s. 1058). BMI för barn är ännu svårare då barnen växer och att barn ser olika ut, har olika kroppsform och utvecklas i olika takt. Måttet är justerat efter ålder, vilket också utgör ett problem då det utgår från att alla barn skulle växa på samma sätt. I dokumentet utgör BMI det enda sättet att konstatera om någon har övervikt eller fetma. Därutöver tas det förgivet att vikten, eller kroppens omfång, skulle säga något om hur hälsomedveten barnet och dess föräldrar är men också att det skulle vara vikten i sig själv som gör att en person skulle må dåligt. I ett avsnitt tas det exempelvis upp att övervikt och fetma kan leda till psykiska besvär, främst för att barnet inte faller inom normen för hur kroppen ska se ut (SLL, 2010, s. 65).

Stor del av diskurserna centreras i allmänna ordalag kring hur barnen ska kunna få en bättre hälsa. Hälsa och en BMI som faller inom ramen för det som anses normalt verkar vara synonymmer. Kroppens storlek blir då implicit ett mått på hur god hälsa ett barn har. Vid flera tillfällen refereras det i texten till att personer ska uppmärksammas på att de, eller deras barn, har övervikt eller fetma (SLL, 2010, s. 63, 173). Det blir bland annat tydligt i följande citat: ”En grundläggande förutsättning för förändring av livsstil är att patienten upplever att den aktuella livsstilen medför problem” (SLL, 2010, s. 43). Implicit säger det att fetma i sig själv inte nödvändigtvis uppfattas som ett problem av personerna själva, och att det inte är anledningen till att de sökt vård. Istället blir det ett problem först när någon påpekar det som problem. Det finns alltså nödvändigtvis ingen

utgångspunkt i personens välmående, utan det är enbart utifrån BMI som någon får en diagnos. Att inte falla inom den givna gränsdragningen för BMI gör med andra ord att man klassificeras som sjuk eller avvikande, och får en diagnos som bekräftelse. Vidare är detta en diagnos som främst återfinns hos de med lägre socioekonomisk status, och blir därmed ett sätt att stigmatisera denna grupp ytterligare, och att se dem som avvikande.

5.2.4 Föräldrar, kunskap och information

Det finns även ett antagande om att barnen ärver sin hälsa från föräldrarna, både genetiskt och socialt (SLL, 2010, s. 12, 61, 160-161). Därför finns en strävan efter att öka föräldrarnas kunskap om god kost och fysisk aktivitet och påverkan det har på hälsan. En föreställning som ligger bakom detta är att föräldrarna och/eller barnet inte har förmågan att fatta bra, rationella, beslut. Har en individ tillräckligt med information förväntas hon kunna fatta ett korrekt val. Här antas det att om rätt möjligheter och information finns kommer individen välja en god hälsa. Här framkommer således en binär av ansvarsfull/oansvarsfull. Någon som har rätt information och möjligheter ska alltså ta ansvar för sig själv och sin egen (sitt barns) hälsa. Den som inte gör det är oansvarig. Det skulle också kunna ses som rationellt/irrationellt vilket beslut en person fattar i förhållande till information och möjlighet.

Kopplat till föräldrarna finns också frågan om livsstil, vilken barn anses ärva socialt från föräldrarna. Det handlar alltså om beteende, och en binär av hälsosamt/ohälsosamt beteende. Ett hälsosamt beteende är det som normalviktiga människor har, där fysisk aktivitet och god kosthållning ingår.

Det är viktigt att involvera hela familjen i kostförändringar. Föräldrarna är sina barns förebilder och barnen kommer att ta efter deras beteende. Det är inte försvarbart att köpa hem livsmedel som inte är bra för barn som lider av fetma. (SLL, 2010, s. 126)

Barn med övervikt eller fetma, eller föräldrar som låter sina barn ha övervikt eller fetma, har ohälsosamt beteende med mycket stillasittande, låg fysisk aktivitet och dålig kosthållning. Här förutsätts människan vara helt rationell och att alla beslut som fattas ska vara väl underbyggda med sin egen hälsa och samhällets intressen satta i första rummet. Här måste frågan lyftas om det inte kan finnas andra värden i en människas liv som skattas högre än eventuell framtida hälsa. Det skulle exempelvis kunna handla om sådant som lust och njutning eller grupptillhörighet, som gör att personer har vad som kallas för ohälsosamt beteende. Detta kan sägas följa en princip om att någon som är utomstående skulle veta vad som är bäst för den enskilda individen. Att lära både föräldrar, och även barn i skolan, vad som anses vara hälsosamt beteende gör att allt annat beteende kan anses ohälsosamt. Att dessa två ställs som motpoler, där total hälsa är det som ska uppnås, gör det till en omöjlighet för individen. Detta problematiseras aldrig i handlingsprogrammet. Det går att tänka sig att en person kan vara hälsosam och

ohälsosam samtidigt och att det är möjligt att både ha hälsa och sjukdom samtidigt. I definitionen som Stockholms läns landsting ger av hälsa så är hälsa ”relativt till varje individs personliga värderingar och livsvillkor” (SLL, 2010, s. 9). Enligt en sådan definition skulle en person med övervikt eller fetma ha bestämmanderätt över huruvida vikten påverkar hälsan eller inte.

Något som även sammanfaller med detta antagande är den föreställning om att information och kunskap om hälsa enbart skulle ha positiva konsekvenser. Diskussionen som rör ätstörningar hävdar att det inte finns en risk för att barn utvecklar ätstörningar på grund av ökad kunskap och information om det görs på rätt sätt. Här problematiseras inte att fokus läggs på kroppen och kroppens utseende, och att det skulle kunna påverka de barn som exempelvis är i riskzonen för att utveckla ätstörningar, eller att ett stort fokus på hälsa kan leda till ett allmänt missnöje över sin kropp generellt utan utvecklas ätstörningsproblematik.

