



GÖTEBORGS UNIVERSITET
FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

Jämlik hälsa – ett problem om vad och vem?

En policystudie om hur jämlik hälsa
konstrueras som problem i svensk lokal
folkhälsopolitik

Masteruppsats i offentlig förvaltning HT 2013

Förvaltningshögskolan, Göteborgs universitet

Författare: Julia André

Handledare: Anette Gustafsson

Examinator: Lena Lindgren

Sammanfattning

Bakgrund och syfte: Svensk folkhälsopolitik har de senaste åren i större utsträckning fokuserat på jämlik hälsa. Det verkar råda enighet om vad problemet med en ojämlik hälsa är. Forskning visar dock att politiska problem ges mening beroende på antaganden och föreställningar om hur problemet är beskaffat. Dessa förgivetta antaganden bestäms av diskursiva gränser. Jämlik hälsa kan därmed antas förstås på olika sätt, vilket forskning visar påverkar styrningen av folkhälsopolitiken. Syftet med masterarbetet är därför att studera hur jämlik hälsa konstrueras som policyproblem.

Teoretisk ram: Masterarbetet förhåller sig övergripande inom en poststrukturalistisk, policyteoretisk ram. Detta innebär att studiens utgångspunkt är att policyprocessen och policyproblem underbyggs och förstås av förgivetta antaganden om hur verkligheten är konstruerad. Masterarbetet förhåller sig mer konkret till Carol Bacchis policyteoretiska ansats, *What's the problem represented to be?*, vilken bygger på tanken om politiska problem som representationer av policyprocessen och förgivetta antaganden om vad ett problem utgörs av.

Metod: Studien är en kvalitativ textanalys, med diskursanalys som metod. Underlaget för analysen utgörs av två empiriska fall, Malmö stad (Malmökommissionen) och Västra Götalandsregionen, vilka de senaste åren initierat policyutformning angående jämlik hälsa. Urval avseende materialet samt tolkningsarbetet har haft sin utgångspunkt i formulerade åtgärder för att minska skillnader i hälsa. Åtgärderna har klassificerats enligt Schneider och Ingrams styrmedelstypologi, samt analyserats med hjälp av analysfrågor ur WPR-ansatsen.

Resultat: Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen förhåller sig till flera skilda problemrepresentationer av jämlik hälsa. Främst framställs jämlik hälsa som ett strukturellt problem orsakat av sociala faktorer. Skilda problemrepresentationer kan urskiljas angående vad som dominerar de två fallens förståelse av problemet. Malmökommissionen tenderar att likställa inkomstskillnader med skillnader i hälsa. Västra Götalandsregionen, å andra sidan, konstruerar jämlik hälsa som ett problem med lågt arbetsdeltagande. Skillnader uppstår därmed även avseende *vem* som görs till ansvarig för problemet med ojämlik hälsa, vilket syns i hur åtgärder riktas och formuleras. Studien kan konstatera att ett problem som jämlik hälsa kan konstrueras och förstås på skilda sätt, med olika konsekvenser och effekter som resultat.

Nyckelord: problemrepresentationer, policyproblem, folkhälsopolitik, policyprocessen, jämlikhet, hälsa, poststrukturalistisk teori, diskurs

Innehållsförteckning

1. Inledning och övergripande syfte	4
2. Att studera problemrepresentationer av folkhälsa och jämlik hälsa	5
2.1. En diskursiv förståelse av <i>jämlik hälsa</i>	6
2.2. Policyforskning och problemrepresentationer.....	7
2.3. Alla vill vi väl ha en jämlikt fördelad hälsa?	8
2.4. Specificerat syfte och frågeställningar	8
3. Teoretisk ram	10
3.1. Socialkonstruktionistiska perspektiv och policy – en utveckling bort från ett positivistiskt synsätt på policyer och policyprocessen.....	10
3.2. Poststrukturalism	11
3.3. Problemdefinitioner, -konstruktioner och -representationer.....	12
3.4. Vad representerar policyproblemet?	12
3.5. Hur kategorier av identiteter konstitueras som problem	14
4. Metod.....	18
4.1. Metod för analys – att studera diskurser.....	18
4.2. Diskussion kring val av de studerade fallen och det studerade materialet	26
4.3. Bearbetningen av det empiriska materialet: Det teoretiska ramverket möter det empiriska materialet	32
5. Analys av det empiriska materialet	35
5.1. Kommission för ett socialt hållbart Malmö.....	36
5.2. Samling för social hållbarhet – Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland.....	56
5.3. Sammanfattningsvis... ..	71
6. Avslutande diskussion	73
6.1. Diskursiva gränser runt jämlik hälsa	73
6.2. Aktörernas och arbetsprocessens betydelse för problemrepresentationerna	74
6.3. Problem, lösningar och effekter – jämlik hälsa och ansvarsfördelning.....	75
6.4. Ytterligare några tankar om det teoretiska ramverket	76
6.5. Avslutande reflektioner.....	76
Referenser.....	77
Material	79
BILAGA 1. Analysschema	89

Förord

Som student finns inte nödvändigtvis ett kollegialt stöd. Det finns ingen arbetsplats med bokhyllor och ergonomiska möbler. Att på egen hand få möjlighet att konstruera ett rum, uppbyggt kring de rutiner som morgonhälsningar, lunchdiskussioner och kaffebråk innebär, där det sociala stödet alltid finns närvarande, är därför ovärderligt. Det skapar disciplin, men framför allt skapar det ett sammanhang som hjälper en igenom de stunder av panik som infin- ner sig när en masteruppsats ska produceras. Tack, kontoret!

Kristina ska dock ha det största tacket. Inte bara för att hon varit mitt ständiga bollplank och slagpåse och för att hon kommit med konstruktiva råd och synpunkter. Jag säger det genom att använda hennes egna ord: ”När du och jag möts kan vi ta upp hela världen utan begränsningar. Det är därför vi ÄR en värld”.

1. Inledning och övergripande syfte

Under det senaste årtiondet har folkhälsopolitiken fokuserat på vad som kallas systematiska och ojämlika skillnader i hälsa. Befolkningens hälsostatus generellt beskrivs ha utvecklats i positiv riktning, samtidigt som utvecklingen för vissa grupper i samhället halkar efter. Arbetet med jämlik hälsa på internationell, nationell och lokal nivå har därmed kommit att bli vanligare. I Sverige har flera satsningar initierats för att minska skillnaderna i hälsa mellan olika grupper. Genom exempelvis Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) *Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa* har kommuner, landsting och regioner sedan 2010 gjort gemensam sak i att politiskt arbeta med frågan. Den gemensamma satsningen tyder på en enighet bland politiker och tjänstemän om vad som är problematiskt med en ojämlik hälsa och vad som därmed behöver lösas.

Det går dock att hävda att det, trots denna till synes eniga framtoning som omgärdar problemet med jämlik hälsa, finns skillnader och oklarheter runt vad en jämlik hälsa innebär. Vilken mening som tillskrivs en jämlik hälsa och hur denna jämlika hälsa förstås som problem av olika aktörer, kan påstås vara öppet för tolkning. Hälsa och jämlikhet kan antas för självklara begrepp, men det har visat sig att de kan framställas och förstås på olika sätt (Bacchi, 2009). Det går även att argumentera för att konkurrerande förståelser, föreställningar och antaganden om vad hälsa och jämlikhet är, påverkar hur politiken organiseras. Vallgård (2008) har bland annat kunnat visa hur olika definitioner av jämlik hälsa påverkar styrningen av folkhälsopolitiken i de nordiska länderna. Detta trots likheter i hur skillnaderna i befolkningens hälsa beskrivs. Jämlik hälsa kan därför antas konstrueras och begripliggöras utifrån hur det betraktas som problem (ibid.). Föreställningar om problemet påverkar således policyprocessen: vilka styrmedel som väljs och hur de implementeras. Styrningsformerna vittnar i sig om hur problemet betraktas.

Föreliggande studie ämnar studera de oklarheter och skillnader som problemformuleringsprocesser inbegriper. Det övergripande syftet med studien är därför att studera hur jämlik hälsa konstrueras som policyproblem. Genom att utgå från den feministiska policyforskaren Carol Bacchis ansats, *What's the problem represented to be?* (WPR-ansatsen), ämnar jag att studera vilka problem som avses lösas, hur dessa problem konstrueras samt vilka konsekvenser detta får. Av de satsningar som initierats i Sverige för att arbeta med jämlik hälsa har några kommit att resultera i praktiska förslag om hur den ojämlika hälsan ska minska. Centralt är därför att studera de specifika problemformuleringsprocesser som dessa initiativ innebär.

2. Att studera problemrepresentationer av folkhälsa och jämlik hälsa

Definitionen av policyproblem – problemformuleringen – betraktas inte sällan av policyanalytiker som en enkel, eller självklar, del av policyprocessen. Policyprocessen inleds med val av problem, det vill säga att identifiera och definiera vilka problem som bör lösas. Svårare anses själva processen att utreda hur problemet på bästa sätt ska lösas vara. Policyteoretisk forskning har dock kunnat visa att problemformuleringsprocesser är beroende av flera olika faktorer. Studiet av policyproblem har därmed kommit att utgöra en egen inriktning inom policyteoretisk forskning. Främst fokuseras hur problem kommer upp och blir en del av den politiska agendan, samt hur synen på och antaganden om problem präglar policyprocessen (Rocheffort & Cobb, 1994: vii).

Policyteoretiska forskare har i relativt liten utsträckning fokuserat på de problemformuleringsprocesser som berör *jämlik hälsa*, vilket i viss mån säkerligen kan förklaras av det faktum att folkhälsopolitiken endast i några år aktivt arbetat med området. Internationellt sett uppmärksammades den ojämlika hälsan som problem efter att Världshälsoorganisationen (WHO) 2008 publicerade rapporten *Closing the gap in a generation* (WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH), 2008). Rapporten konstaterade att skillnaderna i hälsa internationellt samt nationellt är mycket stora och att hälsoskillnaderna beror på skillnader i sociala förhållanden, vad som kallas hälsans sociala bestämningsfaktorer (CSDH, 2008). CSDH-kommissionens rapport har påverkat fokus för folkhälsopolitiken internationellt och nationellt. Propositionen *En förnyad folkhälsopolitik* (Prop 2007/08:110) lyfter fram vikten av ett arbete som riktar in sig på skillnader i hälsa, vilket tyder på att även den svenska folkhälsopolitiken tagit fasta på ojämlika skillnader i hälsa. Propositionen beskriver generella hälsoläget som förbättrat, men samtidigt påpekas att det finns systematiska skillnader i mortalitet och morbiditet mellan kvinnor och män samt mellan olika socioekonomiska grupper. Även den självupplevda hälsan beskrivs skilja sig mellan ”utrikes och inrikes födda, mellan personer med funktionshinder och befolkningen i sin helhet samt mellan personer med olika sexuell läggning” (ibid.: 31).

Organiseringen av folkhälsoarbetet i Sverige sker vanligtvis genom olika nätverksliknande samarbeten eller partnerskap mellan myndigheter och offentliga verksamheter, näringslivet och den ideella sektorn (Elander, Eriksson & Fröding, 2009). Idag är det främst på regions-, landstings- och kommunnivå som det uttalat satsas på att aktivt arbeta för att minska skillnader i hälsa. Statens folkhälsoinstitut (FHI), vilka har det främsta myndighetsansvaret för politikområdet folkhälsa, genomförde 2010, på uppdrag av regeringen, en utredning kring svenska lärdomar av CSDH-kommissionens arbete (Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen, 2010). Ingen uppföljning av utredningen har gjorts av FHI. Däremot har SKL valt att prioritera jämlik hälsa som problemområdet. Exempel på detta är samverkansprojektet *Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa*, som inleddes 2011 och som ska avslutas under 2013 och

som ett tjugotal SKL-medlemmar ingår i. Målet med satsningen är att ett utbyte av kunskap och erfarenhet mellan medlemmarna ska kunna bidra till en ökad kvalitet i arbetet med att minska ojämlika skillnader i hälsa (SKL, 2011).

2.1. En diskursiv förståelse av *jämlik hälsa*

Det här masterarbetet tar fasta på hur antaganden om policyproblem präglar policyprocessen och styrningen av politiken. Studien ämnar som nämnt undersöka hur den jämlik hälsa konstrueras som policyproblem. Enligt Bacchi (1999; 2009) konstitueras hela policyprocessen av hur policyproblemet, i det här fallet jämlik hälsa, tolkas och värderas. De åtgärder som väljs och hur dessa implementeras är således beroende av den *diskursiva* förståelsen av problemet. Detta motsäger inte att det finns verkliga problem. Bacchis (1999) utgångspunkt är dock att policyproblem upphör att vara *verkliga* i det ögonblick vi väljer att definiera och formulera dessa som just *problem*. Policyproblemet blir därmed endast en tolkning av verkligheten. Detta innebär att vi inte kan prata om problem utan att göra olika tolkningar och förgivettaganden.

För att studera vad Bacchi (1999; 2004; 2009) talar om som *problemrepresentationer*, är det således centralt att studera de diskurser som formar förståelsen av vad som utgör ett policyproblem och inte. Diskursers betydelse för problemformuleringsprocesser avseende folkhälsa, eller jämlik hälsa, är ett föga utforskat område, men Vallgård (2008) och Raphael (2011) bidrar med exempel på forskning som närmar sig syftet med föreliggande studie. Raphael (2011) fokuserar främst på vilka diskurser som underbygger *hälsans sociala determinanter* som koncept. Raphael granskar olika internationella studier och rapporter som behandlar ämnet, däribland CSDH-kommissionens rapport *Closing the gap in a generation*. Raphael identifierar sju skilda diskurser vad gäller problemdefinitioner och synen på vilka åtgärder som bör användas. CSDH-kommissionens rapport representerar, enligt Raphael, framför allt en diskurs som håller statliga och offentliga institutioner ansvariga för distributionen av de sociala determinanterna (ibid.: 227). Politiska beslut eller bristfälligt utformade policyer gällande arbetsvillkor, löneförhållanden, utbildningsmöjligheter och boendeförhållanden anses leda till försämrad och ojämnt fördelad hälsa. Den bild som CSDH-kommissionen målar upp är att hälsans sociala determinanter *kryper under huden* på människor och blir till ohälsa (ibid.).

Vallgård (2008) konstaterar att liknande diskurser förekommer i offentlig folkhälsopolicyer i Sverige, Danmark, Norge och Storbritannien. Vallgård (2008) utgår från Gösta Esping-Andersens typologi om tre former av välfärdsstater och gör en diskursanalys av hur ojämlika skillnader i hälsa problematiseras. Vallgård utgår främst från ländernas nationella folkhälsopolicyer, vilka skiljer sig åt i definitioner och förklaringar till skillnader i hälsan, trots att hälsoskillnaderna i länderna i stort beskrivs som lika stora. Den svenska folkhälsopolicyen, som i Vallgårdas artikel bland annat utgörs av *Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan* (SOU 2000:91), framlagd under socialdemokratiskt styre, menar att den ojämlika hälsan i Sverige definieras som bero-

ende av inkomst; en ökad inkomst sägs korrelera med en förbättrad hälsa. De förklaringsmodeller som den nationella folkhälsopolicyn i Sverige utgår från är, enligt Vallgård (2008: 76), dels att skillnaderna i hälsa beror på individers skilda hälsorelaterade beteenden. Det poängteras dock att dessa beteenden inte huvudsakligen beror på individuella val. Att hälsan är sämre bland personer med en låg inkomst förklaras med att en låg lön vanligtvis följs av dåliga boende- och arbetsförhållande, mer stress och mindre tillgång till ledighet och kultur. Enligt Vallgård kan förklaringar och definitioner till ojämlik hälsa kopplas till ansvar, det vill säga vad eller vem som görs till ansvarig för den sämre hälsan i vissa grupper. I svenska folkhälsopolicier läggs ansvaret främst på strukturella och sociala förhållanden. Politiska reformer ses därför som betydelsefulla åtgärder för att minska skillnaderna i hälsan (ibid.: 77). Dock menar Vallgård (2008: 78) att det i praktiken främst är riktade insatser mot så kallade utsatta grupper som prioriteras, vilket kan upplevas gå tanken om att förändringar bör ske på en strukturell nivå.

2.2. Policyforskning och problemrepresentationer

Tidigare forskning har därmed kunnat konstatera att det finns diskursiva skillnader i hur jämlik hälsa betraktas som problem. Dock har denna forskning inte kunnat visa på vilka antaganden och föreställningar som underbygger de *problemrepresentationer* som identifierats. Inte heller fokuseras i tillräcklig utsträckning de effekter som uppstår på grund av de diskursiva gränser som determinerar problemet med den ojämlika fördelningen av hälsan i befolkningen.

