

# Sundhed, kropsvægt, klasse

**Iben Charlotte Aamann  
og Mikala Erlik**

Denne artikel handler om, hvordan klasse viser sig som moralske bedømmelser i dokumenter, der vejleder sundhedsprofessionelle i, hvordan de bør intervenere i familier med børn med høj vægt. Vi tager udgangspunkt i tre diskursive repræsentationer af familier til børn med høj vægt, der optræder i dokumenterne. Vi viser, hvordan klasse fungerer som et led i en biopædagogisk styringsteknologi, der patruljerer grænserne for godt forældreskab gennem moralsk regulering af mødre. Vi argumenterer for, at klassebegrebet på den ene side er marginaliseret som forståelsesramme, mens opmærksomhed på klasseforskelle på den anden side genindføres gennem institutionaliserede moralske vurderinger. Vi opfordrer til en kritisk opmærksomhed på de måder, hvorpå det pædagogiske felt tillægges en sundhedsdimension, samt hvilke implikationer dette kan have for praksis.

**Klasse, moral, moderskab, ulighed i sundhed, overvægt.**

## Introduktion

Artiklens formål er at illustrere, hvordan klasse viser sig som moralske bedømmelser i vejledninger, som sundhedsmyndighederne udstikker til professionelle, der arbejder med at identificere og forebygge høj vægt blandt børn.

Som det fremgår i introduktionen til dette temanummer, er der ikke tradition for at tænke på Danmark som et klassesamfund. Den danske velfærdsstat ligger til grund for en fortælling om et samfund med lige muligheder for alle borgere, uanset socialt ophav og i denne fortælling fremstår klasse som et forældet og irrelevant begreb (Faber et al., 2012).

Også internationalt har klasse været fortrængt fra politiske og forskningsmæssige dagsordener, måske fordi industrisamfundets klare stratificering er under afvikling. Men overgangen fra industriel til finansiel kapitalisme, også kendt som "neoliberalisme" (Tyler, 2015) har ikke fjernet social ulighed og kvantitativ forskning beskriver, at Danmark har samme udfordringer, som man kender fra klassesamfund som det engelske: Udover en gennemgribende social slagside i sundhed (Diderichsen, 2020), er trivselen udfordret i skolen for børn fra såkaldt skolefremmede hjem (Rasmussen et al., 2014), og den sociale mobilitet er

stagneret (Landersø & Heckman, 2016), mens indkomstforskelle og antallet af fattige familier stiger (Pedersen & Caspersen, 2020).

Disse strukturelle uligheder indikerer, at social klasse stadig er noget, man bør forholde sig til. Den engelske sociolog Skeggs hævder, at "... class is so insinuated in the intimate making of self and culture that it is even more ubiquitous than previously articulated, if more difficult to pin down, leaking beyond the traditional measures of classification" (Skeggs, 2005, s. 968). Ligesom Skeggs argumenterer vi for, at klassebaseret ulighed fortsat eksisterer, men viser sig på nye, mere subtile og implicite måder.

I denne artikel vil vi vise, hvordan klasse diskursivt kommer til udtryk som "invitationer" til professionelle om at forstå sig selv og mødre til børn med høj vægt i klassemoralske termer. Det er således udelukkende den diskursive dimension af klasse, vi udforsker. Artiklen rummer dermed ikke en analyse af, hvordan klasse leves eller forhandles i reelle møder mellem professionelle og familier.

De diskursive dimensioner af klasse er forskningsmæssigt interessante, idet diskurser kan forstås som magtformer og som social praksis (Fairclough, 1992). I en tid med voksende social ulighed er det relevant at undersøge, hvordan normative antagelser om ansvarlighed og god moral bidrager til bestemte måder at forstå og håndtere ulighed på.

Det er desuden relevant at forholde sig til i en pædagogisk kontekst, fordi sundhed koloniserer stadigt flere velfærdsområder (Lupton, 1995), herunder også pædagogisk praksis, som i stigende grad forventes at operere på biopædagogiske præmisser (Harwood, 2009). Det viser sig blandt andet ved at "det gode liv" og et barns "gode udvikling" i stigende grad tager udgangspunkt i sundhedsvidenskabelige standarder. I det lys er det – også i en pædagogisk kontekst – centralt at få belyst sundhedsmyndighedernes fremstillinger af, hvordan sundhedsprofessionelle bør håndtere arbejdet med den ulighedsproblematik, som handler om kropsvægt.

### **Forældreskab og biopædagogik i velfærdsstatens forebyggende arbejde**

Fra slutningen af det 18. århundrede førte udviklingen af biopolitik og folkesundhed sammen med industrialiseringen til en øget moralsk regulering af moderskabet (Finch, 1993; Foucault, 1994; Rose, 2009). Den australske historiker Finch beskriver, hvordan denne diskurs placerer moderen som knudepunktet mellem familie og stat (Finch, 1993, p. 106). Finch peger på, at sociale problemer i denne "statsovertagelse" af moderskabet blev koloniseret af et medicinsk blik, som bl.a. var optaget af hygiejniske forhold (se også Buus, 2001).