5.2.5 Övervikt och fetma som problem

Barn som har övervikt eller fetma behöver inte själv se det som ett problem förrän det påpekas som ett problem. De psykiska effekterna som tas upp som en konsekvens av övervikt eller fetma handlar om att barnet inte faller inom ramen för hur en normal kropp ska se ut, och har ingenting med kroppen i sig att göra:

Barn med fetma har sämre livskvalitet och får mindre chanser att forma sina liv självständigt efter egna önskemål och förutsättningar. En del av barnen kommer från familjer som också tyngs av andra problem och för dessa barn blir fetman en extra börda. Barn med övervikt eller fetma riskerar även att utveckla låg självkänsla och psykiska problem. (SLL, 2010, s. 61)

Fetma medför en stigmatisering som gör att flera barn och i synnerhet ungdomar mår psykiskt dåligt. Ibland leder det till en jobbig skolsituation där mobbning ingår. Den självkänsla som handlar om uppskattningen av den egna kroppen (body-esteem) är låg hos ungdomar med fetma. Även den totala självkänslan (self-esteem) kan påverkas negativt. Nedstämdhet, nervositet, ångest och olika psykosomatiska symptom utvecklas ibland och vissa ungdomar med lågt self-esteem kan utveckla ett riskbeteende. Fetma kan medföra negativa konsekvenser för den socioekonomiska utvecklingen hos dessa ungdomar. (SLL, 2010, s. 66)

Det innebär att konstruktionen eller representationen kring vad barnfetma är, gör att de som får en diagnos av övervikt eller fetma mår psykiskt dåligt. Det är med andra ord representationen, och inte fetman eller övervikten, som har negativa konsekvenser för barnet. I citaten ovan framträder även en bild av att barn med fetma har sämre förutsättningen i livet *på grund av sin fetma*. Fetman ses också som en extra *börda* för familjer som har andra *problem*. I det andra citatet konstateras att fetman kan medföra negativa konsekvenser för den socioekonomiska utvecklingen. Här menas det alltså att kroppsformen och vikten skulle påverka den socioekonomiska status en ungdom får i vuxen ålder. Däremot

framgår inte hur. Då det inte problematiseras i texten kan det därför läsas som att det är fetman själv som åstadkommer denna konsekvens.

I avsnittet som handlar om hur livsstil förändras tas just detta om huruvida övervikten eller fetman anses vara ett problem för den aktuella patienten. Här finns en utgångspunkt i att patienten ska medvetandegöras om att övervikten är ett problem, och därigenom få motivation till en livsstilsförändring (s. 43). Det påpekas också att det oftast inte är bristande kunskaper som är ett hinder för förändring. Trots det går stora delar av handlingsprogrammet ut på att såväl barn som vuxna ska lära sig att uppnå en god hälsa genom kost och fysisk aktivitet.

5.3 Vad blir effekterna?

Ovan har de tre första frågorna besvarats som rör problemrepresentationerna, underliggande antaganden och oproblematiserade aspekter. I följande avsnitt behandlas vilka tänkbara effekter detta kan komma att få, och öppnar således upp för olika möjligheter och begränsningar i diskurserna erbjuder.

5.3.1 Otillräckliga föräldrar

”Precis som föräldrarna så är barn i socioekonomiskt svagare områden tyngre än andra barn.” (SLL, 2010, s. 11). Föräldrarnas bakgrund anses ha stor påverkan på barnets hälsa. Föräldrar representeras som ett problem av bristande information och få resurser. Därför behöver föräldrarna *lära sig*. Det handlar exempelvis om föräldrautbildning och matcirklar (SLL, 2010, s. 168). Exakt vilka föräldrar eller familjer som anses vara i behov av denna sortens stöd framgår inte av texten. Eftersom olika socioekonomiska indikatorer nämns genom texten, som i citatet ovan, är det inte helt osannolikt att det är dessa familjer som avses. Här representeras problemet således som bristande stöd och att barnfetman beror på föräldrarnas bristande kunskap om sitt barns utveckling och hälsa. Här konstitueras föräldrarna som att de är i behov av hjälp och att de är okunniga vad gäller deras egna barns behov. Att modern och hennes parter anses vara i behov av ett socialt nätverk (SLL, 2010, s. 167) representerar ett problem om att föräldrarna brister i socialt nätverk och att det skulle vara en anledning till barnets övervikt eller fetma. Ensamstående föräldrar och föräldrar med lägre socioekonomisk status pekas särskilt ut som problem då de inte har tillräckliga resurser att låta deras barn vara föreningsaktiva eller på annat sätt hålla sig fysiskt aktiva (SLL, 2010, s. 12, 161, 173). Samtidigt som det vid upprepade tillfällen i texten framhålls att föräldrarna och/eller barnet inte ska känna skuld, framhålls också att ”det är föräldrarna som har huvudansvaret för barnens hälsoutveckling (...).” (SLL, 2010, s. 172). Om ett barn har övervikt eller fetma härleds det därmed till otillräckligt föräldraskap. Ett barn med övervikt återspeglar med andra ord föräldrarnas kunskaps- och kompetensbrist i att uppfostra ett hälsosamt barn, vilka kan ställas mot de föräldrar vars barn anses normalviktiga. Denna *dividing*

practice av subjekspositioner gör att familjer där ett barn har övervikt eller fetma kan komma att stigmatiseras. En sådan stigmatisering torde vara mest sannolik hos de som av olika anledningar redan marginaliseras, som till exempel på grund av socioekonomisk status.

Ansvar är kopplat till föräldrarnas roll och barnets hälsa. Här poängteras att personer måste ta ansvar för sin egen hälsa.

Begreppet ”empowerment” beskriver ett användbart förhållningssätt vid samtal om hälsa. Empowerment (”egenmakt”) kan definieras som att individen ges möjlighet att själv ta makten över sitt eget liv och sin hälsa. Utgångspunkt är tron att människor vill och kan förändras och att de kan lära nytt. Vårdgivarens roll är att fungera som en handledare i ett möte mellan två ”experter”: Patienten är experten på sitt liv och sina livsvillkor och vårdgivaren på den medicinska delen av sjukdomen. Som vårdgivare kan vi inte lösa problemen åt patienten. Däremot kan vi erbjuda nödvändiga kunskaper och lära ut färdigheter så att patienten själv kan ta ansvar för sitt beteende och sin hälsa. (SLL, 2010, s. 35)

Citatet visar både utgångspunkten att personer *vill* förändra sin livsstil när deras kunskap ökar och att personer ska ta *ansvar* för sitt beteende och sin hälsa. Här träder även en bild av valfrihet fram, kopplat till det ansvar personen förväntas ta. Valfriheten bygger på att personen ska besitta rätt typ av kunskap och utifrån det ta rationella beslut. Att inte fatta det som anses vara det rationella eller ansvarsfulla beslutet ses som att personen saknar förmåga och/eller självkontroll och/eller kontroll över sitt barn.