Problemrepresentationer har främst fokuserats i feministisk policyforskning. Genom att utgå från Bacchis (1999; 2009) WPR-ansats har feministiska policyforskare kunnat visa på de konstruktiva egenskaper som policyproblem inbegriper samt vilka konsekvenser dessa får för styrmedelsformer och för hur individer konstitueras som subjekt (se tex Ekström, 2012; Hudson & Rönnblom, 2007; Paterson, 2011; Rönnblom, 2005; 2008; 2011). Rönnblom (2005; 2008; 2011) har i sin forskning, fokuserat på hur jämställdhet konstrueras som problem i den svenska jämställdhetspolitiken. Rönnblom (2011: 36) menar bland annat att jämställdhetspolitik i Sverige ofta ses som något självklart. Även definitionen av jämställdhet utvecklas sällan utan anses vara något som alla är bekanta med. I realiteten, menar Rönnblom, innehåller jämställdhetsbegreppet flera olika föreställningar om vad jämställdhet faktiskt är. Vissa av dessa föreställningar ges dock företräde och större utrymme än andra. Rönnblom urskiljer tre mönster i vad jämställdhetsproblematiken i Sverige representerar: 1) makt och inflytande konstrueras som representation och *antal* kvinnor och män, 2) problemet ojämställdhet grundar sig i en okunskap om jämställdhetsproblematik, samt 3) de åtgärder som formuleras riktas främst mot olika så kallade utsatta grupper av kvinnor (ibid.: 42).

Rönnblom (2005; 2008) och Hudson och Rönnblom (2007) har även studerat vilket problem jämställdhet representerar inom regional utvecklingspolitik. Rönnblom kon-

staterar att jämställdhet har behandlats i termer av *kvinnosatsningar* och *jämställdhetsintegrering*. På senare år har jämställdhet kommit att ingå i ett bredare problemområde, som har social hållbarhet som mål. Enligt Rönnblom (2005) har även åtgärderna för att öka jämställdheten förändrats; åtgärderna har gått från att vara uttalade satsningar på projekt för kvinnor till vad Rönnblom menar är mer svävande skrivningar om integrering av jämställdhetsperspektiv i allt policyarbete. Rönnblom (2005; 2008) visar även på hur jämställdhet konstrueras som något som endast berör kvinnor.

2.3. Alla vill vi väl ha en jämlikt fördelad hälsa?

Jämställdhet har visat sig vara ett begrepp, vars betydelse särskilt kan anses vara omstridd. Jämställdhet har beskrivits som en *empty signifier*, det vill säga ett i grunden tomt begrepp som fylls med mening av användaren (Verloo & Lombardo, 2007: 22). Bacchi (2009) menar att det samma gäller för jämlikhet, men att även hälsa kan förstås och framställas på olika sätt. Ett problem som jämlik hälsa kan därmed antas begripliggöras med variation. Forskning har även kunnat konstatera att representationen av ett problem leder till konsekvenser för hur politiken organiseras och för de individer som problemet berör. Diskursiva gränser runt vad som tas för givet och självklart med ett problem påverkar således vilka lösningar som betraktas som passande. Centralt är därför att studera dessa gränser, det vill säga de diskurser problem är situerade i. Att alla vill ha en god hälsa är ett uttalande som skulle kunna tas för en självklarhet. Idag kan det även argumenteras för att det blivit en självklarhet att arbeta för en jämlik hälsa. Hur detta arbete organiseras och hur lösningarna formuleras skiljer sig dock åt mellan olika aktörer. Intressant är därför att ställa frågor angående vad problemet med jämlik hälsa representerar, vad lösningar som presenteras egentligen avser att lösa och vilka konsekvenser problemrepresentationer av jämlik hälsa får.

2.4. Specificerat syfte och frågeställningar

Som klargjorts i det inledande avsnittet är det övergripande syftet med föreliggande masterarbete att studera hur jämlik hälsa konstrueras som policyproblem. Jag har således inte för avsikt att studera den jämlika hälsans verkliga betydelse. I min analys är jag istället intresserad av en diskursiv förståelse, det vill säga *vad* för problem som avses att lösas i policyer om jämlik hälsa, samt *hur* ojämlik hälsa avses att lösas.

Med hjälp av två empiriska fall och teoretiska resonemang är ambitionen att kunna besvara mitt syfte på ett ändamålsenligt sätt. Till det övergripande syftet har två frågeställningar formulerats. Den första beaktar de problemformuleringsprocesser som ger jämlik hälsa sin mening och begripliggör problemet. Bacchi (1999; 2009) kallar dessa problemformuleringsprocesser för *problemrepresentationer*. Den första frågeställningen fokuserar således på de *diskursiva gränser* som formar förståelsen av vad som utgör och vad som inte utgör ett problem.

1. *Vilka problempresentationer kommer till uttryck i policyer om jämlik hälsa?*

De problemrepresentationer som identifieras avser jag dessutom att analysera utifrån teorier om hur individer och kategorier av identiteter konstitueras som subjekt. En viktig del av problemkonstruktionen är *vem* problemet berör, det vill säga vilka som konstrueras som ansvariga för problemet eller som påverkas av problemet. Det går att tala om att individer och grupper konstrueras som *problem*. Min andra frågeställning berör således effekterna av de diskursiva gränser problemrepresentationer konstitueras av. Den andra frågeställningen formuleras därmed enligt följande:

2. *Vilka subjektpositioner konstrueras av problemrepresentationerna av jämlik hälsa?*

För att besvara syftet ämnar jag att utgå från två fall, nämligen Malmö stads och Västra Götalandsregionens insatser för att utforma lösningar för att minska den ojämlika hälsan. Arbetet med att minska de ojämlika skillnaderna i hälsan har organiserats på olika sätt i Malmö stad och i Västra Götalandsregionen. Två skilda policyprocesser går att urskilja. Eftersom konstruktionen av policyproblem kan sägas påverka alla de led som policyprocessen innebär är det därför av intresse att studera de nämnda fallen för hur jämlik hälsa framställs, vad det representerar, samt vilka effekter och konsekvenser detta kan få.

3. Teoretisk ram

I detta kapitel presenteras studiens teoretiska ramverk. Jag kommer här att argumentera för och motivera varför jag i denna studie valt att förhålla mig till poststrukturalistisk policyteori. En genomgång av detta perspektiv kommer därför å det följande att göras. Inledningsvis diskuteras därför även varför det kan anses betydelsefullt att kritiskt granska offentliga policyer utifrån ett socialkonstruktionistiskt perspektiv. Jag diskuterar därefter vad ett poststrukturalistiskt perspektiv på problemkonstruktioner kan bidra med. Främst ges Carol Bacchis teoretiska resonemang om problemrepresentationer betydelse.

3.1. Socialkonstruktionistiska perspektiv och policy – en utveckling bort från ett positivistiskt synsätt på policyer och policyprocessen

Från flera håll har policyteoretiker lagt fram kritik mot att policyprocessen ofta betraktats som en empiristisk och rationell process.¹ Den positivistiska forskningstraditionen påverkade policyvetenskapen när den utvecklades som forskningsdisciplin, vilket följdes av tanken att samhällsliga problem bör behandlas med objektiva lösningar (Fischer, 2003: 3). Ekström (2012: kap 2), som i sin avhandling utförligt diskuterar övergången från ett positivistiskt synsätt inom det policyvetenskapliga fältet till ett post-positivistiskt och konstruktionistiskt, menar att framför allt två former av kritik lyfts fram mot den positivistiska policyteorin. Dels har politiken och kontexten runt policyprocessen lyfts fram som konstruerande faktorer som inte kan bortses från och dels har kunskapen om språkets konstruerande och formande effekter påverkat synen på vetenskapen.

Enligt socialkonstruktionistiska och post-positivistiska policyteoretiker bör utformningen av offentliga policyer inte ses som en objektiv process. När en policy utformas är ofta flera olika aktörer inblandade och dessa har alla skilda sätt att se på de problem och lösningar som policyn berör (Bacchi, 1999; Fischer, 2003; Hanberger, 2001; Hill, 2007). Aktörerna kommer även i olika utsträckning, medvetet och omedvetet, att försöka påverka policyprocessen. Utformningen av offentliga policyer påverkas även av de sociala normer och föreställningar som finns i samhället (Hanberger, 2001). Fischer (2003) menar att tanken om att det skulle finnas en objektiv och universellt applicerbar sanning är problematisk. Enligt Fischer (2003) är policyer symboliska entiteter, det vill säga en policy determineras av den specifika kontexten, olika sociala ordningar och relationer i samhället samt ideologiska strukturer. I och med detta måste en policy tol-

¹ Diskussioner har även förts kring vilka delar policyprocessen faktiskt utgörs av. Definitionerna skiftar, men vanligen refereras till David Easton (se tex 1953; 1965), som utvecklat en systemteoretisk modell över policyprocessen. Jenkins (1978: 17) har vidareutvecklat Eastons modell och menar att flera steg går att identifiera i policyprocessen: initiativ, information, överväganden, beslut, implementering, utvärdering och avslutning. Flera policyteoretiker menar dock att policyprocessen bör förstås som betydligt mer komplex och att den inte behöver te sig så linjär som Jenkins modell antyder (se tex Hill, 2007).

kas för att kunna förstås och för att vi ska kunna analysera hur maktstrukturer produceras och reproduceras genom policyer och politiska styrmedel (ibid.).

De problem som policyer syftar till att lösa, bör således ses som kontextbundna (ibid.). Fischer (2003) anser även att många faktorer, så som idéer, personliga och kollektiva intressen, kultur och ideologi, har betydelse när val av politiska styrmedel görs. Detta behöver dock inte betyda att politiker och tjänstemän medvetet manipulerar faktorer i policyprocessen för att exempelvis få utrymme för egna intressen. Istället handlar det många gånger om ett omedvetet handlande som grundar sig i politiska diskurser (ibid.). En viktig utgångspunkt för policystudier är därför att policyprocessen är komplex, flerskiktad och beroende av en rad olika faktorer.

3.2. Poststrukturalism

Som Ekström (2012) nämner har språkets betydelse i större utsträckning uppmärksamats i och med att en post-positivistisk ansats börjar bli vanligare inom policyvetenskapen. Förståelsen av språkets betydelse utgörs främst av relationen mellan språkliga begrepp och hur dessa formar vår syn på världen och den sociala verkligheten (Bacchi, 2009: 212-213). Språket ses därför inte endast som en spegling av verkligheten runt oss, utom som en faktor som konstituerar den.

Språkets betydelse lyfts särskilt fram inom poststrukturalismen². Genom dekonstruerande tekniker försöker den poststrukturalistiska policyteorin att visa på hur offentliga policyer bygger på subjektiva faktorer och politiska förgivettaganden (Rochefort & Cobb, 1994: 7-8). Genom att dekonstruera offentliga policyer kan även vad som betraktas som objektiva sanningar identifieras (Fischer, 2003:14). Poststrukturalismen har framför allt tillämpats inom exempelvis litteraturvetenskap, filosofi och genusvetenskap, men har idag kommit att användas även inom det samhällsvetenskapliga fältet. En poststrukturalistisk förståelse av policyer och policyprocessen kan beskrivas som ”en serie av slutsatser, val och förkastande av alternativ, vilka sätts ihop till en konstruerad helhet” (Rochefort & Cobb, 1994: 7) (egen översättning). Poststrukturalismen är således intresserad av att tolka den mening som kan tillskrivas policyer (Yanow, 1993: 41) och kan därför betecknas som reflekterat tolkande (Hill, 2007). Enligt Yanow (1993: 41) kräver en poststrukturalistisk tolkning och analys av policyprocessen att frågor ställs om för vem en policy har betydelse och hur olika tolkningar av en policy kan tänkas påverka hur en policy genomförs och implementeras.

² Poststrukturalism går även ofta under benämningen postmodernism. Fischer (2003) använder dessutom en helt egen beteckning, nämligen ”postempirism”. Skillnader i vilken betydelse de olika beteckningarna ges är inte omfattande. De förenas i sin förståelse av verkligheten som socialt konstruerad och samtliga kan betraktas som en kritik mot positivistiska vetenskapsmetoder och strukturell teoribildning.

3.3. Problemdefinitioner, -konstruktioner och -representationer

Framför allt inom det sociologiska fältet har det sedan länge förts en diskussion kring sociala problem och hur dessa definieras och kommer upp på agendan. Best (2013: 238) menar exempelvis att det inte är möjligt att formulera några objektiva egenskaper, som gör att olika sociala förhållanden definieras som problem. Alla sociala problem kan förstås på olika sätt. Vad som bestämmer hur sociala problem konstrueras påverkas av tid och rum, det vill säga den specifika kontexten (ibid.).

Även inom det policyteoretiska fältet har tankar om problem som sociala konstruktioner slagit igenom. Ett socialkonstruktivistiskt eller poststrukturalistiskt perspektiv på policyproblem ifrågasätter att det finns en objektiv verklighet och därmed vissa förhållanden i denna verklighet som definieras som objektiva problem (Rocheft & Cobb, 1994: 6). Hanberger (2001), vars forskningsfokus är utvärderingsteori och som fokuserat vikten av att förstå betydelsen av konstruktionen av policyproblem vid utvärdering av offentliga policyer, menar att det sällan finns *en* tolkning av vad ett policyproblem är, utan att det vanligtvis finns flera skilda definitioner och att de aktörer som är en del av policyprocessen (politiker, tjänstemän, intresseorganisation med flera) försöker påverka problemformuleringen. Rocheft och Cobb (1994) skiljer mellan studiet av policyproblem och hur de blir en del av den politiska agendan och studiet av hur beskrivningar av policyproblem påverkar valet av politiska lösningar och åtgärder. Bacchi (1999; 2009) WPR-ansats, precis som denna studie, intresserar sig för problemformuleringsprocesser och hur lösningar på policyproblem reflekterar och representerar själva förståelsen av problemet.

Bacchi (1999; 2009) ställer sig även kritisk till hur begreppet *problemdefinition* används av andra policyteoretiker, vilket föranlett valet att istället tala om *problemrepresentationer*. Hon menar att begreppet problemdefinition implicerar att själva aktiviteten att definiera policyproblem är en separat del, som skiljer sig från den resterande policyprocessen. Bacchi menar istället att det under hela policyprocessen sker ett kontinuerligt definierande av policyproblem. Alla de delar som policyprocessen byggs upp av, så som val av styrmedel och åtgärder samt implementeringen av dessa, kan således betraktas som representationer av policyproblemet. Policyprocessen bör därför ses som *aktiv* i konstruktionen av problem – hur vi förstår dem och vad som inte ingår i den förståelsen (Bacchi, 2009: 209).

3.4. Vad representerar policyproblemet?

Bacchi (2009: 34) beskriver sin ansats som poststrukturalistisk, i den mening att den tar hänsyn till att det finns en politisk dimension i hur problem formas och konstrueras. Detta innebär, enligt Bacchi, att den offentliga makten utgör en privilegierad roll i att bestämma vilka problemrepresentationer som får störst utrymme och som formar de styrformer som sedan används för att driva igenom politiska beslut. Det finns således en viktig maktaspekt att ta hänsyn till i studiet av problemrepresentationer. Makt i

detta sammanhang ska dock även förstås som en indirekt makt. Denna makt utövas inte medvetet, utan uppstår i konstruktionen av problem och konstituerar människors verklighet. Rönnblom (2011) använder, det för sammanhanget användbara begreppet, *styrningsmentalitet*, och förklarar genom detta hur ett kollektivt tänkande påverkar vilka problemrepresentationer som får utrymme och som avgör hur politiken organiseras.

Att studera styrningsmentalitet handlar som jag ser det om att studera det kollektiva tänkandet som tar sig 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

(Rönnblom, 2011: 50)

Bacchi (1999: 51) är tydlig med att WPR-ansatsen inte endast beskriver hur problem konstrueras utan också, i poststrukturalistisk anda, dekonstruerar dem. Perspektivet bidrar således med frågor om vad som tas för givet i formulerandet av policyproblem; vad som inte problematiseras; samt vilka effekter som kan tänkas uppstå av att problem tas för givna. Bacchis (2009: xiv) ansats ska därför inte misstas för en *traditionell* utvärdering eller granskning av policyer. Målet med ansatsen är inte att komma fram till svagheter och brister, utan snarare att studera vilka föreställningar, premisser och antaganden som konstruerar och formar en policy (ibid.). Detta innebär även att det inte nödvändigtvis behöver innebära att problemrepresentationerna bestäms av medvetna handlingar. De föreställningar som ligger till grund för hur ett policyproblem betraktas och framställs kan mycket väl vara omedvetna (Bacchi, 2009: xix). Bacchi (2009: 35) utgår även från att problemrepresentationer formas av diskurser. En diskurs definieras av Bacchi, som socialt konstruerade former av kunskap, vilka avgränsar vår förståelse av världen och vad vi kan tänka som sanning. Dessa former av kunskap och sanningar existerar inte utanför diskursen och är därför i viss mån fiktiva. Att beskriva något som en diskurs är därför det samma som att ifrågasätta något som tas för givet som en sanning (ibid.: 35) (Bacchis syn på diskurser och diskursers betydelse för denna studie diskuteras vidare i metodkapitlet, avsnitt 4.1. och 4.1.1.).