I dag spiller både pædagogiske og sundhedsfaglige institutioner derfor en afgørende rolle i form af en stærk biopædagogisering af samfund og familieliv (Harwood, 2009), hvor biopædagogik forstås som de omfattende måder, hvorpå flere og flere sundhedspåbud kommunikeres og integreres i pædagogisk praksis.

Danske børns trivsel, læring og udvikling kan i det lys betragtes som et biopædagogisk ”omsorgsarrangement”, der deles mellem børneinstitutionerne og familien (Andenæs 2011). Alligevel peger forskning på, at det mest er forældre – og især mødre (Lupton, 2014) – der holdes ansvarlige for barnets succes og for de velfærdsprofessionelles muligheder for at optimere dets udvikling (Bach, 2018).

Samtidig er velfærdsstaten blevet optaget af at forebygge sociale og sundhedsmæssige problemer. Og fordi forældrepraksisser i dag betragtes som determinerende for barnets sundhed, trivsel og fremtidige bidrag til samfundet, følger en antagelse om, at man bedst forebygger ved at ændre på forældrepraksisser (Lee et al., 2014). Denne statslige ”dannelse” af forældre er, modsat børnenes, ikke integreret i de formelle uddannelsesinstitutioner, men udspiller sig på mere indirekte måder. Fx ved at familier nu, i de institutionelle sammenhænge, de færdes i, underlægges en form for vurdering af, om de er ”i risiko” (Aamann & Dybbroe, 2018). Denne vurdering – og eventuelle forebyggende interventioner – udføres af de forskellige velfærdsprofessionelle, der i deres daglige virke møder forældre og deres børn, bl.a. pædagoger og sundhedsprofessionelle.

Forskning kritiserer imidlertid, at symbiosen mellem ”the parenting turn” og ”the preventative turn” individualiserer og dekontekstualiserer sociale og sundhedsmæssige problemer (Geinger et al., 2014). Det fører nemlig til, at bagvedliggende årsager til sundhedsmæssige og sociale problemer betragtes som funderet i visse forældres manglende evner til at ”tage ansvar”, fremfor i strukturelle vilkår (Gillies, 2007).

Tendensen til at individualisere ulighed dominerer således, når forebyggelse på sundhedsområdet altovervejende opererer indenfor KRAM-faktorerne. Her tages det for givet, at helbred hovedsageligt afgøres af den enkeltes valg af livsstil i relation til bestemte risikofaktorer. Derfor fremstilles det som afgørende, at den enkelte formår at ”tage ansvar” ved at træffe ”de sunde valg”. Imidlertid viser epidemiologisk forskning, at livsstilsfaktorer – KRAM – kun udgør én ud af 12 determinanter for dårligt helbred. De andre relaterer sig til fattigdom, arbejdsforhold, boligforhold m.v., altså *strukturelle* levekår, man ikke er fri til at vælge (Diderichsen et al., 2011; se også Elstad, 2013; Raphael, 2012). Det påfaldende er, hvor sjældent forebyggende interventioner retter sig mod de resterende 11 determinanter.

## Klasse som diskurs og moral

Diskurser kan undersøges i verbale interaktioner mellem mennesker, men også i skrevne tekster. Tilgangen udspringer af poststrukturalistisk sprogteori, hvor målsætningen ikke kun er at beskrive sproglige konstruktioner, men også at identificere, hvordan mennesker positioneres og deres adfærd reguleres via sprog (Mouffe og Laclau, 2014).

Det er relevant at undersøge klasse i et diskursivt perspektiv, fordi fremtrædende klasseforskere har vist, hvordan "klasse" oprindeligt blev frembragt som en sproglig konstruktion. Det skete, fordi dominerende samfundsgrupper fik behov for at kontrollere det, de betragtede som arbejderklassens moralsk afvigende adfærd (Finch 1993). Klassebegrebet har altså historisk været et sprogligt værktøj til regulering og moralsk dannelse af folk fra dårlige sociale kår.

Diskurser, der produceres af magthavere, er ofte træge og ganske virkningsfulde på et befolkningsmæssigt plan. Samtidig vil statslige tekster eller lignende autoritative dokumenter, der har et udviklende (fx pædagogisk) sigte, ofte indeholde kulturelle kategoriseringer af befolkningsgrupper. For bag diverse retningslinjer og vejledninger ligger bestemte problem-repræsentationer, der typisk tilgodeser nogle grupper eller adfærdsformer og positionerer andre som del af problemet (Bacchi & Goodwin, 2016).

I denne artikel benytter vi diskursbegrebet til at analysere tekst fra sundhedsmyndighederne og vise, hvordan klasse i dag konfigurerer sig, hvordan det produceres og kan udforskes diskursivt samt hvordan dets moralske dimensioner revitaliseres i det øgede og stærkt individualiserede fokus på forebyggelse.