5.3.2 Otillräcklig kompetens och samverkan

Samverkan och kompetensutveckling lyfts på flera ställen upp som en faktor som behöver belysas. Således representeras samverkan och kompetens som ett problem av barnfetma. Det uttrycks exempelvis att ”[d]agens sjukvårdsorganisation måste bli mer anpassad för att arbeta med livsstilsförändringar. För att ändra inriktning krävs – förutom omfördelning av resurser – en satsning på utbildning och kompetensutveckling.” (SLL, 2010, s. 26).

Att det även skulle handla om ineffektiv resursanvändning blir tydligt både i citatet ovan men också här: ”Kunskap och kompetens om övervikt och fetma finns inom landstinget men är utspridd och utan samordning. Detta leder till att vård ges på olika villkor beroende på enskilda vårdgivares attityder och kunskap.” (SLL, 2010, s. 31). Resurserna som finns används med andra ord inte på ett effektivt sätt. Det finns också en ojämlikhet kopplat till resursanvändningen och kompetensen som målas upp som ett problem: ”Kompetensen inom fetmavården för barn och ungdomar är fortfarande relativt låg, vilket medför risk att vårdkvaliteten blir ojäm. Ett annat problem är att det finns regionala, geografiska, etniska och sociala faktorer som gör att fetmabehandlingen är ojämnt fördelad i befolkningen.” (SLL, 2010, s. 65). Även samverkan mellan

olika delar av samhället tas upp som en viktig del: ”I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan skolan [...] samverka med föräldrar, förskola, barnhälsovård och primärvård” (SLL, 2010, s. 173). Bristen på såväl samverkan som tillräckliga och samordnade resurser blir således ett problem av barnfetma. Om samhället skulle ha större kunskaper och vara bättre samordnade skulle det vara en av lösningarna för att minska barnfetma. Här ändras tillfälligt fokus från att det är individen som står i centrum till samhället. Emellertid är det en samordning och kompetensutveckling i samhället som ska hjälpa och stötta föräldrar och barn till att ta ansvar för sin hälsa.

5.3.3 Barn som framtidens resurser

Att fokus ligger på barnfetma handlar i stor utsträckning om rädslan för sjukdomar som kan uppkomma till följd av fetman, mer än vad det handlar om ett problem i nutiden. Barnet ses som en resurs för framtiden, som vid eventuell sjukdom istället skulle bli en kostnad till samhället. Tvång eller styrande av barnet ska inte förekomma från vare sig vårdpersonal eller föräldrar, utan centralt är istället att lära barnet att ta rationella beslut. Här finns en central tanke om valfrihet. Stor vikt läggs också på att barn ska vara sociala. Att inte delta i föreningsliv anses osocialt, och är sammankopplat med stillasittande och inaktivitet (SLL, 2010, s. 144). ”Aktivitetsmönster etableras tidigt i livet och har sedan en tendens att följa individen upp i vuxenlivet. Inaktiva barn blir, i högre grad än aktiva, inaktiva även som unga vuxna.” (SLL, 2010, s. 145). Här förutsätts att barnens beteenden kommer följa dem till vuxen ålder. Föreningslivet anses vara en viktig *social* miljö, och problemet med att vara föreningsaktiv representeras i närmaste grad som ett problem av att vara social/osocial. Även kommunernas fritidsförvaltningar uppmanas att ge finansiellt stöd till och på andra sätt möjliggöra det lokala föreningslivet, särskilt de föreningar som riktar sig till de grupper som är inaktiva (SLL, 2010, s. 174). Här läggs med andra ord stort ansvar på civilsamhället att engagera de *osociala* eller *inaktiva* barnen i föreningslivet. Att vara social torde därmed ses som en viktig resurs i vuxenlivet, varför det representeras som ett problem av barnfetma.

5.3.4 Olikhet i rörelse

Det finns inga konkreta åtgärdsförslag eller liknande som fokuserar på den socioekonomiska grunden av ojämlik hälsa som kan sägas ligga bakom den ojämna fördelningen av barnfetma. Trots att det vid flera tillfällen nämns som problem, anges ingen direkt lösning. Socioekonomiska skillnader representeras främst som olikhet i tillgång till spontan rörelse, genom exempelvis sporthallar eller motionsspår. Stockholms län förmedlar en bild av ett segregerat län där ”... stora skillnader mellan kommunerna i länet [finns] när det gäller fysisk aktivitet. Skillnaderna mellan områden beror i stor utsträckning av olikheter i social sammansättning med högre andel låginkomsttagare, lågutbildade och utrikes

födda.” (SLL, 2010, s. 12) Segregationen, eller skillnaderna i social sammansättning, representeras således som ett problem av tillgång och möjlighet till rörelse. Ett åtgärdsförslag är att fritidsförvaltningen ska ”öka utbud och tillgänglighet som stimulerar mindre aktiva grupper” (s. 175). På det sättet representeras de *mindre aktiva* grupperna som ett problem som måste åtgärdas. Att de är mindre aktiva representeras i sin tur som ett problem av ett för litet utbud som skulle kunna attrahera just den här gruppen, som till viss del får anses framstå som homogen.

5.3.5 Fetma som ohälsa

Barnets omfång och vikt representeras som tidigare nämnt som ohälsa. Då hälsa är något normativt som alla ska leva upp till blir bilden av ett barn som har barnfetma att barnet även är ohälsosamt, och kan därmed komma att stigmatiseras på grund av sin kropp. Effekten blir således en föreställning om att barn med övervikt eller fetma är ohälsosamma och inte har möjlighet eller kunskap till att leva hälsosamt.