Ett vanligt framfört argument mot dekonstruerandet av policyproblem, och poststrukturalismen generellt, är dess tendenser att närma sig ett relativistiskt förhållningssätt till världen och sanning. Konstruktionismen och poststrukturalismen beskrivs till exempel ofta som fria från värderingar; eftersom allt är sociala konstruktioner kan det inte finnas något som är mer sant eller bättre än något annat. Detta skulle betyda att konstruktionismen och poststrukturalismen aldrig kan bidra med det kritiska öga som leder till förändring (Gergen, 2009: 168). Det går dock att argumentera för det motsatta. Enligt Gergen (2009) erkänner konstruktionismen och poststrukturalismen att det vi betraktar som verklighet bygger på värderingar och att dessa olika sätt att betrakta världen på inte går att rangordna. Detta innebär likaledes att poststrukturalismen erbjuder en analys som utmanar det som betraktas som objektiva sanningar och fakta

(ibid.: 169). Att betrakta den poststrukturalistiska analysen som fri från värderingar är dessutom att missta sig. Forskare med ansatsen att dekonstruera verkligheten bär på värderingar och förgivettaganden precis som andra forskare, skillnaden är att poststrukturalisten inte utgår från att den egna tolkningsramen är den sanna och mest korrekta. Detta hänger samman med vikten av att som forskare vara reflexiv i förhållande till sitt studieobjekt, något som kommer att diskuteras vidare under avsnitt 4.3.

Bacchi (1999) menar inte att hennes ansats går emot att det finns verkliga och ”riktiga” problem. Vad hon istället poängterar är att dessa verkliga problem upphör att vara verkliga i den stund vi definierar eller formulerar dem som just problem. Det vill säga, när vi väljer att formulera ett problem reduceras detta till vår tolkning av problemet. Av betydelse är därför att reflektera över vilka tolkningar av problemet som dominerar den politiska diskursen (ibid.: 39). En poststrukturalistisk ansats kan enligt Gergen (2009: 170), anses vara som mest angelägen i en tid då världen minskar och flera olika värden brottas om att få utrymme. Värdekonflikter blir enligt Gergen allt vanligare och poststrukturalismen kan då erbjuda en analys av vilka värden som ges mest utrymme och legitimitet.

3.5. Hur kategorier av identiteter konstitueras som problem

Policyproblem berörs på olika sätt av individer eller grupper av individer. Framför allt inom välfärdspolitik är policyer kopplade till olika målgrupper. Likt problem konstrueras och ges deskriptiva definitioner, konstrueras även målgrupper utifrån antaganden och föreställningar (Rocheffort & Cobb, 1994: 22-23). Rocheffort och Cobb (1994: 23) menar att attityder till målgruppen kan struktureras enligt bland andra frågorna: är gruppen *värdig* eller *ovärdig* hjälp?; samt är gruppen främmande eller välbekant? Schneider och Ingram (1993) bidrag till konstruktionistisk policyteori har visat att policydesign och val av styrmedel sänder ut signaler till befolkningen och de målgrupper som policyer riktas mot. Via exempelvis media, politiska uttalanden och personliga erfarenheter internaliseras de budskap som finns inbyggda i politiska styrmedel och policyer. Enligt Schneider och Ingram (1993) handlar budskapen om vilken grupp man som individ hör till i samhället, vilka förväntningar som ligger på en och vad man gjort sig förtjänt av från staten. Budskapet till grupperna som anses värdiga, är generellt att de är intelligenta individer som är betydelsefulla för samhället. För grupper som betraktas som ovärdiga, å andra sidan, handlar budskapet många gånger om att de är makt- och hjälplösa, giriga och att de inte kan lösa sina problem på egen hand (ibid.). På detta sätt konstrueras målgrupper och individer konstitueras som värdiga eller ovärdiga. Schneider och Ingram (1993: 335-336) har särskilt identifierat fyra typer av målgrupper, som de kategoriserar som *gynnade*, *utmanande*, *beroende* och *avvikande*.

Gynnade grupper betraktas som att de både har mycket makt och konstrueras positivt, som de gamla och företag. Utmanare, så som fackföreningar och rika, har mycket makt men konstrueras negativt, ofta som oförtjänta. Beroende kan inklu-

dera barn eller mödrar och anses vara politiskt svaga, men de konstrueras ofta positivt. Avvikande, så som kriminella, befinner sig i den värsta situationen, eftersom de både är [politiskt] svaga och negativt konstruerade”³

(Schneider och Ingram, 1993: 335-336) (egen översättning)

Bacchi (1999: 46) hävdar att hennes ansats, till skillnad från Schneider och Ingrams, bidrar till att granska hur kategorier av identiteter och målgrupper konstitueras i policydiskurser. WPR-ansatsen syftar till att studera och granska hur kategorier av identiteter och olikhet skapas och konstitueras i offentliga policyer (Bacchi, 2009: 266). Schneider och Ingram, menar Bacchi, utgår från att staten och andra offentliga, beslutande organ påverkas av de stereotyper och normer som finns i samhället runt vissa grupper och identiteter. Schneider och Ingrams teori om konstruerandet av grupper som beroende och oförtjänta eller starka och förtjänta, behandlar därför inte staten som en aktör som aktivt deltar i skapandet av konstruktioner, stereotyper och subjekt. Hur ett problem hanteras och betraktas, *problematiseras*, får, enligt Bacchi (2009: xi), betydelse för hela styrningsprocessen. Individer och grupper i samhället styrs därför snarare av dessa problematiseringar än av slutprodukten – policyn (ibid.). Ett socialt konstruerat problem får enligt Bacchi (1999: 45; 2009: 15), konsekvenser för de individer till vilka en policy vänder sig. Att utgå från Bacchis WPR-ansats innebär således att studera vem som konstrueras som målgrupp för en specifik policy och vem som definieras bort från problemet (Bacchi, 1999: kap 2).

Enligt Bacchi (2009: 16) tillgängliggör diskurser specifika subjektpositioner. När en individ tillskrivs en subjektposition tenderar individen att betrakta och förstå världen utifrån denna, samtidigt som individen underkastas alla de diskurser som den specifika positionen innebär. De diskurser som omgärdar offentliga policyer skapar således subjektpositioner, som påverkar hur individer ser på sig själva och andra. Problemrepresentationer konstituerar individer eller kategorier av individer på olika sätt (ibid.: 69). Konstruktionen av subjektpositioner ska inte misstas för det samma som *socialisering*, som kan förstås som en mycket mer medveten process, med syfte att forma individer på olika sätt (ibid.: 214). *Subjektifiering* är en aktivitet som sker på ett djupare plan och som är inbäddad i diskurser på ett sätt som gör att de subjektpositioner som konstrueras ofta tas för givna eller som självklarheter. Genom att synliggöra för-givvetagna subjektpositioner kan således en social kritik framföras.

Genom konstruktionen av olika subjektpositioner konstrueras även *olikhet*. Subjektpositioner ställs ofta mot varandra, i ett binärt eller dikotomt förhållande, där den första positionen värderas högre än den andra (Bacchi, 2009). Ett exempel är dikotomin subjekt/objekt, som tydliggör just den skilda värderingen av de två positionerna. Genom att hålla isär och jämföra dikotoma subjektpositioner konstitueras olikhet. de

³ De exempel som Schneider och Ingram ger angående vilka som kan kategoriseras som gynnade, utmanande, beroende och avvikande ska betraktas som just exempel. Eftersom Schneider och Ingram förhåller sig till en konstruktionistisk forskningstradition ska kategorierna betraktas som beroende av tid och rum och den specifika kontexten.

los Reyes och Mulinari (2005:25) argumenterar bland annat för att positivismen rättfärdigar görandet av skillnad och olikhet genom exempelvis statistiska analyser. Rättfärdigandet ligger i att ett isärhållande av och jämförande av kategorier (man mot kvinna, invandrare mot svensk, heterosexuella mot homosexuella, och så vidare), bidrar till en ökad kunskap. de los Reyes och Mulinari (2005: 25) menar dock att kategoriseringar och jämförelser inte besvara frågor om varför skillnader (och/eller likheter) existerar. Genom att grupper behandlas som homogena, riskerar även sociala egenskaper att essentialiseras och fixeras. Ojämlighet, överordning och underordning kan därmed betraktas som självklarheter och som något som inte går att förändra med politiska strategier (ibid.: 127). Dikotoma förhållanden mellan subjekspositioner karaktäriseras även av att den överordnade positionen innehar privilegiet att definiera och determinera olikheten (Bacchi, 2009: 185). Underordnade grupper ges sällan utrymme att delta i normerande aktiviteter. Genom att kategorier av identiteter endast förstås i relation till något annat, kontrasteras underordnade grupper mot normen och konstrueras därmed till *de andra* (de los Reyes & Martinsson, 2005: 14).

Sammanfattningsvis kan det konstateras att en poststrukturalistisk teoretisk ansats i studiet av policyer och policyproblem, kan bidra med betydelsefulla resonemang för att studera problemformuleringsprocesser. En poststrukturalistisk ansats har inte för avsikt att dra slutsatser om vad som är rätt och fel, bra eller dåligt i utformade policyer. Däremot erbjuder den poststrukturalistiska policyteoretiska analysen redskap för att studera hur problem konstrueras och hur individer konstitueras av policyer. Genom att studera hur diskurser formar vår förståelse av verkligheten, vad som tas för givet som sanning och därmed även de policyer som i viss mån styr hur individer ska leva sina liv, möjliggörs en kritisk granskning. En poststrukturalistisk ansats bidrar även med perspektiv som kan öka vår förståelse för hur offentliga policyer producerar och reproducerar sociala maktrelationer. Ambitionen att studera hur jämlik hälsa konstrueras som policyproblem kan således antas dra nytta av en poststrukturalistisk policyteoretisk ansats.

Att studera de antaganden och förgivettaganden som underbygger problemformuleringsprocesser kan inte ses som en enkel uppgift, ett faktum som även poststrukturalistiska teoretiker diskuterat (se tex Bacchi, 2009: 7). Att identifiera enskilda aktörers föreställningar och antaganden om hur verkligheten är beskaffad kräver metoder utanför den här studiens räckvidd. Enskilda aktörers påverkan på formuleringen av problem är dock heller inte denna studies syfte att utforska. Istället ligger fokus på att studera de dominerande uppfattningar som formar förståelsen av problem. Genom att identifiera dessa möjliggörs tolkning av den *förgivvetagna verklighet* som aktörerna verkar i och som påverkar problemformuleringsprocessen. Diskurser utgörs dock av antaganden, som är komplext sammanvävda och att tyda dessa är fortfarande en svår

uppgift. En ”problemfri” tolkning av dessa antaganden skulle dessutom förutsätta en frånvaro av förgivettaganden hos forskarens själv, vilket inte är möjligt.

En diskursanalytisk metod kan bidra med verktyg för att tolka de diskurser som ger problem mening. I nästa kapitel kommer jag att vidareutveckla hur användningen av dessa verktyg kan se ut.

4. Metod

I detta kapitel kommer jag således att diskutera samt göra en genomgång av de metodologiska överväganden som gjorts i detta masterarbete. Jag kommer inledningsvis att argumentera och redogöra för valet av diskursanalys som analysmetod och det teoretiska analys-schemat. Jag kommer även att presentera de avgränsningar som ansetts nödvändiga att göra avseende studiens genomförande, de studerade fallen och det analyserade materialet. Avslutningsvis beskrivs den praktiska bearbetningen av det empiriska materialet. Jag diskuterar även samspelet mellan teori och empiri, samt betydelsen av forskarens reflexivitet.

4.1. Metod för analys – att studera diskurser

Som klargjorts i avsnittet om examensarbetets syfte och teoretiska ramverk, är jag intresserad av att studera hur jämlik hälsa konstrueras som problem och hur kategorier av individer konstitueras i policyer, som angriper ojämlika skillnader i hälsa. Jag är på så sätt intresserad av att studera de diskurser som finns inbäddade i utformningen av policyproblemet jämlik hälsa. Detta innebär att jag inte eftersträvar att identifiera en ideal definition. Snarare är min utgångspunkt att uppmärksamma vad som tas för givet i policyer om jämlik hälsa och som i förlängningen styr människors sätt att betrakta världen och sig själva. Med tanke på studiens syfte kan det anses vara rimligt att den analytiska metoden utgörs av diskursanalys.

4.1.1. Poststrukturalistisk diskursanalys

Diskursbegreppet kan användas på flera olika sätt. Enligt Esaiasson, Gilljam, Oscarsson och Wängnerud (2007: 239) är diskursanalys en metodologiskt användbar metod när maktförhållanden och maktstrukturer i samhället ska belysas. Den här studien utgår, liksom Bacchi (se tex 1999; 2009), från en *foucauldiansk* förståelse av diskurser; diskurser är att betrakta som konstituerande av den sociala verkligheten, vilken inkluderar sociala subjekt, förståelsen av sig själv och sociala relationer. Föreliggande studie förhåller sig således till en poststrukturalistisk förståelse av diskurser. En poststrukturalistisk diskursanalys sätter särskilt fokus på omgivande maktordningar och diskursers konstitutiva effekter (Bacchi, 2009: kap 2).

Enligt Fischer (2003: 14) kräver en poststrukturalistisk analys tolkande metoder för att identifiera förgivettagna sanningar som strukturerar vår syn på den sociala verkligheten. Att fokusera på språkets betydelse är en metod för att se hur policyfrågor- eller problem konstrueras (ibid.). Den epistemologiska förståelsen av språket inom diskursanalysen är att språk och tal aktivt konstruerar och formar verkligheten och vad som betraktas som sanning (Esaiasson, et al., 2007: 239). Den förståelse föreliggande studie har av diskurser är dock, i linje med Bacchi (2009: 7), att diskurser inte endast underbyggs av språk i form av definitioner och klassificeringar av olika slag. Diskurser bärs även upp av antaganden och förgivettagna sanningar, som tillsammans konstrue-

rar mening – en slags *meningsskapandeprocess*. Genom särskilt användande av olika språkliga företeelser, så som kategoriseringar och dikotomier, skapas mening. Att dekonstruera, det vill säga ”öppna upp” dessa företeelser, utgör ett försök att tydliggöra de processer som leder till att problem konstrueras. Det är också denna analysmetod som Bacchi (2009) förespråkar med sin WPR-ansats.

Jag är inte intresserad av att studera diskurser med betydelsen retoriskt användande av ord och språk. Diskurser i detta hänseende ska istället tolkas som komplexa och dolda strukturer av kunskap som är uppbyggda kring vissa logiker, så som olika vetenskapliga discipliner (Bacchi, 2009: 212; Foucault, 1991). Ofta accepteras diskurser som oemotsagda outtalade sanningar. Ett sätt att studera diskurser är därför att leta efter dessa *truth claims*, det vill säga förgivettagna sanningar. Genom att lyfta fram dessa och visa på andra tänkbara, men eventuellt förbisedda förklaringsmodeller, blir diskurserna tydligare. Som nämnt tidigare är en utgångspunkt med WPR-ansatsen att policyprocessen är aktiv i att konstruera vår förståelse av vad ett problem är och inte är, samt i att konstituera olika subjekspositioner. Policyprocessen betraktas därmed inte enbart som reaktiv, det vill säga som objektiv i förhållande till framställningen av problem. Detta innebär att WPR-ansatsen ifrågasätter vad som kan betraktas som självklarheter eller vetenskapliga sanningar (Bacchi, 2009: 209). Min ambition är dock inte att avfärda problemrepresentationer som retoriska och som en del i ett retoriskt spel att övertyga. Syftet med WPR-ansatsen ska istället ses som ett försök att förstå de komplexa förhållanden som gör att vi betraktar världen och oss själva som subjekt på olika sätt (ibid.). Den förståelse av diskursanalys som föreliggande masterarbete ansluter sig till, betraktar subjekt och kategorier av identiteter som produkter av diskurser (se Bacchi, 2009: 213). Konstruktionen av olika problemrepresentationer är en aktiv process, men behöver inte utgöras av medvetna aktörers handlingar, eftersom problemrepresentationer bygger på just logiker som underbygger påståenden och ”sanningar”.