I forlængelse af klasse som diskursivt og sprogligt fænomen, forstår vi klasse som noget, der cirkulerer gennem kulturelle symboler, der afgør de måder, hvorpå mennesker bliver bedømt som moralsk (u-)værdige eller som havende den rette eller forkerte adfærd eller viden (Lawler, 2005b, s. 797).

Flere kvalitative klasseforskere argumenterer for, at klasse leves og erfares gennem en form for symbolske domme (Mahony & Zmroczek, 1997), og at opfattelser af hvad og hvem, der har god/dårlig moral meget ofte er relateret til klasse (Sayer, 2005).

I forlængelse heraf udfolder Skeggs, at klasse, som den feminiserede praksis, hun kalder for "respektabilitet" bør forstås som en relation mellem de, der dømmer og de, der er henvist til at lade sig bedømme. Altså mellem de, der kan autorisere deres moralske domme – fx i statsapparatet – og de, der ikke har dette mandat (Skeggs, 2013). Respektabilitet udgøres derfor af en form for moralsk vurderende blik, der både internaliseres i den enkelte og samtidig institutionaliseres i velfærdsstatens biopædagogiske virke, bl.a. i kraft af de risikovurderinger, velfærdsprofessionelles udfører (Skeggs, 1997). Ifølge de danske professionsfor-

skere Harrits og Møller befinder velfærdsprofessionelle sig nemlig selv i det, man kan kalde den brede middelklasse (Harrits & Møller, 2016). Som de videre peger på, er dette en vigtig drivkraft i institutionaliseringen af middelklassens normer for den gode moral, der således bliver afgørende for, hvem, der vurderes som værende i risiko, hvilket baserer sig på de mange stereotype klasseforestillinger, som er allestedsnærværende i kultur og samfund (Lawler, 2005a).

Yderligere er der en skærpet moralsk opmærksomhed generelt i vestlige samfund, forårsaget af en neoliberal ideologi (Crawford, 2006). Amerikanske Hunt problematiserer en modsætning mellem på den ene side dominerende diskurser om individets frihed til at vælge og på den anden side en skærpet individualiseret ansvarliggørelse, som han hævder, bør forstås som udtryk for en intensiveret moralsk regulering (Hunt, 2003). Som den amerikanske politolog Brown skriver: Neoliberale subjekter styres faktisk *gennem* deres frihed, på grund af en stærk moralisering af konsekvenserne af denne frihed (Brown, 2003).

Den moralske regulering er dog kun implicit til stede via fordringer om, at individet bør "tage ansvar" ved at "træffe rigtige valg", når det stilles overfor (tilsyneladende) "objektiv", evidensbaseret viden. Den danske sociolog Järvinen, der beskæftiger sig med alkoholindtag, hævder således, at den moralske regulering virker, fordi modargumenterne falder, når sundhedsrisici italesættes som værdifri og afpolitiserede, videnskabelige fakta fremfor som normativ regulering (Järvinen, 2012).

### Illustrative cases: diskursive repræsentanter

De tekstuddrag vi bruger i artiklen er hentet fra et tidligere studie udgivet i tidsskriftet *Children & Society* (Aamann & Erlik, 2023). Vi har identificeret teksterne i en tidligere søgning efter sundhedspolitiske dokumenter omhandlende børn med høj vægt i Danmark.

Dokumenterne er: "Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen—Vejledning til skolesundhedstjenesten" (Greiffenberg & Andersen, 2014), udgivet af Sundhedsstyrelsen, "Klinisk vejledning: Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn" (Müller, 2006), udgivet af Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen, og Sundhedsstyrelsens debatoplæg "Stigmatisering—debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen" (Finke & Bennedsen, 2008).

Selvom dokumenterne er af ældre dato, refereres der fortsat til dem i de nyeste udgivelser, der er målrettet sundhedsprofessionelles praktiske arbejde med børns sundhed og vægt (se fx Sundhedsstyrelsen, 2021).

Det udvalgte testmateriale indeholder et antal cases, der beskriver specifikke familiemedlemmer og deres møde med sundhedsprofessionelle. Disse cases

fungerer som illustrationer, der skal vise professionelle, hvordan en intervention ideelt set bør foregå. Derfor er de interessante at studere som idealer for, hvordan man bør opfatte og agere over for familier, ramt af høj vægt.

De fleste cases er fiktive. Derfor er det vigtigt at understrege, at familierne ikke bør betragtes som en afspejling af virkelige mennesker, men snarere som diskursive repræsentationer. Disse er interessante, fordi de fortæller noget om dem, der har mandat til at repræsentere andre. Det, vi er optaget af, er således hvad repræsentationerne fortæller om *dokumenternes* perspektiv.