5.4 Hur och var produceras representationen?

Exakt hur och var en problempresentation produceras är givetvis en svår fråga. Vad gäller barnfetma specifikt och hälsa generellt finns en medikaliserad diskurs som påvisats i de andra delarna. Representationen härstammar således från experter på området, som utifrån *evidens* påvisar att övervikt eller fetma skulle vara farligt. Eftersom hela samhället ska vara med och ta ansvar i frågan kommer således information om sambanden mellan livsstil, övervikt/fetma och hälsa från flera olika håll. Det är något som vi möts av genom hela livet, främst i olika vårdkontexter så som mödravårdscentralen, barnavårdscentralen, skolan och skolhälsovården. Därutöver återfinns en diskussion om barnfetma i media med rubriker som ”Barnfetma – en tickande hälsobomb” (Doktorn.com), ”Sverige måste kraftsamla för att stoppa barnfetman” (DN, 2016), ”Barnfetma är ingen köksbordsdebatt” (Aftonbladet, 2016) och ”Fegt att blunda för barnfetma” (Expressen, 2014). Hur de exakta problemrepresentationerna ser ut i media ger inte studien utrymme till, men med en översikt av dessa artiklar blir klart att barnfetma anses vara ett problem som behöver lösning.

Att experter hävdar att barnfetma är en folksjukdom och ”ett av de snabbast ökande hoten mot folkhälsan” (SLL, 2010, s. 58) göra att stigmatiseringen och synen på de som har övervikt eller fetma reproduceras. Denna *kunskap* om fetma och övervikt får till stor del stå oemotsagd i den allmänna debatten, och kunskapen tas därmed för given. Den så kallade kunskapen kommer utifrån, men lever vidare genom en produktiv makt som återfinns mellan människor, disciplineringen av varandra och av oss själva.

Emellertid kan makt inte existera utan motstånd. Det har växt fram en *body positive*, eller kroppspositiv, kultur som framförallt syns på sociala medier. Detta är ett fenomen som Taylor (2016) utforskat i sin avhandling. Hon menar att det är en typ av aktivism som går ut på att ändra diskurserna kring övervikt och fetma och hur aktivisterna i detta vill ändra kunskapsproduktionen. De organisationer hon har studerat vill sätta personer som har fetma i centrum för såväl politiska och sociala diskussioner (s. 92). Den här typen av kroppsaktivism kan ses som ett motstånd till hur den rådande ordningen ser ut.

I den här frågan inryms även hur en alternativ problemrepresentation skulle kunna se ut. Svaret på en sådan fråga är långt ifrån självklar och speglar forskarens egna föreställningar och antaganden om sakernas tillstånd. Ingen problemrepresentation kan nog ses som optimal, men genom att framföra olika sätt att närma sig samma fenomen blir det tydligt att ett problem inte behöver se ut på det sätt vi idag tar för givet att det gör. Fysisk inaktivitet kanske inte ska vara det som står i centrum som problem. Istället skulle det kunna vara bilen som är det centrala problemet. Den skulle kunna anses för fördelaktiga att äga och använda och därmed behöva åtgärdas. Vad gäller matvanor så bör kanske inte föräldrarna stå som ansvariga för att barnen äter rätt och lär sig att skräpmat är ohälsosamt. Istället skulle det gå att tänka sig att det är livsmedelsproduktionen som behöver förändras, så att den ser ut på ett sätt som är fördelaktigt för människan. Genom de här två exemplen har ansvaret flyttats från individer, familjer och även skolan och har till större utsträckning lagts på företag och industrier. Det är naturligtvis med försiktighet alternativa problemrepresentationer ska presenteras, då dessa i sin tur kan ha aspekter som är problematiska. Exempelvis kan sådana representationer implicit säga att människan inte är kapabel att fatta sina egna beslut, det ges utrymme för en diskussion kring utbud och efterfrågan och det går att fråga sig hur står rätt staten har att reglera konsumtion på det här sättet.

6 Bio-politik, barnfetma och jämlik hälsa

WPR-ansatsen har möjliggjort en analys av problemrepresentationerna som finns angående barnfetma och hur dessa representationer fungerar som en form av indirekt styrning. Bacchi (2009) menar att det är representationen av ett problem, snarare än en policy, som styr oss i våra vardagliga liv. Av den första delen av analysen har vi fått en förståelse för problemrepresentationerna. För att undersöka hur problemrepresentationerna förhåller sig till jämlik hälsa kommer nu ytterligare ett lager i analysen att adderas i form av bio-politik. På det sättet kommer en djupare förståelse för den indirekta styrningen genom kunskapsproduktion. På grund av detta har bio-politik fått utgöra en egen analysdel där det ges mer frihet att diskutera svaren från föregående kapitel utifrån bio-politik och jämlik hälsa.

Som har visats i analysens första del handlar diskurserna om barnfetma om livsstil i form av fysisk aktivitet och kost men också om ansvar. Det i sin tur är bland annat kopplat till föräldraskap och hur barnen utvecklas till framtida resurser. Stort fokus hamnar på individen, trots att policyn lägger tyngd vid offentliga verksamheters ansvar för preventiva insatser, och de olika delarna av hälso- och sjukvården för att identifiera övervikt och fetma. Det blir ett individfokus, då det framförallt är upp till individen själv att ändra sitt beteende och sin livsstil. Detta finns det givetvis hjälp för, i form av olika typer av behandling, men det är fortfarande individen som behöver förändras och det är dennes ansvar. Eftersom det här handlar om barn, beror det på barnets ålder hur mycket ansvar som läggs på barnet själv. Men föräldrarna spelar oavsett alltid en viktig roll i policydokumentet. Emedan WPR-analysen ger oss en förståelse för hur subjektpositioner skapas genom Stockholms läns landstings handlingsprogram erbjuder bio-politiken en analys som ger förståelse för hur styrning sker i ett större sammanhang, av en hel population.

Utgångspunkten i bio-politik är hur en befolkning styrs genom att sätta gränser för det som anses normalt, vilket sker genom kunskapsproduktion kring normer vilka medborgare ska mätas efter och leva upp till. Det handlar exempelvis om insamlingen av statistik, för att på det sättet se vilka som kan anses avvikande. Bio-politiken handlar således inte om makt eller kontroll över kroppen, utan över populationen (Evans & Colls, 2009, s. 1054). Trots att analysen i denna uppsats har delats upp efter problemrepresentationer och bio-politik innebär det inte att dessa två typer av governmentality inte samverkar med varandra. Det får snarare anses vara tvärtom.

Redan i den första frågan av WPR-analysen framträder ett bio-politiskt perspektiv där det utifrån statistik konstateras vilka grupper i samhället som har

högre prevalens av övervikt och fetma. Från ett bio-politiskt perspektiv kan det ses som ett sätt att utmärka gruppen som avvikande. Det kan både vara ett sätt att få resten av befolkningen att vilja hålla sig inom ramarna för det som anses normalt, för att på så vis inte associeras med dessa grupper och ett sätt att disciplinera eller reglera grupperna.