Analysmetoden som Bacchi (1999; 2009) erbjuder, innehåller verktyg för att genomföra en social kritik. För detta masterarbets syfte innebär detta ett kritiskt förhållningssätt till vad som lyfts fram som sanningar i arbetet med jämlik hälsa, samt hur grupper eller kategorier av identiteter konstitueras. Detta innebär även att jag strävar efter att undvika den relativism som ofta lyfts fram som problematisk med socialkonstruktionistisk forskningsmetod. Ett kritiskt förhållningssätt innebär dock inte nödvändigtvis en analys, som redovisar vad som är rätt och fel eller bra och dåligt i folkhälsoarbetet och arbetet med jämlik hälsa. Istället syftar masterarbetet till att lyfta fram och kritiskt värdera de problemrepresentationer som kan identifieras samt effekterna av dessa.

4.1.2. Analytiska frågor: WPR-ansatsen

Ett kritiskt moment i all forskning, och kanske specifikt för en studie som önskar identifiera diskurser och förgivettaganden, är att på ett fruktbart sätt operationalisera den övergripande forskningsfrågan och problemställningen (Esaiasson, et al., 2010: 234).

För att konkretisera problemställningen bör därför analysfrågor preciseras. Policyforskare som är anhängare av den poststrukturalistiska forskningsansatsen, har många gånger inte varit generösa med att bidra med sådana användbara operationaliseringar. Ekström (2012: 51) diskuterar i sin avhandling att poststrukturalistiska policyforskare mest hängett sig åt att konstatera att diskurser med nödvändighet behöver studeras. Bacchi (1999; 2009) bidrar dock i och med sin WPR-ansats till vad som tycks vara ett fruktbart sätt att närma sig ett empiriskt material i enlighet med ett poststrukturalistiskt förhållningssätt. Bacchi (2009) presenterar fyra, för denna masteruppsats användbara, frågor för att analysera problemrepresentationer:

1. *Hur framställs jämlik hälsa?;*
2. *Vilka underliggande antaganden och påståenden ligger till grund och formar representationen av jämlik hälsa?;*
3. *Vad problematiseras inte i den aktuella problemrepresentationen?; samt*
4. *Vad är effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen?*

Frågorna utgör basen för det analyschema (se bilaga 1), med vilket det empiriska materialet kommer att studeras och analyseras. Nedan kommer jag att redogöra för vad frågorna inbegriper. Till flera av frågorna tillkommer ytterligare analysfrågor samt användbara analysverktyg för att möjliggöra en dekonstruktion av de diskurser som jag har för avseende att studera.

Problemets framställning

Den första frågan som Bacchi (2009) presenterar, syftar till att på ett grundläggande sätt visa hur problemet görs begripligt, det vill säga hur problemet betraktas och förstås. Detta görs, enligt Bacchi (2009: 3), genom att studera de aktuella policyförslagen och genom dessa tydliggöra vad för typ av beteenden eller fenomen som tycks betraktas som problematiska. Kortfattat handlar den första frågan om att visa hur problematiken kring en ojämlik hälsa framställs och presenteras.

Diskurser ska inte betraktas som statiska eller entydiga (Bacchi, 2009: 13, 20). Ofta är diskurser sammanvävda med varandra, vilket kan skapa motsägelser och spänningar. Detta innebär att framställningen av ett politiskt problem kan underbyggas av flera problemrepresentationer, vilket enligt Bacchi är viktigt att beakta. I relation till den första analysfrågan har det därför ansetts rimligt att även försöka identifiera andra problem och hur dessa framställs (ibid.: 4, 21).

Bacchi (2009: kap 6), som själv lägger särskilt fokus på hur WPR-ansatsen är användbar i studiet av problemrepresentationer inom det hälsopolitiska området, menar att hälsa utgör ett sådant komplext område vad gäller policyutformning att särskilda analysfrågor bör ställas angående hur problemet betraktas och förstås. Dessa frågor har därför särskilt beaktats:

- *Representerar ohälsa ett **biomedicinskt** eller **socialt** problem?*
Enligt Bacchi (2009: 129) kan hälsa och ohälsa betraktas och framställas som antingen biomedicinska eller socialt betingade fenomen. En biomedicinsk förståelse av hälsa är att det råder en fullständig frånvaro av sjukdom hos en individ eller i en större population. En biomedicinsk förståelse av hälsa förespråkar biologiska förklaringsmodeller. En social förståelse, å andra sidan, antar en mer holistisk förståelse av hälsa som begrepp och vanligtvis används välmående eller livskvalitet för att förklara en individs eller populations hälsostatus. En social förståelse av hälsa förklarar ofta ohälsa med sociala faktorer (ibid.: 129).
- *Representerar ohälsa ett **botande** eller **preventivt** problem?*
Hälsa kan även betraktas som ett tillstånd som enklast uppnås genom antingen botande eller förebyggande metoder. Bör insatser sättas in då ohälsa redan har uppstått eller ska insatser riktas mot faktorer som gör att ohälsa aldrig uppstår?
- *Representerar prevention ett **biomedicinskt** eller **socialt** problem?*
En preventiv problemrepresentation av hälsa kan dock förstås på olika sätt. Prevention kan i sig representeras som antingen ett biomedicinskt eller ett socialt problem. En biomedicinsk förståelse av prevention, eller preventiv medicin, riktar in sig på biologiska faktorer och en upptäckt och analys av dessa som gör att sjukdom aldrig uppstår (ibid.: 130). Det kan exempelvis röra sig om metoder som screening, vaccinering eller förändring av livsstilsfaktorer. Om prevention representerar ett socialt problem framställs faktorer i ett vidare perspektiv som nödvändiga att förändra om ohälsa ska kunna förebyggas (ibid.: 130).

Underliggande antaganden och förgivetta ganden

Vad den andra analysfrågan syftar till, är att undersöka vilka antaganden och föreställningar som ligger till grund för de med den första analysfrågans identifierade problemrepresentationer (Bacchi, 2009: 5). Bacchi (2009: 5) definierar antaganden som kunskap som tas för given. Genom att identifiera dessa är det möjligt att förstå den *konceptuella logik*, de diskurser, som underbygger en problemrepresentation. Primärt med den andra analysfrågan är inte att identifiera policyanalytikens och andra aktörers antaganden och föreställningar. Det är de förgivetta ganden som själva problemrepresentationen härbärgerar som är intressanta.

Bacchi (2009: 7) beskriver två analysverktyg som användbara för att analysera och identifiera de förgivetta ganden som underbygger problemrepresentationerna: identifieringen av *nyckelbegrepp* och *dikotomier*. Den här typen av analysverktyg är inte specifika för just WPR-ansatsen utan förekommer även i annan poststrukturalistisk diskursanalys. Inte minst inom feministisk teori fokuseras dikotomier eller *binärer* för att studera hur subjekt positioneras i under- och överordnade förhållanden (se tex de los Reyes & Mulinari, 2005). Dikotomier, eller binärer som Bacchi väljer att benämna dem, utgörs av en motsatsrelation mellan begrepp. Till skillnad från vanliga mot-

satspar inbegriper dikotomier dock en hierarkisk ordning mellan begreppen, där den ena sidan anses högre värderad och privilegierad än den andra.

Enligt Bacchi (2009: 8) är policyer fyllda av koncept och begrepp, vilka kan betraktas som abstrakta etiketter öppna för skilda tolkningar. Olika personer förstår dessa koncept och begrepp på olika sätt, men det är trots detta inte ovanligt att de ibland betraktas som självklara. Deras konstruerade natur kan därför vara lätt att missa. Att identifiera nyckelbegrepp är därför ett användbart analysverktyg. Hälsa och jämlikhet kan vara exempel på sådana begrepp. Eftersom betydelsen av dessa nyckelbegrepp ges olika mening av olika personer, är det av vikt att analysera vilken mening begreppen ges för en specifik problemrepresentation.

Tystnader – vad problematiseras inte

Den tredje analysfrågan syftar, likt den andra, till att analysera förståelsen av de identifierade problemrepresentationerna. Till skillnad från den andra riktar den in sig mot det som de aktuella problemrepresentationerna inte behandlar som problematiskt, det vill säga vad som inom ramen för problemet inte betraktas som en betydelsefull förklaringsmodell och därmed tystas ned eller bortses från (ibid.: 12-14). Genom att lyfta fram vad som inte ryms inom problemrepresentationen för den jämlika hälsan, och dessutom ge exempel på hur andra framställningar av problemet skulle kunna ge upphov till andra åtgärder, blir det möjligt att visa på de konstruktiva och diskursiva aspekter problemrepresentationerna bygger på.

Effekter och konsekvenser

Avslutningsvis tar Bacchi (1999; 2009: 15-18) upp tre typer av effekter, vilka den fjärde och sista analysfrågan förhåller sig till: diskursiva effekter, hur subjekt konstitueras samt konkreta effekter som påverkar individers liv, så kallade *lived effects*. Föreliggande studie fokuserar främst på de två förstnämnda och särskilt på den andra typen av effekt, det vill säga hur subjekt konstitueras i policyer om jämlik hälsa. Fokus ligger således på att studera hur grupper eller kategorier av identiteter tilldelas olika subjekspositioner och värden.

Problemkonstruktioner skapar och/eller förstärker de diskurser som omgärdar sociala problem (Bacchi, 2009: 16). Det är dessa konsekvenser som kallas *diskursiva effekter*. De diskurser, vari problemkonstruktionen befinner sig, får oss att betrakta världen på ett sätt och hindrar oss därmed att tänka annorlunda kring sakers tillstånd. Dessa eventuella tystnader, menar Bacchi (2009: 16), måste granskas och lyftas fram. Diskursiva effekter kan därmed definieras som konstruerade av de gränser som bestämmer vad som är möjligt att tänka eller säga om en specifik problemrepresentation (Bacchi, 2009: 69).

Denna studie fokuserar främst på vad Bacchi benämner *subjektifierande effekter*. Subjekt kan förstås som produkter av diskurser. Ett resultat av att problem konstrueras kan

vara att grupper av individer skapas och ställs i opposition till varandra, till exempel arbetslösa kontra förvärvsarbetande. Bacchi utgår här återigen från Foucault (1982: 208) och vad han kallar för *dividing practices*, en uppdelande praktik som indikerar vilken typ av beteende som är högt värderat och fördelaktigt respektive lågt värderat och ofördelaktigt. På detta sätt kan således även kategorier av identiteter konstrueras som binära; man/kvinna, svensk/invandrare, utbildad/obildad, vilket får konstituerande och subjektifierande effekter (de los Reyes & Mulinari, 2005: 126-127). Att identifiera dessa kan bidra till att analysera hur överordning och underordning konstrueras och skapas. Identifieringen av kategorier utgör därför ett viktigt analysverktyg i detta sammanhang. Kategorier ska således främst förstås som kategorier av individer och grupper av identiteter (Bacchi, 2009: 9). Att försöka identifiera hur kategorierna används är dock också av betydelse (de los Reyes & Mulinari, 2005: 126-127); används grupper och individer för att förklara ojämlika villkor eller sätts fokus på villkoren och samhällsstrukturer?

Problemkonstruktioner inbegriper dessutom ofta antaganden om *vem* som är skyldig till ett problems uppkomst. Ibland konstitueras själva målgruppen till en specifik policy som ansvarig för problemet eller som ett problem i sig (Bacchi, 2009: 17). Enligt Bacchi (2009: 17) är det av stor vikt att reflektera över hur det påverkar individer att konstitueras som ett *problem*. En policy som behandlar ojämlik hälsa kan således få olika konsekvenser beroende på om jämlikhet betraktas som ett strukturellt eller individuellt problem, om det ses som något som bör lösas av samhället eller om det är upp till individen att hantera. Av denna anledning menar Bacchi (2009: 140) att ytterligare en analysfråga bör ställas avseende vad *prevention* representerar för typ av problem:

- *Representerar prevention ett problem på individnivå eller på en strukturell eller samhällelig nivå?*

Prevention kan framställas på två olika sätt avseende vem som bör ställas som ansvarig för ett problem. Om prevention representerar ett problem på individnivå, är det individer själva som anses ansvariga för sin ohälsa, till exempel på grund av olika livsstilsval (ibid.: 130). Om prevention istället framställs som ett problem på strukturell eller samhällelig nivå, betraktas stat eller andra samhälleliga institutioner eller faktorer utanför individers kontroll som ansvariga för ohälsa. I de fall prevention representerar ett problem på individnivå kan det även vara av vikt att ställa sig frågande till huruvida ansvaret konstrueras som generellt, det vill säga beröra alla, eller om det riktas mot enstaka grupper i samhället.

Förhoppningen är att de ovan nämnda analysfrågorna ska kunna fungera som metodologiska verktyg för att kunna redogöra för de diskurser vari policyprocessen kring ojämlik hälsa befinner sig. En viktig fördel med frågorna är att de genom den diskursiva utgångspunkten är en metod för att föra fram en social kritik gentemot policyer och de förslag eller reformer de föreslår (Bacchi, 2009; se även Ekström, 2012), i detta fall åtgärdsförslag angående hur den ojämlika hälsan ska utjämnas. Dessutom ger ana-

lysfrågorna redskap för att visa på de effekter och konsekvenser som problemrepresentationerna kan ge upphov till, vilket i sig är en del av den kritiska granskningen av policyer om jämlik hälsa.

4.1.3. Klassificering av styrmedel och målgruppskonstruktioner

WPR-ansatsen förespråkar att analysen utgår från styrmedel och valda lösningar på det problem som formuleras. Jag har därför i min analys valt att utgå från de åtgärder som presenteras i policyprocesser avseende jämlik hälsa. För detta avseende har jag även ansett det vara fruktbart att kategorisera de lösningar som presenteras i policyer om jämlik hälsa. För detta ändamål har Schneider och Ingrams (1990; se även 1993) klassificering av styrmedel som *auktoritära*, *stimulerande*, *kapacitetsbyggande*, *symboliska* eller *lärande*, ansetts behjälplig. Schneider och Ingram (1990; 1993) utgångspunkt för modellen bygger på tanken om att det finns föreställningar om de effekter som styrmedel bidrar med. Schneider och Ingram (1990) menar att styrmedel inte endast väljs med ekonomiska beräkningar eller uttryckta mål i åtanke, som ofta annars görs gällande (Hill, 2007:147). Valet av styrmedel styrs istället eller också av underliggande förväntningar och antaganden om förändrade beteenden hos målgruppen. En analys av vilka styrmedel som väljs kan därför peka på varför specifika val görs. Mitt syfte med denna masteruppsats är inte att besvara varför specifika åtgärder formuleras i förhållande till problemet med den ojämlika hälsan. Genom att visa på underliggande antaganden om beteendeförändringar, tror jag dock att Schneider och Ingrams klassificering kan bistå med att dekonstruera och peka på de förgivettaganden som underbygger åtgärder och styrmedelsval. I förlängningen kan en klassificering enligt den modell Schneider och Ingram erbjuder, hjälpa till att förstå vad som konstruerar en problemrepresentation.

Schneider och Ingram (1990: 511-513) har inspirerats av andra klassificeringar av styrmedel. Utifrån tanken om en förväntad beteendeförändring hos målgruppen, gör de dock en egen klassificering av politiska styrmedel. Auktoritära styrmedel utgör den första kategorin av styrmedel, till vilken bland annat av förbud och regleringar räknas. Enligt Schneider och Ingram (1990: 514-515) finns det bakom användandet av auktoritära styrmedel, en föreställning om att människor är moraliska och inför lagen lojala människor. De auktoritära styrmedlen är således hierarkiska till sin karaktär; det finns en tanke om att människor väljer att följa de lagar och regler som de blivit ombedda att leva efter.

Till stimulerande styrmedel kan räknas olika former av sanktioner eller incitament, vilka ofta är ekonomiska till sin karaktär. I val av sanktioner och incitament för att uppnå en beteendeförändring, finns ofta en inbyggd tanke om människor som nytto-maximerare (ibid.: 515). Så länge individer stimuleras till en handling, antas de ha förmåga att se vilka möjliga val som finns och utifrån detta göra rationella beslut. En viss skillnad kan dock ses mellan sanktioner och incitament där de förstnämnda ofta

har en stigmatiserande effekt. Incitament används snarare för att främja ett socialt acceptabelt beteende i en specifik grupp (ibid.: 516).