I forlængelse heraf er artiklens ærinde ikke blot at løfte klasse frem, men også at problematisere den måde, hvorpå teksterne producerer middelklasseidentitetstilbud for de sundhedsprofessionelle. Impliceret i dette ræsonnement ligger en dekonstruktiv analytik, der forudsætter, at normen har afvigelsen som sit eksistensgrundlag. Social klasse kan også betragtes som en forskelssættende sproglig kategori på linje med køn, alder, etnicitet osv. Forskellen er dog, at andre kategorier virker som eksplicite identitetsmarkører, hvorimod klasse snarere virker som et strukturerende fravær (Skeggs 1997, p.74).

## Analyse: Sproglige konstruktioner af klasse

### Høj vægt og lav klasse sammenkædes

De to fiktive cases fra de vejledende dokumenter nævner begge mødrenes tilknytning til arbejdsmarkedet, når de præsenterer familierne for læseren. Vejledningen til skolesundhedsplejersker beskriver forældrene til ”den 12-årige overvægtige Anna” således: ”Begge overvægtige, mor er butiksassistent, og far er chauffør” (Greiffenberg & Andersen, 2014: 65). At forældrenes beskæftigelse nævnes i samme sætning som deres kropsvægt, skaber en diskursiv forbindelse mellem arbejderklassejob og overvægt.

### Klasseposition og ”afledt livsstil”

Om femårige Kaspers familie står der desuden i den kliniske vejledning rettet mod almen praksis:

*”Han [Kasper] holder meget af at se Disneysjov sammen med Karoline [søster] om fredagen. Så deler de Matadormix og drikker cola. Kasper har ikke lært at cykle på grund af de trafikerede veje. Karin er fyret fra sit arbejde som servicemedarbejder, så hun kan sagtens køre Kasper til børnehaven i familiens gamle bil. Karin ville gerne tabe sig, har gået til vægtkontrol hos familiens læge, men lige nu har hun ikke overskud. Hun venter på, at det kommer.” (Müller, 2006: 15).*

Informationen om forældrenes beskæftigelse er påfaldende, fordi det ikke bør have indflydelse på de professionelle arbejder med familier, ramt af høj vægt, da Sundhedslovens § 2, stk. 2 garanterer ”let og lige adgang til sundhedsvæsenet” (<https://www.retsinformation.dk/eli/ta/2018/1286>). (Sidst besøgt 15.08.2024)). At det alligevel nævnes i de fiktive cases, indikerer, at klasseposition *har* relevans.

Beskæftigelsen siger intet om familiernes livsstil og hverdagsliv; men i casene væves oplysningerne sammen med beskrivelser af deres kropsvægt og antydninger om deres livsstil og hverdagspraksis. Det gælder fx familiens opfattelse af det gode samvær (at se TV), omsorg (Kasper skal ikke lære at cykle, fordi vejen er trafikeret og Karin kan sagtens køre ham i børnehave) og materielle formåen (familien har en gammel bil og de bor i et område med megen trafik).

Tilsammen indikeres det, at forældre med denne særlige jobtype, eller dem, som er udenfor arbejdsmarkedet, har udfordringer med at leve op til idealet om det gode forældreskab.

### Den moralske kontrast

Flere peger på, at ”det gode forældreskab” forudsætter bestemte ressourcer, som ikke alle har adgang til (Aamann, 2017). Andre peger på, at idealet passer som fod i hose til middelklassens forældrepraksisser, der således har opnået dominerende status som ”sund fornuft” (Hennum, 2014), herunder bl.a. at være optaget af at efterleve myndighedernes standarder for en sund livsstil (KRAM).

Kaspers manglende mestring af cyklen som befordringsmiddel skyldes de trafikerede veje. Men i casen underforstås det, at Karin passiviserer ham, fordi hun tilsyneladende ikke prioriterer motion via cykling. Det er altså en form for ”misforstået omsorg”, hun praktiserer. I stedet for at tage højde for, at nogle familier er henvist til at bo i trafikerede områder, ansporer teksten sin læser til at forstå Karin som ansvarlig for Kaspers vægt. Det tages således ikke med i betragtning, at de risici, familien her må håndtere, adskiller sig fra de risici, mange middelklassefamilier står overfor (se også Aamann & Dybbroe 2018). Problemet er således, at det kun er håndteringen af de risici, der er relevante for middelklassen, der genkendes som ”ansvarlighed” (og som politisk udråbes som håndterbare risici). Det gode forældreskab og familierne i teksterne fremstilles dermed som hinandens modsætninger.

### Initiativløs arbejderklasse

I casen om Kasper opbygges morfiguren trinvis. Først beskrives det, hvordan Kaspers tilværelse er præget af stillesiddende aktivitet og indtag af sukkerholdige fødevarer. Dernæst fremstilles Karin som en initiativløs mor uden arbejde; Hun ”ville gerne tabe sig”, men ”lige nu har hun ikke overskud. Hun venter på, at det kommer.”

Flere kritiske samtidsforskere beskriver en form for ”ekstraordinær subjektivitet” som normativt ideal i vestlige samfund (Rosa, 2014). Her er det en central fordring ikke at ”gro fast” (Brinkmann, 2014) eller ”lade stå til”. I stedet bør man anskue ”sig selv som et reservoir af kompetencer, som personen selv har ansvar for at monitorere, udvikle og optimere” (ibid.:12).