Det som framträder av analysens första del som tydligast kopplat till bio-politik är hur alla ska lära sig om hälsa, användandet av BMI samt diskursen kring livsstil. Kunskap och information om hälsa ska här ge individen rätt möjlighet till att ta rätt beslut. Genom att lära sig vilket val som är det hälsosamma, ska personer komma att leva mer hälsosamt. Analysen visar också hur personer ska bli *empowered*, att de ska ta makten över sitt eget liv på ett självständigt sätt, genom att lära sig om hälsa. Lärandet, utbildningen, kan därmed ses som ett frigörande. Att få kunskap om hälsa ses som att få makt över sitt liv, vilket därmed skulle leda till frihet. I handlingsprogrammet sätts livsstil i fokus, och det är bland annat genom kunskap och information som livsstilen ska förändras. Vad en hälsosam livsstil innebär är förutbestämt genom policyn själv och innefattar fysisk aktivitet och kost. Detta är något som ska göra hela populationen mer hälsosam, då det ska nå ut till alla nyblivna föräldrar och alla skolbarn. Genom en vilja att förändra befolkningens livsstil blir samtalet om hälsa normativt, då det hälsosamma beteendet framställs som normen, vilket skulle göra alla andra beteenden till avvikande. Då dessa förändringar och normer utgår från att populationen själva ska vilja skapa förändring, snarare än att de tvingas till det, sammanfaller med Foucaults syn på makten som produktiv. Det här handlar således om att reglera befolkningen, för att skapa ett önskat beteende.

BMI är som tidigare nämnt kritiserat för att vara ett otillräckligt instrument för att identifiera övervikt eller fetma. BMI kan genom bio-politik ses som en teknik för att reglera befolkningen, då det är ett mått alla ställs emot. Genom att använda siffror och tillväxtkurvor för att visa vad som är normalt blir BMI ett tydligt instrument för att kunna påvisa vilka som kan anses avvikande. Att mäta hela befolkningens, särskilt barns, BMI kontinuerligt gör att alla uppfattas som i riskzonen för övervikt och fetma, och i och med det i en riskzon för att bli avvikande. Det här får således ses som en strategi för att reglera populationen, och inte enbart individerna. Samtidigt återkopplas det till barnet och/eller föräldern om mätningen visar övervikt eller fetma. På det sättet används även BMI som disciplinerande av kroppen. Insamlande av statistik, däribland BMI, gör det möjligt att identifiera geografiska områden där barnfetma är mer prevalent. I handlingsplanen från Stockholms läns landsting konstateras att sådana områden finns, och att de karaktäriseras av invånare med lägre socioekonomisk status. Här skulle en förväntning finnas att särskilda insatser skulle förekomma mot dessa geografiska områden eller den delen av populationen. Emellertid finns inte uttryckt någonstans i handlingsplanen några sådana initiativ. Det framhävs att skolan på olika sätt kan vara utjämnande, då barn oavsett socioekonomisk bakgrund rör på sig lika mycket under skoldagen, och att de äter samma mat. Men det som händer utanför skolan tas inte upp som ett specifikt problem av ojämlikhet där särskilda insatser skulle behövas. I vissa delar av texten går det att

anta att det skulle vara särskilda grupper som finns i åtanke (se diskussion i föregående kapitel), men det är inget som explicit förmedlas till läsare.

Att livsstil är centralt har blivit tydligt i föregående kapitel. Detta är något som ska nå ut till hela befolkningen, men särskilt till de barn och deras föräldrar som är nära gränsen till övervikt eller fetma. Ur ett bio-politiskt perspektiv blir föräldrarna en form av övervakare eller reglerare av deras barn livsstil. Det kan ses som en förväntning som ställs på föräldrarna från dess att barnet är fött och information om kost och motion börjar delges på BVC.

6.1 Barnfetma och ojämlik hälsa

Ojämlik hälsa är en fråga som har tagit större plats inom folkhälsopolitiken, där målet är att minska hälsoklyftorna i samhället. Att säga att hälsan är ojämlik bär med sig att hälsan kan vara jämlik. Därmed skulle skillnaderna vara konstruerade och inte av naturen givna, och det skulle således gå att göra något åt ojämlikheten. Hälsa skulle alltså vara en fråga om rättvisa. Bio-politiken utgår från en tanke om att en population regleras för att hamna inom vissa givna ramar och att det är ett sätt att styra en befolkning. Utifrån ett sådant perspektiv lyfts frågan om hur ojämlik hälsa kan existera. Om alla styrs efter dessa normer och informationsinsatser, hur kan då hälsan bli ojämlik? Detta får falla under diskussionen om utbildning, frihet och ansvarstagande. Om rätt information och kunskap finns är människan fri att välja. På det sättet finns det utrymme för att de flesta väljer att leva ett hälsosamt liv, medan några väljer att leva ohälsosamt. Ohälsa är samtidigt kopplat till socioekonomisk status. Enligt en logik av valfrihet innebär det således att de med lägre status skulle ha sämre förmåga eller vilja att fatta hälsosamma beslut. Ojämlikheten i hälsa ligger således på individens axlar. Däremot, om staten skulle initiera särskilda insatser i områden karaktäriserade av lägre socioekonomisk status skulle detta kunna vara en indikator på att de med högre status är kapabla att fatta bra, hälsosamma, beslut, medan de med dålig hälsa är offer för en struktur och därmed behöver andra typer av insatser.

I kommissionen för jämlik hälsas delbetänkande *Det handlar om jämlik hälsa* läggs stor vikt vid de bakomliggande orsakerna till ojämlikheten i hälsa, vilket härleds till en större ojämlikhet i samhället i stort. Det blir tydligt när de uppger att de har flera fokusområden som innefattar bland annat arbete, inkomst och försörjning samt boende och närmiljö (SOU 2016:55, s. 86). Det framgår också av delbetänkandet att ojämlikheten i hälsa ses som ett problem både ur ett samhällsperspektiv och ur ett individperspektiv (s. 15). Här hänvisas till exempel till rättviseargument, men också dåligt utnyttjande av tillgängliga resurser i form av människor. Här skrivs även explicit att skillnader i hälsa inte kan reduceras till exempelvis felaktiga val (s. 19). Det borde således innebära att det finns en grundläggande tanke om att det är samhällets ansvar att reducera hälsoklyftorna som finns, men att individen också måste ta del i det arbetet. Den ekonomiska och sociala instabiliteten som följer på en ojämlik fördelning av resurser i samhället i

form av utbildning, arbete, boende och inflytande, anses vara sammankopplade med den ojämlika hälsan (s.22). Det konstateras även att insatser mot ojämlik hälsa ska vara universella men att det också krävs specifika insatser ”riktade mot specifika problem, grupper eller individer” (s. 26).