En tredje form av styrmedel som Schreiber och Ingram (1990: 517-518) identifierar, är styrmedel som fokuserar på människors kapacitet, så kallade kapacitetsbyggande styrmedel, så som information, utbildning, rådgivning eller andra former av resurser. Vid val av kapacitetsbyggande styrmedel antas människor vara motiverade att skapa en förändring så länge de har tillräcklig information. Människor behöver således inte bli tvingade till förändring utan anses vara förmögna att själva ta de beslut som krävs. Val av kapacitetsbyggande styrmedel utesluter inte användandet av stimulerande styrmedel, men utgångspunkten är ofta att det kan finnas barriärer i form av okunskap eller brist på resurser som gör att individer inte förändrar ett beteende (ibid.: 517). Den här typen av styrmedel bygger på en föreställning om att människor kommer att acceptera och välkomna den information de erbjuds. Vidare argumenterar Schneider och Ingram (1990: 518) för att kapacitetsbyggande styrmedel används med utgångspunkten att individer inte behöver stimuleras till förändring utan att de kommer agera som *fria agenter* om de ges tillräcklig information och resurser. Detta innebär att individer förväntas kunna fatta sina egna beslut.

Till symboliska styrmedel, räknar Schneider och Ingram (1990: 519) symboler, bilder eller etiketter, som manar individer eller grupper till förändring. Vid val av symboliska styrmedlen finns en föreställning om att människor tar beslut som bygger på kulturella värden. Till skillnad från kapacitetsbyggande styrmedel utgår de inte nödvändigtvis från fakta och vetenskap, utan de försöker anspela på människors känslor och värderingar (ibid.: 519).

Den sista och femte gruppen av styrmedel som Schneider och Ingram tar upp är lärande styrmedel. Dessa styrmedel används vanligen när det inte finns en självklar lösning på ett policyproblem, när det råder oenighet om hur ett problem ska lösas eller när den aktuella målgruppen skiljer sig demografiskt åt (ibid.: 521). Vid tillfällen likt dessa tillämpas styrmedel, i form av exempelvis kartläggningar, kunskapsinventeringar, utvärderingar och uppföljningar (ibid.: 521).

Schneider och Ingram (1990) menar att kategoriseringen kan vara betydelsefull för en analys av underliggande förväntningar om beteenden. Schneider och Ingram (1990: 527) menar även att man utifrån kategorisering kan urskilja hur samhällsgrupper med få resurser inte förväntas förändra ett beteende med endast information och rådgivning. Istället görs antagandet att symboliska styrmedel samt sanktioner eller förbud är nödvändiga för att få till en beteendeförändring. Många gånger finns det en bakomliggande tanke att hjälpa målgruppen, men Schneider och Ingram menar att det trots detta ofta får resultatet av att gruppen stigmatiseras, får sämre självförtroende, blir beroende och internaliserar känslan av att vara ett offer. Val av styrmedel är dock även beroende av hur pass *värdig* målgruppen betraktas (Schneider och Ingram, 1993). Kapacitets-

byggande styrmedel och incitament riktas oftare mot grupper som betraktas som förtjänta av hjälp. Schneider och Ingram (1993: 339) menar att kapacitetsbyggande styrmedel i form av subventioner, eller bidrag, som riktas mot exempelvis fattiga individer, ofta kräver att bevis läggs fram om att subventionen eller bidraget faktiskt behövs. Dessa målgrupper måste således bevisa sin värdighet.

Bacchi (1999: 45-46) hävdar som nämnt, att Schneider och Ingrams modell inte tydligt nog visar på hur subjekt konstitueras, eftersom den inte betraktar policyprocessen som aktiv i konstruktionen av problem. Vad WPR-ansatsen dock saknar är en metod för att bestämma karaktären på de styrmedel som presenteras som lösningar och att förena Schneider och Ingrams styrmedelstypologi med de i övrigt diskursiva analysfrågorna skulle därför kunna förstärka analysverktyget. Styrmedelstypologier ska alltid betraktas med viss skepsis, eftersom de ofta brister i att täcka in alla de styrmedel som används (Hill, 2007: kap 7). I min analys av de lösningar som presenteras i policyer om jämlik hälsa är förhoppningen att Schneider och Ingrams modell kan bistå i att kategorisera föreslagna åtgärder så att den resterande analysen ska kunna underlättas. Dock har inte typologin använts slaviskt och den ska främst ses som ett komplement till WPR-ansatsen och de analysfrågor som WPR-ansatsen erbjuder (för en sammanhängande bild av analysens schemat, se bilaga 1).

4.2. Diskussion kring val av de studerade fallen och det studerade materialet

4.2.1. Jämförande studier

Som tidigare nämnt består det empiriska bidraget till denna studie av två fall, vilket tyder på att jag haft som ambition att utföra en jämförande analys. Enligt Hill (2007: 110) är det fruktbart och befogat att genomföra jämförande studier, då studien har som utgångspunkt att visa på kontextuella och diskursiva skillnader. Till skillnad från studier som utgår från strukturella och deterministiska teorier, som önskar påvisa likhet och i hög grad generalisera resultat, görs därför jämförelser för att kunna visa på hur skillnader uppstår och uppträder. Föreliggande studie är inte en komparativ studie i bemärkelsen att jag önskar förklara ett fenomen genom att jämföra med andra fall där detta fenomen inte existerar (se tex Esaiasson, et al., 2007). Studien är således inte en jämförande fallstudie i dess traditionella mening.

Syftet med studien har snarare varit att de två fallen ska kunna fördjupa förståelsen av hur jämlik hälsa konstrueras som problem, genom att de kan visa på en bredd eller mångfald i vad problemet representeras av. Jag hade kunnat välja att endast studera ett fall och därmed uppbringa ett större djup i problemrepresentationerna. Förhoppningen är att studiet av två fall kan bidra till ökad nyansrikedom och att de två fallen kan bredda de empiriska exemplen på hur jämlik hälsa konstrueras som problem. Enligt min förförståelse representerar olika lösningar på ett problem olika problemformuleringar. Utgångspunkten har därför även varit att policyer som berör jämlik hälsa ofta anammar olika problemrepresentationer, vilket får konsekvenser för hur politiken or-

ganiseras. Att studera två fall med olika tankar om hur ett problem ska lösas är därför intressant.

Den kvantitativa metodens stora fördel brukar sägas vara att resultaten lättare kan generaliseras. Enligt Malterud (2001: 485) är dock extern validitet eller generaliserbarhet eftersträvansvärt även vid kvalitativa studier. Malterud hävdar att det är viktigt att resultaten ska kunna användas bortom den befintliga kontexten, dock är det aldrig möjligt att uppnå en universell generaliserbarhet, vilket kan sägas vara mer möjligt vid ett slumpmässigt urval vid en kvantitativ studie. Men generaliserbarhet kan definieras på olika sätt. Till skillnad från kvantitativa studier utgör inte storleken på det analyserade materialet en central faktor i en kvalitativ studie (Malterud, 2001: 486). Ett allt för stort material behöver inte påverka överförbarhet och kan snarare bidra till problem i form av för ytlig analys. Generaliserbarhet i form av bredd och variation i materialet kan möjliggöra en djupare analys av ett specifikt fenomen (Larsson, 2001). Av värde vid en kvalitativ studie om diskursiva skillnader i förhållande till problemrepresentationer är därför att de empiriska fallen uppvisar en variation avseende organisationen av policyprocessen och de lösningar som presenteras på problemet med ojämlig hälsa. Eftersom lösningarna och den övriga policyprocessen kan sägas vara en representation av ett problem, bör en variation avseende dessa faktorer kunna bidra med mångfald och nyanser. Helt och hållet kommer dock resultaten aldrig att kunna sägas vara representativa för andra fall (Malterud, 2001; Larsson, 2001).

4.2.2. Avgränsningar angående urval – Varför folkhälsopolitik och jämlik hälsa?

Problemrepresentationers teoretiska funktion i att visa hur diskurser formar policyer och policyproblem och styr hur politiken organiseras har fokuserats i tidigare studier. Framför allt har då jämställdhetspolitik och jämställdhet som problem satts under lupp (se tex Ekström, 2012; Rönnblom, 2005; 2008; 2011). Mitt intresse ligger dels i att visa på problemrepresentationers teoretiska funktion även utanför politikområdet jämställdhet. Dels är jag intresserad av görandet av jämlik hälsa i sig. Det kan anses vara intressant att det till synes betraktas som en självklarhet att utforma policyer angående jämlik hälsa. Genomslagskraften hos WHO-rapporten, *Closing the gap in a generation*, är tydlig. Det är dock min egen och poststrukturalisters uppfattning att *självklarheter* bör betraktas med viss skepsis eller åtminstone med viss nyfikenhet – vad är det som är självklart, och hur har denna självklarhet uppstått? Utifrån Bacchis (2009) WPR-ansats bör antaganden och förgivettaganden som underbygger politiska problem analyseras och kritiskt granskas. Att studera hur jämlik hälsa konstrueras i folkhälsopolitiken kan därför anses vara angeläget.

4.2.3. De två utvalda fallen

I dagsläget har flera regioner, landsting och kommuner uppmärksammat en ojämlig fördelning av hälsan i befolkningen. Många har även initierat arbetet med att minska dessa skillnader. Aktörer på regional och lokal nivå har även lyft fram att det inte skett någon omfattande satsning på nationell nivå för att minska de ojämliga skillnaderna i

hälsa. SKL initierade 2010 samverkansprojektet, *Samling för social hållbarhet*, där 20 av medlemsregionerna, -landstingen och -kommunerna ingår. Av dessa är Malmö stad och Västra Götalandsregionen de som kommit längst i arbetsprocessen. Båda har i dagsläget utformat och konkretiserat åtgärdsförslag. I och med detta har Malmö stad och Västra Götalandsregionen ansetts utgöra intressanta fall. Det kan konstateras att dessa utvalda fall skiljer sig åt avseende den politiska nivån; fallen befinner sig på en politiskt lokal nivå, men utgörs av en region respektive en kommun.

Ambitionen har varit att studera två empiriska fall som varierar med hänsyn till hur ojämlik hälsa avses att lösas samt hur arbetsprocessen organiseras. Dessa aspekter skiljer sig åt vad gäller Malmö stad och Västra Götalandsregionens. De två empiriska fallen kan även anses intressanta, eftersom de åtgärdsförslag som lagts fram faktiskt skulle kunna komma att realiseras. Att kritiskt granska dessa skulle därmed kunna anses vara av värde. Dock innebär detta en begränsning i att det inte är möjligt att uttala sig om hur jämlik hälsa konstrueras i det faktiska arbete som utförs för att minska skillnader i hälsa.

Eftersom jag finner de två empiriska fallen intressanta att studera i sig, har jag valt att inte göra de två fallen anonyma. Med tanke på de relativt sett få kommuner, landsting och regioner som konkretiserat arbetet med jämlik hälsa i faktiska åtgärder, hade det dessutom varit svårt att hantera fallen på ett sätt så att de förblivit anonyma. Nedan följer således en kort presentation och beskrivning av de två fallen avseende de uppdrag som formulerats i Malmö stad och Västra Götalandsregionen för att utforma policyer om jämlik hälsa.

Malmö stad – Kommission för ett socialt hållbart Malmö

I Malmö inleddes arbetet med att utarbeta åtgärder för en ökad jämlik hälsa i och med att kommunstyrelsen (KS) i Malmö i maj 2010 beslutade om att tillsätta en kommission för att arbeta med frågorna under två år. Kommissionen kom att kallas för *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* (benämns fortsättningsvis *Malmökommissionen*). Inledningsvis tillsatte KS en huvudsekreterare samt ordförande Sven-Olof Isacson, professor i socialmedicin och global hälsa, för att leda arbetet. I övrigt har kommissionen varit politiskt oberoende och de 14 kommissionärer som kom att ingå i arbetet valdes ut av ordförande på uppdrag av KS (Kommunstyrelsen, 2010). Kommissionärerna har olika bakgrund, men är forskare inom områdena sociologi, medicin, pedagogik, socialt arbete, barn- och ungdomsvetenskap och hälsoekonomi, eller tjänstemän anställda av Malmö stad.

I KS (2010) direktiv till kommissionen går att utläsa att kommissionens uppdrag har varit att ta fram mål och strategier för att minska systematiska ojämlikheter och skillnader mellan grupper angående hälsa i Malmö stad. Uppdraget har vidare varit att ta fram underlag angående orsaker till och utbredningen av den ojämlika hälsan. Kom-

missionens arbete inleddes rent faktiskt i början av 2011 med att ta fram 31 underlagsrapporter, med analyser och beskrivningar av hälsoläget i Malmö samt sammanställningar av forskningsläget på en rad områden. Parallellt med detta arbete har diskussioner förts, mellan kommissionärer och mellan kommissionärer och andra intressenter och forskare på området, under möten och seminarier.

Arbetet har även kommunicerats via en blogg (<http://www.malmokommissionen.se/>), där delar av kommissionens medlemmar skrivit om arbetsprocessen, underlagsrapporterna och andra aktiviteter. Kommissionärerna har även låtit lägga upp intervjuer på Malmö stads hemsida, där de ger sin egen bild av viktiga arbetsområden och åtgärder, samt publicerat flera debattartiklar. I slutrapporten (Malmökommissionen, 2013), som lämnades till folkhälsorådet i Malmö stad den 15 mars 2013 och därefter till KS den 2 april, sammanfattas kommissionens arbete. Slutrapporten innehåller dessutom 24 mål och 72 åtgärdsförslag.

Västra Götalandsregionen – Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland

I budgeten för 2011 gav regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen regionstyrelsen i uppdrag att ta fram en handlingsplan för jämlik hälsa i Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen, 2010a). Målet med handlingsplanen sammanfattas i fyra punkter, där den första innebär att handlingsplanen ska identifiera kunskap om vilka beslut, insatser eller åtgärder som kan motverka ojämlika skillnader i hälsa (Folkhälsokommitténs kansli, 2010: 1). Det andra målet för handlingsplanen är att denna avgränsas till att fokusera på ett rimligt antal bestämningsfaktorer som stämmer överens med den folkhälsopolitiska policyn i regionen. Ett tredje mål för handlingsplanen är att denna ska fungera övergripande för hela regionen, det vill säga även inkludera folkhälsoarbetet i kommunerna, den ideella sektorn och organisationer på länsnivå. Det fjärde och sista målet är att handlingsplanen ska ta till vara på erfarenheter från liknande arbeten i andra regioner, landsting eller kommuner (ibid.).

Via regionstyrelsen landade uppdraget om att ta fram en handlingsplan på Folkhälsokommitténs bord, vilka därmed fick det samordnande ansvaret för arbetet. Tillsammans med representanter från regionutvecklingsnämnden, kommittén för rättighetsfrågor, kulturnämnden, hälso- och sjukvårdsutskottet och hälso- och sjukvårdsnämnderna formades även tidigt en politisk styrgrupp (Västra Götalandsregionen, 12-09-21). Styrgruppen kom därmed att representeras av 14 politiker från både oppositionella partier och de styrande partierna i regionen. Från de nämnda förvaltningarna bildades även en arbetsgrupp, med funktionen att arbeta fram förslag till åtgärder. I arbetsgruppen har även representanter från kommunerna i Västra Götalandsregionen, samordningsförbunden, föreningslivet, Försäkringskassan, Länsstyrelsen, Arbetsförmedlingen och fackförbunden ingått. Fyra tjänstemän på Enheten för folkhälsofrågor utgjorde dessutom en så kallad kansligrupp, ledd av folkhälsochefen i Västra Götalandsregionen, med ansvar att driva det löpande arbetet med handlingsplanen. Inledningsvis var tanken att även ett forskarnätverk skulle knytas till arbetet med att utforma handlings-

planen, men så blev inte fallet (Kastberg, 2013). Likt Malmökommissionen, har personer inblandade i arbetet med handlingsplanen, valt att kommunicera arbetsprocessen via en blogg, <http://www.jamlikhalsavast.se/>, samt varit aktiva i media, så som dagspress och radio.

Åtgärderna arbetades, som nämnt, fram av arbetsgruppen via möten, men framför allt via en konferens i februari 2012. De 200 åtgärdsförslag som inkom under arbetsprocessen sorterades sedan av kansligruppen och via diskussioner med arbetsgruppen och återkoppling från styrgruppen (ibid.) formulerades 12 problemområdet och 45 åtgärder. Handlingsplanen antogs av Folkhälsokommittén i januari 2013, och har sedan dess varit ute på remiss. I juni 2013 antog även Regionstyrelsen handlingsplanen, samt gav folkhälsokommittén det fortsatta uppdraget att följa upp och åiterrapportera implementeringen av åtgärderna.