Dette ideal om det produktive og værdiakkumulerende subjekt kan også tolkes som et vokabular til formidling af middelklassenormativitet (Walkerdine, 2003). Hvor middelklassen beskrives som værende optaget af at optimere egen ”værdi” (især via sundhed og kulturforbrug), anses de lavere klasser typisk for at være mere optaget af at slappe af og hygge sig sammen (Aamann, 2015).

Når Karin ”venter på, at det kommer”, ligner det en diametral modsætning til ovennævnte subjektiveringsformer, hvor begreber som ”personlig udvikling”, ”værdi-optimering” ”selvdisciplin” og ”handlekompetence” hyldes som indikatorer på moralsk værd. I modsætning til det, fremstilles Karin passiv og initiativløs. Hun er hverken optaget af at optimere sin egen eller Kaspers udvikling og værdi. Det understreges af, at ordet ”ville” står i konjunktiv (en slags hypotetisk datid) i stedet for det mere handlingsorienterede ”vil” i nutid.

Mennesker med høj vægt opfattes typisk som dovne, som manglende selvdisciplin og som moralsk depraverede (Monaghan, 2016). Impliceret i denne diskurs er også en række ræsonnementer om klasse. Fx peger Skeggs på, at den ultimative arbejderklassemarkør er den tykke krop, fordi den netop signalerer manglende drive efter selvoptimering og øget social status (Skeggs, 1997, s. 85). På den måde associeres overvægt med de lavere klasser og fungerer dermed indirekte som det respektables modsætning.

### Manglende forældrekompetence

I vejledning fra skolesundhedstjenesten repræsenteres moren på tilsvarende vis:

*”Anna på 12 år kommer sammen med sin mor til egen læge, fordi sundhedsplejersken er usikker på, hvad Annas vægtstigning skyldes, og om der skal tilbydes hjælp. Annas mor er lidt sur. ”Hun har jo bare hvalpefedt”, og det er synd for datteren, at hun nu har fået en bekymring, som hun godt kan være foruden. Annas mor er træt af alt det vægthysteri, og hun mener ganske rigtigt, at ”det er ikke en sygdom at have sul på kroppen”. Men Anna fortæller grædende, at hun er den tungeste pige i klassen” (Greiffenberg & Andersen, 2014: 69).*



At beskrive morens reaktion som ”lidt sur”, indbyder læseren til ikke at tage hendes indvending til overvejelse. Reaktionen bliver yderligere devalueret, da datteren begynder at græde. Fremstillingen antyder, at moren mangler forståelse for sin datters problemer og ikke tager ordentligt ansvar. I vejledningerne for både praktiserende læger og skolesundhedsplejersker er høj vægt og lav social klasse således tæt forbundet. Samtidig fremstilles mødrene som utilstrækkelige: Karin sidder bare og venter på, at overskuddet skal komme, mens Annas mor er sur og drager misforstået omsorg for sin datter. I begge tilfælde konstrueres mødre fra den lavere sociale klasse som hovedårsagen til de problemer, velfærdsstaten forsøger at forebygge.

### Respektabel middelklassemor

En radikalt anderledes case præsenteres i publikationen *Stigmatisering: Et debatoplæg om et dilemma i forebyggelsesarbejde*. Teksten diskuterer, om stigmatisering altid bør undgås, da det kan betragtes som ”et effektivt værktøj i bestræbelserne på at få folk til at ændre adfærd” (Finke & Bennedsen, 2008, s. 18). Gennem vejledningen præsenteres en bred vifte af narrativer fra praksis og forskellige sundhedsprofessioners felter. Vedrørende børn med høj vægt, under overskriften ”Er jeg så slem?” gives ordet til en kommunal medarbejder, som fortæller, at en mor henvendte sig. Om moren fortælles det:

*“Hun var sygeplejerske. Og hun tudbrølede. Hun syntes, det var så pinligt, fordi netop hun, med hendes uddannelse, ikke burde have overvægtige børn. Dermed gav hun udtryk for fordommene om, at overvægt dels er ens egen skyld, og at det kun er de laveste socialgrupper, der er overvægtige.”* (Finke & Bennedsen, 2008: 42)

Det er interessant, hvad der i beretningen om mødet med den sundhedsfagligt uddannede mor, fremhæves og udelades: Beskrivelser af familiens livsstil fremgår ikke; det kan antyde, at denne information ikke er vigtig for læseren. Det er ikke først og fremmest de sundhedsrisici, der forbindes med høj vægt, som teksten fremhæver som noget, der tynger moren; snarere vælger teksten at fremhæve den skam, hun oplever ved at have et barn med høj vægt. Moren fremstår med sin uddannelse som ikke bare sundhedsprofessionel, men også middelklasse, som ikke tilhørende ”de laveste socialgrupper”. Det ser således ud til, at hun skammer sig *fordi* hun kommer fra en højere klasse; hun er klar over, at hun ikke ”burde have” et barn med høj vægt, og intuitivt vægrer hun sig mod positionen som en mor fra de laveste socialgrupper.