Trots att det framkommit av analysens första del att barnfetma förekommer i större utsträckning i familjer med lägre socioekonomisk status finns inga strategier eller åtgärdsförslag för att bemöta detta i Stockholm läns landstings handlingsprogram. Samtidigt finns ett stort arbete i Sverige som handlar om hur ojämlikheten i Sverige ska minska. I diskurserna kring barnfetma ser vi att frågan är starkt kopplad till hälsa. Emellertid nämns övervikt och fetma enbart vid några enskilda tillfällen i kommissionens delbetänkande, i jämförelse med exempelvis psykisk ohälsa som har tilldelats ett eget avsnitt. Som diskuterats i föregående kapitel finns diskurser som omgärdar barnfetma som kopplar frågan till hälsa. Då socioekonomisk status samspelar torde den ojämlika hälsan ha samspel med barnfetma. Trots det finns det knappt omnämnt i delbetänkandet.

I delbetänkandet finns istället en diskussion som fokuserar på det tidiga livet, och hur viktig barndomen är för den framtida hälsan. Här tas föräldrarnas engagemang och relationen mellan föräldrar och barn upp som en viktig faktor, liksom föräldrarnas socioekonomiska ställning (SOU 2016:55, s. 110-113). I de familjer som tar emot ekonomiskt bistånd är det vanligaste att barnen blir inlagda på sjukhus exempelvis. Då diskussionen centreras på hur barnens uppväxtvillkor påverkar deras framtida hälsa, poängteras vikten av att förebygga ohälsa hos barn för att på det sättet minska hälsoklyftorna i samhället. Detta är samma typ av resonemang som förs kring övervikt och fetma; för att minska förekomsten hos vuxna är det viktigt att förebygga det redan hos barnen. Här blir kopplingen till risk uppenbar. Risk är en bio-politisk strategi som talar om för personer vilken risk de har för att drabbas av olika sjukdomar. BMI är en sådan strategi som diskuterats ovan, men även hälsan hos barnen som ska ses som en indikator på risken för framtida sjukdomar. För att koppla resonemanget till kunskap/makt så används bio-politik för reglering genom riskstatistik.

När det kommer till livsstil, eller levnadsvanor, framhållet delbetänkandet detta som centralt för att uppnå jämlikhet i hälsa (SOU 2016:55, s. 131). Här påpekas att levnadsvanor är baserade på individers egna val, men att dessa val inte alltid är fria utan påverkas av exempelvis social miljö, utbildningsnivå och ekonomiska förutsättningar (s. 131). Fysisk aktivitet och kostvanor tas upp som en central del av livsstilen som påverkan hälsan, liksom det får en central del i handlingsprogrammet från Stockholms län. I delbetänkandet konstateras att det finns skillnader i fysisk aktivitet och kost beroende på socioekonomisk status i form av exempelvis föräldrarnas utbildningsbakgrund (s. 134-135). I detta diskuterar även sambandet med övervikt och fetma kopplat till socioekonomisk status (s. 135-136). I delbetänkandet om ojämlik hälsa finns en grundtanke om att människors val basera på en övergripande struktur som finns i samhället, och att det som anses vara fria val därmed inte är så fria som de ger sken av. Av den anledningen blir det svårare att lägga för stort ansvar på de enskilda individerna för deras hälsa och den ojämlika hälsan i samhället i stort. Samtidigt finns en annan diskurs när det kommer till barnfetma. Båda är kopplade till

socioekonomisk status, men som föregående kapitel resonerade kring så är det i grund och botten individen, familjen, som har ansvar för den egna hälsan och att se till att barnen inte får övervikt eller fetma. Återigen blir det tydligt hur barnfetma och ojämlik hälsa som är nära sammankopplade skiljer sig på grundläggande utgångspunkter i respektive fråga. Här finns således ett glapp mellan det övergripande hälsoarbetet och det specifika arbetet med barnfetma.

7 Slutsats

Frågeställningen som varit ledande för detta studium lyder ”Hur förstås barnfetma som problem och hur förhåller det sig till jämlik hälsa?”. För att svara på frågan har ett teoretisk ramverk använts som bygger på problemrepresentationer och bio-politik. Syftet har varit att belysa de problemrepresentationerna som policyn angående barnfetma bygger på och hur dessa i sin tur förhåller sig till jämlik hälsa. För att göra en sådan analys har Bacchis analysverktyg ”What’s the problem represented to be?” varit till hjälp samt Foucaults teori om bio-politik. Genom denna användning har det blivit tydligt att kunskapsproduktionen och formuleringen av ett problem som en policy ämnar lösa är nära sammankopplade och har stor inverkan på utformningen av policyn och vilka konsekvenser en sådan utformning kan komma att få. De problemrepresentationer som framkommer i analysen har diskuterats utförligt genom de olika frågorna som ställts upp men också genom det bio-politiska perspektivet. Där har det också blivit tydligt att det finns vissa skillnader men också likheter i diskurserna kring barnfetma och jämlik hälsa. Det är emellertid av vikt att se att analysen som gjorts är i sig själv en förenkling, och att de fynd som gjorts till viss del speglar forskarens egen subjektivitet. Därmed får det förutsättas att det finns luckor i resultatet.

Genom att sätta lösningarna, som ämnar minska barnfetman, i fokus har det gått att urskilja hur dessa förhåller sig till bio-politik, men också hur de förhåller sig till jämlik hälsa och att det framförallt finns kontraster i hur individens ansvar problematiseras. De diskursiva gränserna är övergripande lika varandra, men en skillnad uppstår i hur gränserna för diskurserna överlappar med andra politikområden. För barnfetma är det huvudsakligen hälso- och sjukvårdens olika instanser samt skolan som utgör överlappande politikområden. Däremot är det helt andra när det kommer till jämlik hälsa. De diskurserna som har snuddats vid angränsar istället mot exempelvis arbetsmarknad, försörjning och inflytande.