4.2.4. Textanalys som val framför exempelvis intervjuer

Det empiriska materialet som valts ut för att analysera hur de två fallen, Malmö stad (Malmökommissionen) och Västra Götalandsregionen, konstruerar jämlik hälsa som problem, består av textdokument, videoinspelningar och tidningsartiklar. Analysen utgörs därför främst av en textanalys av de utvalda texterna. Initialt fanns en tanke om att utöver att studera material i form av olika texter producerade av eller i samband med de två fallen, att även göra intervjuer med aktörer inblandade i policyprocesserna. Intervjuer hade kunnat bidra med kunskap om eventuella konflikter i diskurser avseende problemrepresentationer av jämlik hälsa. Det hade eventuellt även kunnat ge värdefull information om *varför* vissa problemrepresentationer getts större utrymme än andra. Detta hade kunnat bidra till en analys om hur vissa framställningar av problemet överordnats andra. På grund av tidsmässiga aspekter gjordes dock valet att avgränsa studien till att endast fokusera på relevanta policydokument. En textanalys må sakna verktyg för att besvara de ovan nämnda aspekterna, men då det centrala för att genomföra en WPR-analys är de lösningar på problemet som formulerats, bör sådana policydokument utgöra kärnan för analysen (Bacchi, 2009: 20).

4.2.5. Det studerade materialet – och ytterligare avgränsningar

I den här studien har jag varit intresserad av att identifiera problemrepresentationer i policyprocesser kring jämlik hälsa. Intressant material att studera har därför varit material producerat i samband med de studerade policyprocesserna i de specifika fallen. Centralt i en WPR-ansats är att utgå från lösningar på det aktuella problemet och det anses därför som primärt att identifiera policydokument som specificerar val av eller rekommendationer kring styrmedel (Bacchi, 2009: 20). Två dokument har därför varit centrala i analysen, *Malmös väg mot en hållbar framtid : Hälsa, välfärd och rättvisa* (Kommission för ett socialt hållbart Malmö (Malmökommissionen), 2013) och *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* (Västra Götalandsregionen, 2012b). Det förstnämnda är Malmökommissionens slut-

rapport, vilken innehåller de mål och åtgärder som Malmökommissionen arbetat fram. Det andra är den handlingsplan Västra Götalandsregionens arbete utmynnat i. Även denna innehåller åtgärdsförslag. I övrigt har det inte varit helt självklart vilket material som ska ingå i analysen och vad som ska väljas bort. Inledningsvis anammade jag därför ett brett angreppssätt, för att efterhand kunna sovra och endast inkludera relevant material. Till relevant material har räknats texter som beskriver bakgrunden till arbetet och jämlik hälsa som problem, texter som fokuserar på arbetsprocessen samt texter som av Malmökommissionen eller Västra Götalandsregionen beskrivits som betydelsefulla. Det studerade materialet har således främst kommit att utgöras av det material som producerats i samband med de två policyprocesserna. Det rör sig om projektplaner och projektbeskrivningar, delrapporter, konferensmaterial, videoinspelningar, blogginlägg från de två fallen bloggar samt debattartiklar och radioinslag.

De två fallen, Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen, skiljer sig åt avseende policyprocessens upplägg samt vilka aktörer som varit inblandade i att formulera policyförslag angående jämlik hälsa. Något bör därför sägas om de val som gjorts runt de aktörer som producerat de analyserade texterna (Esaiasson, et al., 2007: 247). Det kan dock vara på sin plats att påminna om att analysens fokus inte ligger på aktörerna eller den del olika aktörer har i problemformuleringsprocessen. Vem som producerat policydokumenten har dock varit av betydelse för de avgränsningar som gjorts i förhållande till val av material. Vad gäller Malmökommissionen har det främst varit av intresse att studera det material som kommissionärerna själva producerat. Eftersom Malmökommissionen arbetat efter en modell, som gjort arbetet politiskt oberoende, har det inte ansetts särskilt intressant att exempelvis inkludera de politiska dokument som folkhälsoarbetet i Malmö stad baseras på. Arbetet i Västra Götalandsregionen baseras däremot uttryckligen på några av regionens styrdokument och det har därför ansetts viktigt att inkludera dessa i analysen. De aktörer som varit inblandade i policyprocessen i Västra Götalandsregionen utgörs av politiker och tjänstemän, och materialet som valts ut för analys har därmed, till skillnad från Malmökommissionen, till viss del författats av enskilda politiker. Detta innebär dock inte att jag i analysen studerar i vilken utsträckning enskilda politiska och ideologiska ställningstaganden påverkar problemrepresentationen av jämlik hälsa. Detta skulle kunna betraktas som en svaghet i studien. Dock är utgångspunkten i poststrukturalistisk forskning att alla individer bär på förgivettaganden om verkligheten. På detta sätt kan alla individer förstås som *politiska*.

Urvalet av material för de olika fallen har med tanke på de olika aktörerna sett något olika ut. Materialurvalet för Malmökommissionen har gjorts något snävare avseende både tidsaspekter och vem som producerat texterna. Materialet från Västra Götalandsregionen har en större bredd, med dokument producerade längre bak i tiden. Materialets omfång har även kommit att bli större under tiden för studien. Eftersom jag tidsmässigt följt både Malmökommissionens och Västra Götalandsregionens processer och parallellt inlett mina analyser, har material tillkommit under arbetets gång.

Läsaren bör vara medveten om att de förslag och lösningar för att minska den ojämlika hälsan som presenteras, inte nödvändigtvis kommer att realiseras. Studien utförs i ett skede då en faktisk implementering ej har påbörjats och där politiska beslut inte fattats angående eventuella fortsättningar. Detta ska dock inte ses som ett problem med studien då syftet inte är att utvärdera de föreslagna åtgärderna eller implementeringen av dessa. Syftet är som nämnt snarare att studera hur jämlik hälsa konstrueras som problem och vilka konsekvenser detta får i form av lösningar och målgrupper.

4.2.6. Avgränsningar angående historiska och kontextuella aspekter kring fallen

Bacchi (2009) förespråkar att historiska och kontextuella aspekter beaktas i studiet av problemrepresentationer. Kontexten och bakgrunden till policyn påverkar hur problemet konstrueras och formuleras. För att verkligen kunna dekonstruera och tolka de förgivettaganden som problemrepresentationer bygger på krävs därmed en förståelse för hur problemet kommit att betraktas som just ett problem (Bacchi, 2009: kap 1). En sådan analys kräver en omfattande genomgång av material som kan tänkas ha påverkat problemrepresentationerna i de studerade fallen. Det krävs ett historiskt perspektiv och en breddad kontext, vilket utgör en studie i sig. WPR-ansatsen bidrar med analysfrågor som behandlar just dessa aspekter. Trots detta har jag ansett det nödvändigt att avgränsa masteruppsatsen till att endast fokusera på de specifika fallens policyprocesser. Detta innebär givetvis en begränsning, som medför att jag inte kommer att kunna identifiera hur problemrepresentationerna har uppstått. Möjligheten att besvara mitt syfte, kvarstår dock.

Att i viss mån förstå den kontext som omgärdar problemområdet med jämlik hälsa har ändå ansetts relevant för att kunna tolka identifierade problemkonstruktioner (Bacchi, 2009: 21). Jag har därför för egen del läst in mig på CSDH-kommissionens arbete med jämlik hälsa samt SKL:s *Samling kring social hållbarhet*. Både Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen är tydliga med att de inspirerats av såväl CSDH-kommissionen som SKL:s arbete. Båda fallen har även i viss mån samarbetat med Michael Marmot, huvudförfattaren till CSDH-kommissionens rapport, *Closing the gap in a generation*. Jag har dock valt att inte inkludera något material från CSDH eller WHO i analysen.

4.3. Bearbetningen av det empiriska materialet: Det teoretiska ramverket möter det empiriska materialet

Bacchi (2009: 3) förespråkar att analysprocessen av problemrepresentationer utgår från lösningarna. Detta innebär, för den här studien, att jag inledde analysarbetet med att noggrant analysera de mål, problemområden och åtgärder som, de två fallen, Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen, presenterat i policyer om jämlik hälsa. Inte endast lösningarna betraktas dock som värdefulla för analysen av de diskursiva gränser, i form av föreställningar och förgivettagna sanningar, som formar vad som är ett problem och inte. Tolkningsarbetet har därför även inkluderat en analys av

det andra material, som i större utsträckning beskriver bakgrunden till arbetet och problemet, policyprocessen och problemområdet i sig. Enligt Bacchi (2009: 20) är det viktigt att beakta att policyer och specifika policydokument kan innehålla motsägelsefulla budskap och spänningar. Genom att fokusera på både lösningar och övriga beskrivningar och ständigt röra mig mellan dessa, har det varit möjligt att studera och analysera dessa motsägelser och motsättningar i problemformuleringsprocessen. Vidare har jag fokuserat på vad som kunnat identifieras som dominerande problemrepresentationer, det vill säga de problemrepresentationer som gett störst avtryck i lösningarna.

Tolkningsarbetet har tagit sin utgångspunkt i det teoretiska ramverk, som presenterats i kapitel tre. För att förstå de fynd som analysen gett upphov till, har jag således återvänt till de teoretiska resonemang, vilka studien vilar på. Tolkningsarbetet har dock även stadgats upp av den tidigare forskning som presenterats inledningsvis. I den mån mina tolkningar baseras på tidigare forskning, kan det således beskrivas som att sekundärlitteratur använts i tolkningsarbetet. För att förstå och tolka de diskurser som identifierats har det ansetts nödvändigt att för egen del sätta mig in i de diskurser och den kontext som fynden förhåller sig till (Bacchi, 2009: 20-21). Enligt Bacchi (2009: 21) kan det dock anses problematiskt och i viss mån godtyckligt att tolkningen sker genom att "fylla i" kontext, eftersom detta i sig är en tolkande aktivitet. Sekundärlitteratur har därmed använts med viss försiktighet.

Avslutningsvis bör något kort sägas om de val som gjorts i förhållande till hur analysen av det empiriska materialet presenteras. Jag har i ganska stor utsträckning valt bygga upp presentationen runt citat och referat från ursprungstexterna. Detta förklaras av min ambition att tydligt visa läsaren vad min tolkning av texterna bygger på (Esaiasson, et al., 2007: 253). En del citat är därför även längre till sin karaktär, för att möjliggöra för läsaren att förstå hur ursprungstexterna är uppbyggda.

Ett förtydligande avseende användningen av begreppen *lösningar* och *åtgärder* kan också vara på sin plats. Lösning kommer fortsättningsvis att användas som ett mer teoretiskt begrepp för att tydliggöra hur de två fallen, Malmö stad och Västra Götalandsregionen, konstruerar jämlik hälsa som problem. Åtgärd, å andra sidan, har en mer beskrivande funktion, och kommer att användas för de styrmedelsval fallen presenterar.

4.3.2. Reflexivitet

I kvalitativ forskning generellt (Malterud, 2001) och kanske framför allt inom den kritiska, feministiska forskningstraditionen, anses forskarens egen reflexivitet vara avgörande för tolkningen av materialet (Bacchi, 2009; Tanesini, 1999). Forskarens påverkan på studiens resultat ska inte underskattas och att tala om en objektiv vetenskaplig metod är därför inte möjlig. Utgångspunkten för den här studien är snarare att all

forskning är normativ. Som klargjorts tidigare är detta även en viktig utgångspunkt i all poststrukturalistisk forskning. Att eliminera en subjektiv skevhet är därför inte möjlig (Malterud, 2001: 484). Enligt feministisk epistemologi riskerar föreställningen om en objektiv forskningsansats att osynliggöra forskarens egna förgivettaganden (Tanesini, 1999). Vad forskaren bör göra är därför att delge de egna normativa föreställningar som kan komma att påverka studiens resultat (Bacchi, 2009; Malterud, 2001; Tanesini, 1999). Föreliggande studie utgår från tanken om forskningens möjlighet att vara feministiskt emancipatorisk. Bacchi (1999: 204) hävdar att alla feministiska forskare bör granska hur konstruerade problem konstituerar kvinnor som maktlösa och svaga: "[m]y argument [...] is that feminists have little option but to engage with the state, and with extra-state institutions such as the law and the medical profession, in contesting constructions of problems which work to disempower women". Min utgångspunkt är dock inte att kategorin kvinnor är homogen. Dessutom vill jag hävda att feminister bör verka för att kritiskt granska hur *all* över- och underordning konstrueras och reproduceras genom policyer och policyproblem. Denna emancipatoriska ansats har jag därmed tagit fasta på.

Bacchi (2009: 19) anser dock även att användare av WPR-ansatsen bör granska sina egna problemrepresentationer. Forskarens egna förgivettaganden kommer enligt Bacchi i viss mån oundvikligen att påverka resultatet och analysen. En genomgående självreflexivitet i förhållande till egna förgivettagande om hur världen och problem är konstituerade minskar dock denna effekt.

5. Analys av det empiriska materialet

Hälsa är enligt Bacchi (2009: 128) ett svårt begrepp – ett koncept som kan fyllas med mycket innebörd och begripliggöras på olika sätt. Poststrukturalistisk teori gör gällande att detta påverkar organisationen av folkhälsopolitiken. När ett begrepps mening förstås på olika sätt av olika individer, reflekteras detta i de policyer som formuleras (Bacchi, 2009; jmf Rönnblom, 2011). Jämlikhet kan i sig betraktas som ett mångbottnat begrepp (Bacchi, 2009: 180). Både Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen har under de senaste tre åren gjort det tydligt att ojämlika skillnader i hälsa betraktas som ett allvarligt problem. I denna del, som utgör presentationen och analysen av det empiriska materialet, kommer jag dock att försöka visa på vad den ojämlika hälsan representerar för typ av problem i de olika fallen. Jag kommer att tydliggöra de diskursiva gränser (Bacchi, 2009) som de olika förståelserna av jämlik hälsa sätter upp och, som jag kommer att visa, konstituerar kategorier av individer i olika subjekspositioner.

Tydligt är att den jämlika hälsan representeras av andra *problem*. Det handlar om problem som vanligen kanske skulle betraktas som tillhörande andra politikområden, exempelvis arbete, utbildning, ekonomisk tillväxt, integration, och så vidare. Detta är fallet både för Malmökommissionens och för Västra Götalandsregionens problemformuleringsprocesser kring jämlik hälsa. Jämlik hälsa presenteras således som ett problem i sig och som ett problem med konsekvenser för en rad andra problemområden. Som nämnt i metodavsnittet är det relevant att även granska vad andra identifierade problem representerar (Bacchi, 2009: 21). Jag kommer i presentationen av Malmökommissionen och Västra Götalandsregionens problemformuleringsprocesser att komma in på flera av dessa problemområden, hur de konstrueras och vilka specifika konsekvenser och effekter de kan uppbbringa. Ett särskilt fokus ges till de identifierade problemrepresentationer, som dominerar de studerade fallen förståelse av jämlik hälsa.

Presentationen av delstudierna är indelade i avsnitt, vilka fungerar som en reflektion av det teoretiska analys-schemat. Det inledande avsnittet ägnas därför åt att kategorisera de två fallen föreslagna åtgärder för att minska ojämlika skillnader i hälsa. Detta följs av tre avsnitt som fokuserar på WPR-ansatsens fyra analytiska frågor: Hur framställs problemet med jämlik hälsa?; vilka förgivettaganden ligger till grund och formar representationen av problemet med jämlik hälsa?; vad problematiseras inte i den aktuella problemrepresentationen?; samt, vad är effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen? Analysen och tolkningen utifrån analysfrågorna kan dock inte självklart delas in under tre rubriker och de tre avsnitten går därför delvis in i varandra.

5.1. Kommission för ett socialt hållbart Malmö

Malmökommissionen formades i maj 2010 och avslutade sitt arbete med en slutrapport i mars 2013. Slutrapporten utgör ett omfattande policydokument. Den analys som gjorts, med slutrapporten som det mest centrala analysobjektet, förutom delrapport, blogginlägg, videoinspelningar av kommissionärer, debattartiklar med mera, visar att Malmökommissionens förståelse av jämlik hälsa som problem bygger på en rad olika diskurser. Jag kommer å det följande att presentera hur jämlik hälsa som problem behandlas i termer av bristande förutsättningar, inkomstgap och social hållbarhet. Vidare kommer jag visa på hur ansvaret för jämlik hälsa genom specifika problemrepresentationer riktas mot samhällsstrukturer och politiska beslut. Den tydligaste dominerande problemrepresentationen, som framkommit i det analyserade materialet, är att jämlik hälsa konstrueras som ett problem med inkomstskillnader. Jag kommer därför att ägna denna problemrepresentation störst utrymme i presentationen.