I det lys er det tankevækkende, at moren fremstilles som moralsk ansvarlig, på trods af at hun har barn med høj vægt. Hun bliver ikke moralsk devalueret, men fremstår snarere respektabel. Det sker i kraft af de sympatiske termer, hun skildres i – som en, læseren må have forståelse for, og som en, der ”tager ansvar”

ved at skamme sig og ”handle”. Hun har internaliseret middelklasse-normerne og mister derfor ikke moralsk værdi i den diskursive repræsentation.

Noget andet tankevækkende er, at fortællingen om morens gråd ikke kun bidrager til at problematisere ”fordommene om overvægt” og deres implikationer, sådan som formålet med publikationen formuleres. For teksten anvender samtidig konsekvenserne af disse fordomme – morens skam og gråd – til at indikere hendes moralske værd.

Klasse indfinder sig atter som indforståede moralske vurderinger mellem linjerne og virker på et associativt niveau. Men hvor de andre cases fremstiller den lavere klasses umoralske adfærd, inviteres læseren her til at anerkende middelklassemorens respektabilitet.

Opsummerende kan vi konstatere, at klasse i form af et bedømmende blik er til stede i casene. Det optræder ikke i ekspliciteret form, men snarere som mange små, indforståede antydninger, der tilsammen positionerer Kaspers og Annas mor som uansvarlige og utilstrækkelige, imens moren med middelklassebaggrund fremstår respektabel og ansvarlig.

Med vores dekonstruktive optik kan man sige, at den tykke krop fremstilles som den afvigelse, der konstituerer middelklassenormen om konstant at stræbe efter at optimere sin udvikling og akkumulere værdi. Familierne, ramt af høj vægt positioneres dermed overvejende som ”the repellent and disgusting other” (Lawler, 2005a, s. 431). Det faciliterer samtidig, at de professionelle, som skal læse vejledningerne, inviteres til at indtage en respektabel middelklasseposition, hvorfra fældningen af moralske domme over de mennesker, man skal hjælpe, initieres.

### **Konklusion: Sundhed, kropsvægt og klasse som moralsk regulering**

Artiklens ærinde har været at vise, hvordan klasse viser sig som moralske bedømmelser i tekstdokumenter udarbejdet af danske sundhedsmyndigheder. På baggrund af analysen har vi vist, hvordan klasse kommer til udtryk gennem subtile, indforståede antydninger. Hvor Kaspers og Annas mødre positioneres som arbejderklasse og som følger deraf uansvarlige og moralsk utilstrækkelige, fremstår den sundhedsfaglige mor respektabel og ansvarsfuld. Samtidig viser analysen, hvordan den tykke krop positioneres som diametral modsætning til idealet om konstant optimering. Det får familier med børn med høj vægt til at fremstå som ”de frastødende andre”, hvilket samtidig fungerer konstituerende for middelklassens position som umarkeret norm.

Det empiriske udgangspunkt har været cases fra vejledninger til sundhedsprofessionelle, der arbejder med børn og vægt. I lyset af biopædagogikkens overlejlende

effekt kan de kulturelle forestillinger og institutionaliserede logikker dog overføres til andre velfærdsprofessionelle, der arbejder med at identificere risici og støtte danske børn og familier i at opnå et ”bedre” eller ”sundere” liv.

Vi har udelukkende analyseret den diskursive dimension af klasse, og mangler derfor indsigt i hvilke implikationer de diskursive repræsentationer har for professionelle, familier og børn i det levede liv. Empiriske studier af professionelles praksis viser dog, at velfærdsprofessionelle hyppigt trækker på stereotype klasseforestillinger, bl.a. når de skønner, om en familie er ”i risiko” (Harrits & Møller, 2016; Aamann & Dybbroe 2018). Disse stereotype klasseforestillinger stammer bl.a. fra vejledninger og retningslinjer som dem, vi har analyseret. Konsekvensen kan være, at de professionelle lader sig hverve til en middelklasseposition, hvorfra de nødes til at afsige moralske domme over de mennesker, de skal hjælpe på baggrund af stereotype forestillinger om visse familiers behov og kompetencer.

Det er et problem, fordi det implicite udgangspunkt for at hjælpe familier i sårbare positioner dermed bliver at adfærdsregulere dem i retning af en mere moralsk ansvarlig middelklasselivsform, som de ikke har adgang til.

De moralske domme kan sætte sig som skyld og mindreværd blandt de familier, de sundhedsprofessionelle ønsker at hjælpe. Empiriske studier viser blandt andet, at mødre til børn med høj vægt oplever en moralsk udskamning i mødet med velfærdsprofessionelle, hvor mødrenes perspektiver og erfaringer ofte negligeres (Gorlick et al., 2021).