Uppsatsens omfång har tillåtit en djupare analys av diskurserna kring barnfetma, men enbart en möjlighet att skrapa på ytan vad gäller jämlik hälsa. Således kommer det finnas aspekter som inte framkommer i resultatet. Trots det har det mest centrala framgått, för att på så sätt kunna kontrastera diskurserna om barnfetma med jämlik hälsa.

Styrkan i att använda WPR-ansatsen är dess tydlighet och hur arbetet sker bakåt - från policy till problemrepresentation. Däremot, vilket har diskuterats i kapitel 4 om metod, så överlappar frågorna i stora delar med varandra. Samtidigt utgör frågorna ett strukturerat sätt att ställa upp analysen både för den som utför analysen, men också för läsaren. WPR-ansatsen uppmanar till att se en policy i ett vidare sammanhang, men ger inte riktigt utrymme för en sådana analys i sin frågeuppställning. Därför fick den delen av analysen en egen del, där även svaren

på WPR-ansatsens frågor fick ses genom ett bio-politiskt raster. Samtidigt har ansatsen möjliggjort en blottläggning av de diskursiva gränser som finns gällande barnfetma, liksom den kunskapsproduktion och makt som ligger nära sammankopplat till detta.

Det bio-politiska perspektivet har visat hur barnfetma och ohälsa används som ett sätt att samla in information som sedan kan ligga till grund för kommande policys. Vad gäller diskurserna kring barnfetma ses de föräldrar till barn som har fetma eller övervikt som i behov av stöd, hjälp och kunskap. Här framkom även en bild av att föräldrar och barn måste uppmärksammas på att vikten eller omfånget av barnet skulle vara ett problem, och därmed att de behöver någon form av styrning. Att utföra mätningar och att ha utbildning om god hälsa ibland annat skolan kan ses som ett sätt att upprätthålla en idé om att barn med övervikt eller fetma är avvikande, och det som anses vara ett problem upplevs som objektiv kunskap.

I uppsatsens inledning diskuteras synliggörandet av kunskapsproduktion som en möjlighet till kritik och motsägelse. Uppsatsen har kunnat visa socialt producerad kunskap, och hur den förhåller sig till jämlik hälsa generellt. Däremot är det med försiktighet som slutsatser kan dras utifrån analysen. Hur handlingsprogrammet ser ut, med prevention, behandling och livsstil kan mycket väl ha hjälpt många människor. Studien har i sig inte någon agenda i att diskurserna angående barnfetma borde se ut på ett annat sätt, eller att behandling och prevention inte hjälper människor. Däremot finns utrymme för att se på problemrepresentationerna på andra sätt, och därigenom se hur kunskapsproduktionen styr hur samhället ordnas. En policy av det här slaget påverka människor, varför det är viktigt att belysa att kunskap är producerad och därigenom kunna lyfta olika aspekter av barnfetma till en politisk nivå. Det är lätt att den offentliga debatten till största del handlar om hur barnfetma ska hanteras som ett hot mot folkhälsan. Men BMI som mätinstrument eller ett ojämnt samhälle kopplas inte till den politiska debatten om barnfetma på samma sätt. Det som också bör lyftas är diskrepansen mellan dokumentet om övergripande hälsa på nationell nivå och dokumentet om specifikt barnfetma på lokal nivå. Det visar att det finns ett glapp där problemen framskrivs på olika sätt som i sin tur får implikationer både för hur samhället ordnas men också för de enskilda individerna. Detta får ses som en utmaning hur glappet ska kunna minska i framtiden.

Detta kan även ses mer generellt när det kommer till policys och samhällets ordning. Genom denna studie har det blivit klart att den kunskapsproduktion som en policy bygger på inbegriper makt som producerar subjekt. Detta har därmed implikationer på alla i ett samhälle och är därför viktigt att studera. När förhållanden och kunskaper tas förgivna är det angeläget att vrida och vända på dessa sanningar, för att se att de inte är grundande i objektivitet och därför kan ses i andra ljus. Det här handlar till syvende och sist om att de som påverkas av en policy ska ha möjlighet att påverka den, och att sanningar en policy bygger på ska kunna kritiseras. Detta är inte minst viktigt för att ha ett samhälle där alla är delaktiga och har inflytande över sina egna liv, vilket i sin tur kan återkopplas till ett av fokusområdena som finns i delbetänkandet för jämlik hälsa.

Studien lämnar spår värda att följa för framtida forskning. Inte minst skulle forskning kring de olika problemrepresentationerna vara fruktsam. Här skulle en djupare analys av exempelvis livsstil eller föräldraskap vara möjligt. Förutsättningar finns även för att gå närmare empirin och utföra intervjustudier med exempelvis skolbarn som får undervisning om hälsa i skolan för att på så vis få en mer reell förståelse för implikationerna policys som rör hälsa kan komma att få. Andra möjligheter innefattar en genealogisk studie över exempelvis livsstil eller föräldraskap för att se hur dessa har utvecklats över tid och fått olika implikationer på hur samhället har ordnats och den allmänna synen på ansvar.