I Malmökommissionens (2013) slutrapport presenteras 24 mål och 72 åtgärder. Någon väldigt detaljerad beskrivning är inte möjlig att göra, men för att situera läsaren, görs inledningsvis en sammanfattning av de målområden kommissionen valt att prioritera samt ett försök att klassificera de 72 åtgärderna enligt den uppdelning Schneider och Ingram (1990) gör mellan styrmedel som auktoritära, stimulerande, kapacitetsbyggande, symboliska och manande eller lärande. Detta inledande avsnitt är främst deskriptivt, men det utgör även en betydelsefull del i att knyta an till den fortsatta analysen.

5.1.1. Kapacitetsbyggande och lärande styrmedel

Målen och åtgärdsförslagen som Malmökommissionen lägger fram i sin slutrapport rör sig inom tre områden av rekommendationer; det rör sig om att fokus bör läggas på individers vardagsvillkor, på samhällssystemens organisering och funktioner samt på förändrade former för styrningsprocesser för att de två förstnämnda rekommendationerna ska kunna genomföras.

Målen för den första rekommendationen riktar in sig på vardagsvillkoren för barn och ungdomar, samt på boendemiljö och stadsplaneringen av denna. Vad gäller barn och ungdomars vardagsvillkor presenteras tre mål, vilka inkluderar: att öka inflytande och deltagande bland barn och unga, att halvera barnfattigdomen i Malmö och att minska hemlöshet, trångboddhet och dåliga bostadsförhållanden. Barnfattigdomen ges stort fokus, med sex olika åtgärdsförslag. Förutom ett av dessa, som kan betraktas som lärande, är alla åtgärder av kapacitetsbyggande karaktär. Det rör sig framför allt om ekonomiskt bistånd. Bland annat föreslås att ett kommunalt ekonomiskt familjestöd ska inrättas, att barnfamiljer med långvarigt försörjningsstöd ska tilldelas ett förhöjt försörjningsstöd och att alla barn ska ges tillgång till gratis kollektivtrafik. Åtgärderna för att förbättra bostadsförhållanden för barn utgörs av två till karaktären lärande styrmedel. Det handlar om att ta fram handlingsprogram för att barnfamiljer ska kunna få en

ökad tillgång till billiga bostäder av god kvalitet och för att åtgärda brister i bostadsmiljö och bostadsförhållanden.

Förbättringen av boendemiljön för den generella befolkningen i Malmö, konkretiseras i tre mål: att alla invånare ska ha tillgång till en bra bostad, att boendesegregationen ska minska samt att tillit och deltagande ska öka genom främjande bostadsmiljöer. Åtgärderna som rekommenderas kan klassificeras som främst kapacitetsbyggande. De syftar till att öka resurser i form av bostäder till bostadslösa och att höja tillgången till servicefunktioner, grönområden och attraktioner i vissa bostadsområden. Vissa av åtgärderna, till exempel att sociala konsekvensbedömningar vid investeringar i byggnationer av olika anläggningar, samhällsservice och mötesplatser bör tillämpas, kan även betraktas som lärande.

Den andra övergripande rekommendationen tar fasta på vad Malmökommissionen kallar samhällssystem, så som utbildning, inkomst och arbete samt hälso- och sjukvård. Målen på utbildningsområdet är många. Det första berör en likvärdig skola, vilket alla barn i Malmö anses ha rätt till. Åtgärdsförslagen kan sammanfattas som främst lärande och kapacitetsbyggande och inbegriper bland annat inventering av resurser, kvalitetsarbete och kvalitetsutveckling, kompetensutveckling och vidareutbildning av skolpersonal samt en utökning av ämnet idrott och hälsa i grundskolan. Övriga mål riktar in sig specifikt på förskolan, grundskolan, fritidsverksamhet och gymnasium. Även här är de styrmedel som rekommenderas framför allt lärande och kapacitetsbyggande. Flera åtgärdsförslag riktar in sig på lärares kompetens, samt kartläggningar och uppföljningar av behov och utveckling av elevers kunskapsutveckling och studieresultat. Vissa av dessa riktar sig specifikt till barn med utländsk bakgrund. Som exempel på kapacitetsbyggande åtgärder kan nämnas att elever med utländsk bakgrund i grundskolan rekommenderas att få tillgång till studiehandledning på sitt modersmål. Att elevhälsovården vid gymnasiet byggs ut och att mer resurser i form av mindre barngrupper och stödinsatser till elever med behov är exempel på andra kapacitetsbyggande åtgärdsförslag. Avslutningsvis är det sista målet inom utbildningsområdet att sammansättningen av elever ska vara diversifierad vad gäller barn från olika socioekonomiska och etniska bakgrunder samt avseende kön och prestationer, med åtgärder av kapacitetsbyggande karaktär. Exempelvis avses föräldrar få information om utbildningar för att förbättra vissa skolors rykte.

Målen och åtgärderna avseende inkomst och arbete är även de många. Det huvudsakliga målet för Malmöbornas inkomster handlar om att minska inkomstfördelningen. Här rekommenderas att kommunen för en diskussion med den statliga nivån för att öka riksnormen på försörjningsstödet. Åtgärden kan alltså klassificeras som subventionerande, det vill säga kapacitetsbyggande, även om kommunen i sig inte ställs som primärt ansvarig. Kommunen å andra sidan rekommenderas att följa upp inkomstfördelningen i Malmö, det vill säga att använda sig av ett lärande styrmedel. Det andra målet berör arbetsmarknaden och stimuleringen av arbetstillfällen. Åtgärdsförslagen

är främst kapacitetsbyggande, som förslagen att flytta arbetsmarknadspolitiska insatser geografiskt närmre invånarna, att fortsatt satsa på lärlings- och introduktionsplatser för unga individer och vidareutbildning för eftersatta grupper på arbetsmarknaden samt att ge ungdomar information om möjligheter till utbildning och arbetslivserfarenhet. Avseende målet om goda arbetsvillkor, utgörs åtgärderna främst av lärande styrmedelsformer, så som tillsyn och kollegiala granskningar av arbetsmiljö respektive organisationsformer.

Slutligen ingår mål och åtgärder för hälso- och sjukvårdssystemen. De fyra mål som rekommenderas kan sammanfattas sikta mot en likvärdig vård av både barn, däribland skolelever, och vuxna samt en ökad kunskap om Malmöinvånarnas hälsa. En stor del av åtgärderna utgörs av lärande styrmedelsformer. Det rör sig bland annat om att utföra analyser av läkarbesöken, att analysera familjecentraler och att inrätta epidemiologisk bevakning. Kompetensutveckling för personal inom hälso- och sjukvården angående så kallad interkulturell kompetens, sociala bestämningsfaktorer för hälsa och genusperspektiv, utgör andra åtgärdsförslag, vilka skulle kunna klassificeras som ett slags indirekt kapacitetsbyggande styrmedel. Två av åtgärdsförslagen kan klassificeras som stimulerande och kapacitetsbyggande. Dels rekommenderas att mammografiscreening görs gratis och dels rekommenderas att alla personer över 80 år får tillgång till kostnadsfria hälsokontroller.

Den tredje och sista övergripande rekommendationen inbegriper som nämnt styrningsprocesser. Målen kan sammanfattas enligt följande: ”att främja utvecklingen av lärande och kunskapsutvecklande organisationer”; ”att främja en demokratisk utveckling av governance och möjliggöra delaktighet i olika former”; samt ”att genom kunskapsallianser skapa nya samarbetsformer mellan privat och offentlig sektor samt civilsamhället” (Malmökommissionen, 2013: 143). Åtgärdsförslagen för den tredje rekommendationen är i viss mån svårare att klassificera enligt Schneider och Ingrams (1990) modell, eftersom de per definition karaktäriseras av *nya* styrmedelsformer, så som modeller för *governance* och nätverksstyrning och *mainstreaming* (integrering) av hälsoaspekter i alla politiska beslut. Men i stort utgörs åtgärdsförslagen av styrmedel av lärande karaktär. Malmökommissionen ger exempelvis som förslag att levnadsundersökningar ska inkluderas i arbetsprocesser inom kommunens förvaltningar, samt att forskare, praktiker och personer från näringsliv och civilsamhället i större utsträckning bör samverka i så kallade kunskapsallianser.

5.1.2. Vad representerar problemet med jämlik hälsa?

Sammanfattningen av Malmökommissionens rekommendationer ovan tydliggör den breda förståelse Malmökommissionen har av hälsa och jämlik hälsa som problem. Detta kommer att göras än tydligare i detta avsnitt, där jag gör en genomgång av hur Malmökommissionen framställer och begripliggör *hälsa* och *jämlikhet* som problem. Problemrepresentationerna av hälsa och jämlikhet presenteras separat. Förståelsen av jämlik hälsa är givetvis beroende av kombinationen av och relationen mellan begrep-

pen. Att tolka och reflektera över hur hälsa och jämlikhet framställs som problem separat kan dock öka möjligheten att analysera de diskursiva gränser som omgärdar jämlik hälsa som problem. Jag kommer i detta avsnitt även att analysera vad *kunskap* representerar för problem i Malmökommissionens arbete.

Malmökommissionens förståelse av hälsa

Den problemrepresentation som görs mest central i Malmökommissionens arbete är att hälsa är ett *socialt* problem. Utgångspunkten för kommissionens arbete är befolkningens hälsa och det är framför allt ”risken att dö”, ofta operationaliserat till (medel)livslängd, och ”hälsorelaterad livskvalitet” eller självskattad hälsa (Malmökommissionen, 2013: 14) som presenteras som viktiga mått på befolkningens hälsoläge. Det är således en holistisk förståelse av hälsa som framträder i kommissionens arbete. I slutrapporten (ibid.: kap 7) beskrivs dock även Malmöbefolkningens hälsa med en rad olika sjukdomstillstånd och levnadsvanor, till exempel fetma och övervikt, diabetes, hjärt- kärlsjukdom, cancer, tandhälsa och karies, psykisk ohälsa, muskelsmärta, fysisk inaktivitet, dåliga kostvanor, rökning, alkohol- och droganvändning och stress, vilket tyder på att problemrepresentationen bottnar i en bred förståelse av hälsa, där både biomedicinska och sociala förklaringsmodeller används för att begripliggöra problemet. Att det i huvudsak är en social framställning av hälsa som presenteras, blir särskild tydligt i och med det genomgående fokus som ges till sociala faktorer för att förklara orsaker till ohälsa och skillnader i ohälsa. Vad gäller åtgärdsförslagen som Malmökommissionen lägger fram i sin slutrapport (ibid.), riktar sig dessa i princip uteslutande mot sociala faktorer. De sociala faktorer som lyfts fram som betydelsefulla för hälsan i befolkningen är utbildning, arbetsvillkor, arbetsmiljö och sysselsättningsgrad, inkomst, boendeförhållanden och -miljö, graden av trygghet och tillit, deltagande och inflytande samt våld och övergrepp. I förordet till Malmökommissionens (2013) slutrapport formulerar Sven-Olof Isacsson bakgrunden till kommissionens arbete:

Forskning visar tydligt att det inte räcker med att bara påverka risker genom att individuellt behandla höga blodfetter, högt blodtryck, ge råd om att ändra kostvanor, sluta röka, dricka måttligt och öka den fysiska aktiviteten om vi skall förbättra hälsan i hela befolkningen. Hälsa- och sjukvården har stor betydelse för vår hälsa, men viktigast är de faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården.

Framför allt tyder de åtgärder, som presenteras i Malmökommissionens (2013) slutrapport, på att hälsa representerar ett preventivt problem. Övervägande åtgärder riktas mot att förebygga att sjukdom uppstår alternativt att stärka eller främja hälsan hos Malmöborna. Den framställning som gör sig tydlig är att de faktorer som leder till ohälsa ska minskas eller utplånas och att de faktorer som stärker individers chanser till en förbättrad hälsa ska främjas. Flera av de åtgärder som Malmö stad rekommenderas riktar in sig på att lösa andra problem som i sig beskrivs leda till ohälsa. En förklaringsmodell som ges stort utrymme är att fattigdom och inkomstskillnader bidrar till ohälsa. Att utplåna fattigdom och inkomstskillnader blir därför en lösning på att förebygga ohälsa. På samma sätt framställs utbildning som hälsofrämjande, eftersom ut-

bildning kan leda till ett arbete med goda arbetsvillkor och en rimlig inkomst. Vissa av åtgärderna är därför av en mer lindrande karaktär gentemot dessa andra problem, men i förhållande till att minska ohälsotal är de preventiva. Bland åtgärderna som rekommenderas för hälso- och sjukvården återfinns dock ett fåtal som är av mer botande karaktär. Att erbjuda hälsokontroller till personer som fyllt 80 år (Malmökommissionen, 2013: 126) skulle kunna fungera förebyggande, men har förmodligen främst en botande effekt. Att identifiera barn som utsätts för våld eller andra former av övergrepp (ibid.: 126), kan inte heller betraktas som en rent förebyggande åtgärd, utan bör snarare klassificeras som sekundärpreventiv.

Den typ av prevention Malmökommissionen rekommenderar representerar främst ett socialt problem. Förutom mammografiscreening, som är att betrakta som en form av biomedicinsk problemrepresentation av prevention, är det i princip endast åtgärder som framställer prevention som ett socialt problem. Detta innebär att det inte främst är rent biologiska faktorer som åtgärderna syftar till att förebygga. Snarare riktar Malmökommissionens rekommendationer in sig på sociala faktorer i form av, arbetsvillkor, utbildning, boendeförhållanden, och så vidare. Redan i direktivet från KS (Kommunstyrelsen, 2010) formulerades att Malmökommissionen, i sitt arbete med att ta fram mål och åtgärder för att minska den ojämlika hälsan i Malmö, ska fokusera på strukturella bestämningsfaktorerna för hälsa. Det är också denna förklaringsmodell som tydligast representerar problemformuleringen i Malmökommissionens fortsatta arbete. Vanligt förekommande begrepp för att förklara de strukturer som påverkar individers och populationers hälsa är bland annat *livs-* eller *levnadsvillkor* och *levnadsförhållanden*. Malmökommissionen beskriver det som att individuella bestämningsfaktorer för hälsa hänger

starkt samman med hälsans sociala bestämningsfaktorer. [...] Detta är ett viktigt skäl till att förändra folkhälsopolitiken från att ha ett ensidigt fokus på individuella faktorer till ett bredare perspektiv på hälsans sociala bestämningsfaktorer.

(Malmökommissionen, 2013: 17).

Åtgärderna som Malmökommissionen rekommenderar är i mycket stor utsträckningen *strukturella* lösningar och ansvaret för problemet med ojämlik hälsa riktas därmed mot politiska beslut och samhällets organisering. Hur *ansvar* konstrueras av Malmökommissionen kommer att diskuteras vidare under avsnitt 5.1.4.

Malmökommissionens förståelse av jämlik hälsa

Hälsa begripliggörs alltså av Malmökommissionen mycket kortfattat som ett socialt problem som bör förebyggas genom att rikta fokus mot sociala faktorer på en strukturell och samhällelig nivå. Den hälsa som behandlas av Malmökommissionen beskrivs dock även vara ojämlikt fördelad och för att verkligen förstå den problemrepresentation som framställs, är det även av betydelse att förstå hur *jämlikhet* konstrueras som problem.

Framför allt används sociala faktorer för att förklara och framställa problemet att hälsan är *ojämlik*. Enkelt förklarat beskrivs sociala faktorer, så som utbildning, arbete och inkomst, bostadsförhållanden och tillgång till hälso- och sjukvård, på olika sätt vara ojämnt fördelade i samhället. Det är alltså detta som föranleder framställningen av hälsan som ojämlig, eftersom de ovan beskrivna faktorerna anses ha en stor påverkan på individers hälsostatus.

De strukturella faktorerna avser faktorer som i sin tur är orsaker bakom individens levnadsvillkor och levnadsvanor, exempelvis skolsystem, arbetsmarknad, arbetsorganisation/miljö, socialförsäkringssystem, inkomst- och skattepolitik, etc. Dessa förklarar varför det finns systematiska skillnader i hälsa mellan grupper av olika individer i ett och samma samhälle.