Når biopædagogiseringen medfører, at flere og flere velfærdsområder i disse år påføres en sundhedsdimension, er der grund til at holde øje med, om disse klassesdiskurser følger med ind i det pædagogiske felt – og hvilke implikationer, det kan have i arbejdet med at hjælpe familier i sårbare positioner.

Historisk har klassesdiskurser haft et moralsk regulerende sigte overfor arbejder- og underklassen. I dag udspiller denne regulering sig blandt andet i biopædagogiske termer omkring familie, sundhed og risikohåndterende forebyggelse, hvor klassemoralske reguleringer er forklædt som objektiv, evidensbaseret viden.

Nok er klassebegrebet blevet fortrængt fra de politiske og forskningsmæssige dagsordener, men der er samtidig et øget fokus på at forebygge konsekvenserne af den sociale ulighed, klassesamfund genererer. Social ulighed fornægtes således ikke, men tager overvejende afsæt i at modificere det, der betragtes som individets frie valg af livsstil. Forståelsen af ulighed bliver på den måde reduceret til den enkeltes evne til at ”tage ansvar” ved at ”træffe de rigtige valg” og rette sig efter professionel vejledning. De samfundsmæssige klassestrukturer kommer på den måde til at spille en ubetydelig rolle i det forebyggende arbejde.

Spørgsmålet, vi afslutningsvist vil rejse, er hvordan både politikere, forskere og professionelle kan forholde sig aktivt til, at sociale forskelle findes og giver familier ulige muligheder, uden samtidig at positionere familierne som moralsk mindreværdige. Vi foreslår, at erkendelse og indsigt i, hvordan klasse fortsat virker gennem moralske repræsentationer og regulering, er de første skridt på vejen mod et svar.

***Iben Charlotte Aamann, Seniorforsker ved Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, Region Sjælland og Institut for Kommunikation og Humanistisk Videnskab på Roskilde Universitet***

***Mikala Erlik, Ph.d.-stipendiat ved UCSF – Center for Sundhedsfaglig Forskning på Rigshospitalet, Region Hovedstaden og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet***

## Litteraturliste

- Bacchi, C., & Goodwin, S. (2016). Poststructural Policy Analysis. I: *Poststructural Policy Analysis*. Palgrave Macmillan US.
- Bach, D. (2018). Pædagoger som forældrevejledere. *Forskning I: Pædagogers Profession Og Uddannelse*, 2(2),
- Brinkmann, S. (2014). *Stå fast*. Gyldendal.
- Brown, W. (2003). Neo-liberalism and the End of Liberal Democracy. *Theory & Event*, 7(1).
- Buus, H. (2001). *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse*. Museum Tusulanum.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *Health*, 10(4), 401–420.
- Diderichsen, F. (2020). *Social ulighed i sundhed og sygdom Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017*. Sundhedsstyrelsen.
- Diderichsen, F., Andersen, I., Manuel, C., Danmark., Sundhedsstyrelsen, & Universitet, K. (2011). *Ulighed i sundhed—Årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen.
- Elstad, J. I. (2013). Klasseforskjeller i helse: Et spørgsmål om arbeid? I K. Dahlgren & J. Ljunggren (Red.), *Klassebilder—Ulighed og sosial mobilitet i Norge*. Universitetsforlaget.
- Faber, S. T., Prieur, A., Rosenlund, L., & Skjøtt-Larsen, J. (2012). *Det skjulte klassesamfund*. Aarhus Universitetsforlag.
- Fairclough, N. (1992). Discourse and Text: Linguistic and Intertextual Analysis within Discourse Analysis. *Discourse & Society*, 3(2), 193–217.
- Finch, L. (1993). *The classing gaze: Sexuality, class and surveillance*. Allen & Unwin.
- Finke, K., & Bennedsen, A. R. (2008). *Stigmatisering—Et debatoplæg om et dilemma i forebyggelsen*. Sundhedsstyrelsen.
- Foucault, M. (1994). *Viljen til viden*. Det Lille Forlag.
- Geinger, F., Vandenbroeck, M., & Roets, G. (2014). Parenting as a performance: Parents as consumers and (de)constructors of mythic parenting and childhood ideals. *Childhood*, 21(4).
- Gillies, V. (2007). *Marginalised mothers. Exploring working-class experiences of parenting*. Faculti.