8 Referenser

- Aftonbladet (2016). ”Barnfetma är ingen köksbordsdebatt” Publicerad 2016-09-22
<http://www.aftonbladet.se/nyheter/kolumnister/malinwollin/article23572260.a>
b Hämtad 2016-12-08
- Armstrong, David (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, nr. 3, s. 393 – 404
- Bacchi, Carol Lee (2005). Discourse, Discourse Everywhere: Subject ”Agency” in Feminist Discourse Methodology. *Nordic Journal of Women’s Studies*, vol. 13, nr. 3, s. 198-209
- Bacchi, Carol Lee (2009). *Analysing policy: what’s the problem represented to be?*. Frenchs Forest, N.S.W.: Pearson
- Bastian, Amber (2011). Representations of childhood obesity in Australian newsprint media and academic literature. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol. 35, nr. 2, s. 135-139
- Bergström, Göran & Kristina Boréus (red.) (2012). *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. 3., [utök.] uppl. Lund: Studentlitteratur
- Bletsas, Angélique (2013). ”Spaces between: Elaborating the theoretical underpinnings of the ’WPR’ approach and its significance for contemporary scholarship” i Bletsas, Angélique (red.) (2013) *Engaging with Carol Bacchi: Strategic Interventions and Exchanges* [Elektronisk resurs]
- Börjesson, Mats & Eva Palmblad (2007). ”Introduktion: ’Motsatsen till relativism, detta bör vi aldrig glömma, stavas absolutism’” i Börjesson, Mats & Eva Palmblad (red.) *Diskursanalys i praktiken*. Malmö: Liber
- Coveney, John (2008). The government of girth. *Health Sociology Review*. vol. 17, nr. 2, s. 199-213
- DN (2016) – ”Sverige måste kraftsamla för att stoppa barnfetman” Publicerad 2016-10-10 <http://www.dn.se/debatt/sverige-maste-kraftsamla-for-att-stoppa-barnfetman/> Hämtad 2016-12-08
- Doktorn.com (2013) – ”Barnfetma – en tickande bomb” Publicerad 2013-03-06 <http://www.doktorn.com/artikel/barnfetma-en-tickande-h%C3%A4lsobomb> Hämtad 2016-12-08
- Dir. 2015:60. *En kommission för jämlik hälsa. Socialdepartementets kommittédirektiv*.
- Eckström, Linda (2012). *Jämställdhet – för männens, arbetarklassens och effektivitetens skull?* Stockholms Universitet.
- Evans, Bethan & Rachel Colls (2009). Measuring Fatness, Governing Bodies: The Spatialities of the Body Mass Index (BMI) in Anti-Obesity Politics. *Antipode*, vol. 41, nr. 5, s. 1051-1083

- Expressen (2014). "Fegt att blunda för barnfetma" Publicerad 2014-02-18
<http://www.expressen.se/halsoliv/anna-basen/anna-basen-fegt-att-blunda-for-barnfetma/> Hämtad 2016-12-08
- Fischer, Frank (2003). *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices [Elektronisk resurs]*. Oxford University Press
- Foucault, Michel (2013). *Biopolitikens födelse: Collège de France 1978-1979*. Hägersten: Tankekraft
- Gastaldo, Denise (1997). Is health education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power i Petersen, Alan – Robin Bunton (red.) (1997). *Foucault – Health and Medicine*. London: Routledge.
- Gergen, Kenneth J. (2015). *An invitation to social construction*. 3. ed.
- Hendersen, Julie (2015). "Michel Foucault: Governmentality, Health Policy and the Governance of Childhood Obesity" i Collyer, Fran. (red.) (2015). *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine [Elektronisk resurs]*. Basingstoke: Palgrave Macmillan
- Hull, Gordon (2013). Biopolitics is not (primarily) about life: on biopolitics, neoliberalism and families. *The journal of speculative philosophy*, vol. 27, nr. 3, s. 322-335
- Jette, Shannon, Krishna Bhagat & David L. Andrews (2016) . Governing the child-citizen: 'Lets Move!' as national biopedagogy. *Sport, Education and Society*, vol. 21, nr. 8, s. 1109 – 1126
- Kilduff, Martin & Michaela Kelemen, 2009. "Deconstructing Discourse" i Grant, David (red.) *The Sage handbook of organizational discourse [Elektronisk resurs]*. London: SAGE Publications
- Kurunmäki, Jussi (2005). "Begreppshistoria" i Bergström, Göran & Kristina Boréus (red.) *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Lund: Studentlitteratur
- Lundquist, Lennart (1993). *Det statsvetenskapliga studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur
- Lupton, Deborah (1997). Foucault and the medicalisation critique i Petersen, Alan – Robin Bunton (red.) (1997). *Foucault – Health and Medicine*. London: Routledge.
- Nettleton, Sarah (1997). Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise i Petersen, Alan – Robin Bunton (red.) (1997). *Foucault – Health and Medicine*. London: Routledge.
- Pringle, Richard & Dixie Pringle (2012). Competing obesity discourses and critical challenges for health and physical educators. *Sport, Education and Society*, vol. 17, nr. 2, s. 143 – 161
- Regeringsbeslut (2016). *Uppdrag att ta fram underlag till insatser för att främja hälsa relaterad till matvanor och fysisk aktivitet*. Socialdepartementet.
- Rocheftort, David A. & Roger W. Cobb (1994). "Problem Definition: An Emerging Perspective" i Rocheftort, David A. & Cobb, Roger W. (red.) (1994). *The politics of problem definition: shaping the policy agenda*. Lawrence, Kan.: University Press of Kansas
- Rönblom, Malin (2011). Vad är problemet? Konstruktioner av jämställdhet i svensk politik. *Tidskrift för genusvetenskap*, Nr. 2-3, s. 35-55

- Saukko, Paula (2003). *Doing research in cultural studies: an introduction to classical and new methodological approaches*. London: SAGE
- SLL (2010). *Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013*. Stockholms läns landsting.
- SLL (2016). *FolkhälsopolICY 2017-2021. Gäller för Stockholms läns landsting*. Stockholms läns landsting.
- Smith, Kevin B. & Christopher W. Larimer (2013). *The public policy theory primer*. 2nd ed. Boulder, Colo.: Westview Press
- Socialstyrelsen (2013). *Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*.
- SOU 2016:55. *Det handlar om jämlik hälsa*. Kommissionen för jämlik hälsas delbetänkande.
- Taylor, Amiee N. (2016). *Fat Cyborgs: Body Positive Activism, Shifting Rhetorics and Identity Politics in the Fatosphere*. Graduate College of Bowling Green State University.
- Turnbull, Nick (2006). How should we theorise public policy? Problem solving and problematycity. *Critical Perspectives in Policy Analysis: Discourse, Deliberation and Narration, Policy and Society*. vol. 25, nr. 2, s. 3-22
- Vallgård, Signild (2001). Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden. *European Journal of Health*. vol. 11, nr. 4, s. 386-392
- Vallgård, Signild (2007). Health inequalities: Political problematizations in Denmark and Sweden. *Critical Public Health*, vol. 17, nr. 1, s. 45-56
- Wagenaar, Hendrik (2011). *Meaning in action: interpretation and dialogue in policy analysis*. Armonk, N.Y.: M.E. Sharpe
- WHO (2016). *Report of the the commission on ending childhood obesity*. World Health Organization.
- Winther Jørgensen, Marianne & Louise Phillips (2002). *Discourse analysis as theory and method*. London: Sage