- Glasdam, S. (2009). Indledning: Folkesundhed—Menneskehedens interesse par excellence. I S. Glasdam (Red.), *Folkesundhed i et kritisk perspektiv*. Dansk sygeplejeråd & Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Gorlick J.C, Gorman C.V, Weeks H.M, Pearlman A.T, Schvey N.A, Bauer K.W. (2021). "I Feel Like Less of a Mom": Experiences of Weight Stigma by Association among Mothers of Children with Overweight and Obesity. *Child Obes.* 2021 Jan;17(1).
- Greiffenberg, H., & Andersen, L. B. (2014). *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen—Vejledning til skolesundhedstjenesten*. Sundhedsstyrelsen.
- Harrits, G. S., & Møller, M. Ø. (2016). *Forebyggelse og bekymring i professionel praksis*. Hans Reitzels Forlag.
- Harwood, V. (2009). Theorizing Biopedagogies. I J. Wright & V. Harwood (Red.), *Biopolitics and the "Obesity Epidemic"—Governing Bodies*. Routledge Studies in Health and Social Welfare.
- Hennum, N. (2014). Developing Child-Centered Social Policies: When Professionalism Takes Over. *Social Sciences*, 3(3).
- Hunt, A. (2003). Risk and Moralization in Everyday Life. I R. V. Ericson & A. Doyle (Red.), *Risk and Morality*. University of Toronto Press.
- Järvinen, M. (2012). A will to health? Drinking, risk and social class. *Health, Risk & Society*, 14(3).
- Landersø, R., & Heckman, J. (2016). *The Scandinavian fantasy: Intergenerational mobility in Denmark and the US*. <http://voxeu.org/article/intergenerational-mobility-denmark-and-us> (Sidst besøgt 10.10.2024)
- Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods class, race, and family life*. University of California Press.
- Lawler, S. (2005a). Disgusted subjects: The making of middle-class identities. *The Sociological Review*, 53(3).
- Lawler, S. (2005b). Introduction: Class, Culture and Identity. *Sociology*, 39(5).
- Lee K. M., Arriola-Sanchez L., Lumeng J. C., Gearhardt A., Tomiyama A. J. (2022). Weight Stigma by Association Among Parents of Children With Obesity: A Randomized Trial. *Acad Pediatr.* Jul;22(5).
- Lee, E., Bristow, J., Faircloth, C., & Macvarish, J. (2014). *Parenting Culture Studies*. Palgrave Macmillan.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health – Public Health and the Regulated Body*. SAGE Publications.

- Lupton, D. (2014). The reproductive citizen: Motherhood and health education. I K. Fitzpatrick & R. Tinning (Red.), *Health Education—Critical Perspectives*. Routledge.
- Mahony, P., & Zmroczek, C. (1997). *Class matters: “working-class” women’s perspectives on social class*. Taylor & Francis.
- Monaghan, L. F. (2016). Re-framing weight-related stigma: From spoiled identity to macro-social structures. *Social Theory & Health*, 15(2).
- Müller, P. (2006). *Klinisk vejledning: Opsporing og behandling af overvægt hos førskolebørn*. Dansk Selskab for Almen Medicin og Sundhedsstyrelsen.
- Pedersen, O. (2015). *Sundhedspleje—Magt og normalisering i praksis*. Frydenlund Academic.
- Pedersen, S. T., & Caspersen, S. (2020). *Din klasse følger dig gennem livet*. Arbejdernes Erhvervsråd.
- Raphael, D. (2012). *Tackling Health Inequalities. Lessons from International Experiences*. Canadian Scholar’s Press.
- Rasmussen, M., Pedersen, T. P., & Due, P. (2014). *Skolebørns- undersøgelsen*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk universitet
- Rosa, H. (2014). *Fremmedgørelse og acceleration*. Hans Reitzel Forlag.
- Rose, N. (1990). *Governing the soul: The shaping of the private self*. Routledge.
- Rose, N. (2009). *Livets politik—Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. Århundrede*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Sayer, A. (2005). Class, Moral Worth and Recognition. *Sociology*, 39, 1–14.
- Skeggs, B. (1997). *Formations of class and gender: Becoming respectable*. SAGE.
- Skeggs, B. (2005). The Making of Class and Gender through Visualizing Moral Subject Formation. *Sociology*, 39(5).
- Skeggs, B. (2013). Charicature and Character: Performing Personhood on Reality. Forelæsning på School of Social & Political Sciences Seminars, University of York. Findes her: <https://www.youtube.com/watch?v=ijtDmsShKtw>. Sidst besøgt 08.10.2024
- Sundhedsstyrelsen (2021). Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for tilbud til børn og voksne

Tyler, I. (2015). Classificatory struggles: Class, culture and inequality in neoliberal times. *Sociological Review*, 63(2).

Walkerdine, V. (2003). Reclassifying Upward Mobility: Femininity and the neo-liberal subject. *Gender and Education*, 15(3).

Aamann, I. C., & Erlik, M. (2023). "Am I that bad? Middleclass moralism and weight stigma towards parents of children with higher weight. *Children & Society*.

Aamann, I. C., & Dybbroe, B. (2018). "So under "cause for concern", I'll write that ..." Class, parenting and risk prevention in public health practices in schools: A question of moral value? *Health, Risk & Society*, 20(5-6).

Aamann, I. C. (2017). Kampen for det sociale renommé: Forældre og forebyggelse i et klasseperspektiv. Roskilde University.

Aamann, I. C. (2015). Class, mothering and the values of food. *Women and Gender Research*, 3-4.