(Malmökommissionen, 2013: 98)

Malmökommissionens förståelse av jämlikhet grundar sig mycket i tanken om individers olika förutsättningar, det Bacchi (2009: 187) liknar vid ett maratonlopp. Bacchi (2009: 187) menar att *livet* ofta liknas vid ett maratonlopp och att det finns skilda uppfattningar om vad för barriärer och möjligheter som påverkar förutsättningarna för att *livets maratonlopp* ska falla väl ut. En förståelse av barriärerna är att de utgörs av diskriminering, men att alla individer i grunden är lika inför lagen. Vad som utgör möjligheterna för att avancera, är ansträngning och talang, det vill säga olika former av meriter. En annan förståelse är att individers grundförutsättningar kan skilja sig åt. För att utgångspunkten för individer ska bli mer jämlik, krävs förfördelning eller positiv särbehandling. Vad förfördelningen eller särbehandling ska utgöras av finns det dock skilda uppfattningar om (ibid.:188). Många gånger anses det räcka med olika former av utbildningsprogram eller uppsökande verksamhet. Personer som särbehandlas, riskerar dock att konstitueras som utanför normen och i behov av hjälp (ibid.: 189). Malmökommissionens förståelse av jämlikhet är den att individer *inte* har lika förutsättningar. Lösningar i form av att ta bort *barriärer* och att utveckla eller skapa *möjligheter* för individer anses kunna skapa lika förutsättningar och jämlikhet. Hälsa beskrivs som en av dessa möjligheter och ohälsa framställs som en barriär. Detta sätt att tala om jämlik hälsa kan identifieras i samband med beskrivningen av och argumentationen för flera åtgärder. Framför allt lyfts detta resonemang i förhållande till de kapacitetsbyggande styrmedel som Malmökommissionen rekommenderar. Resonemanget återkommer även på flera andra ställen i det analyserade materialet. Malmökommissionen ringar bland annat in jämlik hälsa som ”en fråga om mänskliga rättigheter”:

[A]v alla vinklingar på ojämlikhet, så är just *hälsans* ojämlikhet den som är svårast att acceptera. Hälsa utgör en av de viktigaste förutsättningarna för individens möjligheter till utveckling, exempelvis genom utbildning, förvärvsarbete och sociala relationer. Vidare är hälsa också viktigt för att kunna delta i samhällslivet och åtnjuta sina mänskliga och politiska rättigheter.

(Malmökommissionen, 2013: 18)

Målet med maratonloppet är, i linje med citatet ovan, *mänsklig utveckling* och utvecklingen av människors *inneboende potential*. Jämlikhet kan således sägas representera individers skilda förutsättningar att utvecklas. Förutsättningarna, i form av barriärer och möjligheter, representeras å andra sidan, bortsett från ohälsa och hälsa, av frånvaron av eller tillgången till exempelvis *utbildning*, *förvärvsarbete* och *sociala relationer*. Ojämlikhet framställs dock även som en förutsättning – och därmed även som ett *problem* – för ett hållbart samhälle:

[O]jämlikhet hotar den sociala hållbarheten genom att det blir svårare att upprätthålla det sociala kontraktet i samhället, där människor har tillit till varandra och till samhällsinstitutionerna och deltar aktivt i olika sammanhang där sådan tillit skapas. Det sker med andra ord en marginalisering av individer vilket innebär en upplösning av samhällets integration, där det försvagade samhällskontraktet visar sig genom ökad kriminalitet, upplopp och till slut ett sammanbrott av samhället som en slutpunkt av en sådan icke-hållbar social utveckling.

(Malmökommissionen, 2013: 20)

Jämlikhet framställs således även som ett problem med otillräcklig *tillit*, *marginalisering* och *segregation*, som förväntas kunna leda till samhällets uppbrott. Vad som anses som lösningar på *problemet* med ojämlikhet, så som hälsa, utbildning, arbete och sociala relationer, kan således i förlängningen även ses som lösningar på *social hållbarhet*.

Malmökommissionens förståelse av kunskap

Malmökommissionen förmedlar en bild av att problemet med den jämlika hälsan som komplext och som något det spänner över flera olika kunskapsområden. Flera av de åtgärder som riktar in sig på nya styrningsformer, bygger exempelvis på tanken att samverkande kunskap från olika aktörer, så som forskare, praktiker och aktörer inom näringsliv och civilsamhället ska leda till en styrning som löser *problemet*. Detta underbyggs av sammansättningen av Malmökommissionen, bestående av forskare inom olika discipliner. Den kunskap som Malmökommissionen framställer som betydelsefull för att förstå problemet med ojämlik hälsa är således en socialmedicinsk och epidemiologisk samt en samhällsvetenskaplig kunskap. För att förstå och lösa problematiken som presenteras, lyfts den här kunskapens samverkan fram som lösningen. Malmökommissionen (2013) benämner själva lösningen i form av åtgärden att bygga *kunskapsallianser*. Problemet med den jämlika hälsan kan därmed sägas representeras av ett epidemiologiskt och samhällsvetenskapligt problem. Detta förstärker även representationen av hälsa som ett *socialt* och inte främst biomedicinskt problem.

Den epidemiologiska förståelsen av hur hälsan fördelas i samhället är central och syns i flera av åtgärdsförslagen som handlar om att bevaka, kartlägga och följa upp hälsosituationen i Malmö. Det är också med statistisk data som problemet med den jämlika hälsan förklaras och beskrivs. Skillnader i hälsa mellan lågutbildade och högutbildade, arbetslösa och sysselsatta, kvinnor och män, utlandsfödda och svenskfödda och mellan

olika socioekonomiska grupper, beskrivs med statistik (se Malmökommissionen, 2013: kap 0.7). Synen på statistisk data som grundläggande för att förstå och förklara den hälsans fördelning, blir tydlig, då Anna Balkfors, på Malmökommissionens blogg, beskriver statistisk kunskap som nödvändig för att beskriva den ojämlika hälsan och för att kunna få till en förändring i fördelningen av hälsa. Hon jämför bland annat Michael Marmot och Hans Rosling (känd för att ha utvecklat det statistiska verktyget Gapminder) med actionhjältar:

Både Michael Marmot och Hans Rosling övertygar om vikten av statistik för att skapa action. Om man googlar på action dyker Arnold Schwarzenegger upp. Han är mest känd som muskulös sagofigur och superhjälte, men också som politiker och före detta guvernör i Kalifornien. Jag vet ingenting om Schwarzeneggers politiska gärning. Men för att åstadkomma aktion så behövs både datan, det visuella och berättelsen. [...] Michael Marmot och Hans Rosling har genom sina sätt att beskriva och visualisera hälsoförhållanden lyckats skapa action på global nivå. Actionhjältar i hälsoformat.

(Balkfors, 12-01-26)

5.1.3. Vilka förgivettaganden formar representationen av problemet med jämlik hälsa? Och vad problematiseras inte?

Jag har ovan kunnat visa på flera aspekter avseende vad problemet med *jämlik hälsa* representerar i Malmökommissionens policyarbete. Jag har varit inne på de olika betydelser hälsa, jämlikhet och kunskap ges sett till de lösningar samt utgångspunkter och problembeskrivningar Malmökommissionen presenterat. I detta avsnitt kommer jag att analysera problemrepresentationer av de sociala förutsättningar – arbete, utbildning, inkomst, ett hållbart samhälle – som Malmökommissionen framställer som *problem* för *jämlik hälsa* men också som *problem* orsakade av *ojämlik hälsa*. Främsta syftet med denna del är dock att visa på vad som tas för givet som *sanning* och därmed osynliggörs, i och med de problemformuleringsprocesser som tydliggjorts i Malmökommissionens arbete, det vill säga visa på *diskursiva gränser*.

"Grunden läggs i barndomen" – att subventionera bort fattigdom

Något ges stort utrymme i Malmökommissionens (2013) slutrapport är barns situation, där specifikt *barnfattigdom* framställs som centralt för att ojämlika skillnader i hälsa uppstår.

En god start i livet är en av de absolut viktigaste faktorerna för ett långt liv med god hälsa och gott välbefinnande [...]. En god hälsa under livets tidiga år leder till att individen kan samspela med sin omgivning på ett positivt sätt, genom att exempelvis skapa goda sociala relationer och tillgodogöra sig utbildning. Det kan vara avgörande för att kunna utnyttja livschanserna optimalt under vuxenlivet.

(Malmökommissionen, 2013: 55)

Barns och deras familjers ekonomiska situation utgör en grundläggande förutsättning för barns goda uppväxtvillkor. Sambandet mellan barnfamiljers ekonomi och en rad centrala aspekter som barns hälsa, utbildningsmöjligheter och framtidsutsikter är tydliga och pekar på ett generellt behov av att lyfta barnfamiljer upp till en lägsta nödvändig ekonomisk standard [...].

(Malmökommissionen, 2013: 57)

Citaten ovan är tagna ur Malmökommissionens slutrapport under avsnittet om barn och ungdomars vardagsvillkor. Att grunden för en god hälsa läggs i barndomen representerar en god bild av hur Malmökommissionen presenterar problemet med den ojämlika hälsan. Resonemanget kan kopplas till Malmökommissionens förståelse av *jämlikhet*; genom att skapa lika förutsättningar för individer, redan från det att de i början av livet, kommer de att kunna utvecklas till sin fulla potential, eller som i det här fallet ”att utnyttja livschanserna optimalt under vuxenlivet”. Den barriär som behöver rivas (jmf Bacchi, 2009: 187) utgörs av föräldrars dåliga ekonomi. Malmökommissionen rekommenderar, som nämnt, även att fattigdom i samhället generellt bör minskas och elimineras. Problemrepresentationen som gör sig gällande är dock att detta till stor del är för att förbättra barns situation och i förlängningen barns hälsa. I Malmökommissionens (2013: 58) slutrapport beskrivs detta enligt följande:

Nyckeln till barns trygga uppväxtvillkor ligger i föräldrarnas situation. Det är genom att bekämpa föräldrars arbetslöshet, hälsoproblem, bristande försäkringskydd och delaktighet i samhället som långsiktigt hållbara förbättringar för de utsatta barnen kan skapas.

Flera av de lösningar som presenteras för att minska barnfattigdom, men även den generella fattigdomen, är kapacitetsbyggande till sin karaktär. De styrmedel som rekommenderas är subventioner i form av generellt och riktat ekonomiska bidrag. Enligt Schneider och Ingram (1990; 1993) är det vanligt att kapacitetsbyggande styrmedel riktas mot målgrupper som på något sätt är betydelsefulla för policyprocessen eller som själva har makt att påverka hur politiken organiseras. I den mån ekonomiskt bidrag riktas mot individer med små resurser, krävs inte sällan att individerna bevisar sig värdiga biståndet (Schneider & Ingram, 1993: 339). Malmökommissionens (2013) rekommendation om ett förhöjt generellt bidrag till barnfamiljer motsäger dock Schneider och Ingrams resonemang, då ett sådant generellt bidrag inte kräver något av mottagaren. Enligt Bacchi (2009: 188) särbehandlas ofta så kallade utsatta grupper med olika former av riktade åtgärder. Malmökommissionens rekommenderade åtgärder är endast i viss mån särbehandlande. Malmökommissionen menar att försörjningsstödet till barnfamiljer med långvarigt försörjningsstöd ska höjas, vilket alltså skulle kunna tolkas som att just dessa barnfamiljer särbehandlas. Det långvariga försörjningsstödet är dessutom ett behovsprövat bidrag, vilket innebär att de barnfamiljer som kanske främst är i behov av bidraget behöver bevisa sitt behov. I det här fallet stämmer alltså Schneider och Ingrams teoretiska resonemang.

I Malmökommissionens arbete representerar *hälsa* även ett problem som barn ärver av sina föräldrar. Detta genom att barn ärver de levnadsförhållanden som föräldrarna har och som anses leda till olika hälsostatus. Det förhåller sig inte om ett genetiskt eller biologiskt arv, utan om ett socialt. Genom att förbättra föräldrarnas livsvillkor och eliminera de inkomstklyftor och klassklyftor som finns, elimineras också de hälsovådliga faktorer som barnen annars hade kunnat ärva; "[b]arn som växer upp i ekonomisk utsatthet får som vuxna oftare sämre hälsa, lägre utbildningsnivå, större behov av försörjningsstöd och står ofta längre ifrån arbetsmarknaden" (Malmökommissionen, 2013: 58). Samma resonemang återfinns i argumentationen för åtgärden om att Malmö stad bör ta fram ett handlingsprogram för att öka tillgången på bostäder till barnfamiljer: "En social bostadspolitik som ger alla barnfamiljer tillgång till goda och hälsosamma bostäder är en viktig förutsättning för att inte bostadsförhållandena ska accentuera de inkomstrelaterade skillnaderna i hälsa och återskapa dem mellan generationerna." (Malmökommissionen, 2013: 66).

Utbildning – arbete – inkomst

Sociala och biologiska faktorer rangordnas av Malmökommissionen, avseende vilken betydelse de bör ges för en individs och befolkningens hälsa. Att det är just strukturella, sociala faktorer som sätts i fokus i både formuleringen av problemsituationen och i mål och åtgärder, befästs nästan som en självklarhet av Malmökommissionen. Detta görs exempelvis tydligt av Sven-Olof Isacsson (citerad i avsnitt 5.1.2). Men att jämlik hälsa inte representerar ett problem på individnivå, är inget som omges av direkt tystnad, utan är något som benämns öppet. Sven-Olof Isacsson uttrycker det enligt följande på bloggen (Malmökommissionen, 11-08-29):

Mycket kommer att handla om förslag till strukturella åtgärder avseende bland annat förskola, skola, utbildning, arbete, vård och omsorg och hälso- och sjukvårdens medverkan. Vår uppgift är inte att starta några nya hurtfriska hälsokampanjer. Vi siktar på ett Malmö där hälsoaspekterna beaktas i alla beslut inom politik, näringsliv, frivilliga organisationer. Beslut som bygger på all den kunskap som producerats inom och utom regionen.

Utbildning, arbete och inkomst är tre av de centrala sociala faktorer som Malmökommissionen menar representerar *jämlik hälsa*. En viss rangordning, med hänseende till hur stor betydelse faktorerna har för den jämlika hälsan, kan dock identifieras. Utbildning och arbete framställs som problem som i sig skapar förutsättningar för en bättre hälsa. Främst lyfts förklaringsmodellen att utbildning leder till arbete, som i sig leder till inkomst. *En rimlig inkomst* är den sociala faktor, som av Malmökommissionen görs till den viktigaste förklaringen till varför en ojämlig fördelning av hälsan kan identifieras.

Vad gäller utbildning, beskrivs skillnader i hälsa öka mellan hög- och lågutbildade, eller mellan personer med eller utan förgymnasial utbildning. Att skillnaderna ökar

anses dock främst vara problematiskt utifrån aspekten att det blir svårare för vissa grupper att få ”bra” arbeten:

Utbildning tycks alltså bli en allt viktigare bestämningsfaktor för hälsan. Eftersom utbildning är påverkbart måste alltså adekvat utbildning vara en nyckelfaktor om skillnaderna i hälsa ska kunna minskas. Det är dock viktigt att skilja mellan utbildningens direkta och indirekta konsekvenser för hälsan. I den utsträckning till exempel det mål i Läroplanen uppfylls där det står att eleven ska kunna ’använda sig av ett kritiskt tänkande och självständigt formulera ståndpunkter grundade på kunskaper och etiska överväganden’ så kan man ha förhoppningar om att utbildning leder till en bättre hälsa. Men i övrigt är utbildningens bestämning av hälsa förmodligen mer indirekt, framför allt genom att man får ett bättre arbete och av det skälet en bättre hälsa.

(Malmökommissionen, 2013: 17)

Åtgärderna som specifikt riktar in sig på utbildning som problem, fokuserar delvis på att fler personer ska bli högutbildade. Malmökommissionen (2013: kap 2.1) rekommenderar bland annat en målsättning om att alla barn ska uppnå gymnasiebehörighet, med åtgärder som riktar in sig på att följa upp studieresultat och språkutveckling och ge särskilt stöd till elever med behov av hjälp. Vad som framstår som tydligt är att Malmökommissionen inte nödvändigtvis ser en hög utbildning som bra per definition. Den typ av utbildning som premieras, är den utbildning som leder till arbete. *Bra utbildning* representeras i detta fall istället av gymnasieutbildning och yrkesutbildning. Det är således genom att förmå ungdomar och arbetslösa att strategiskt välja en utbildning som leder till sektorer med mycket arbetstillfällen, som Malmökommissionen tänker sig att problemet med exempelvis arbetslöshet ska hanteras.

Det är viktigt att kommunerna medverkar till att komma till rätta med de matchningsproblem som präglar svensk arbetsmarknad. Trots hög arbetslöshet har företag och offentliga verksamheter stora rekryteringsproblem. Det handlar i grunden om att yrkesutbildningarna i gymnasieskolan har låg status och attraktionskraft.

(Malmökommissionen, 2013: 111)

Malmökommissionen fokuserar även på att elever ska bli mer likvärdigt utbildade. Utbildning som problem representeras således av *en olikvärdig skola*. Olikvärdigheten definieras främst i termer av prestationsskillnader mellan elever. Barn med utländsk bakgrund och med sämre socioekonomisk bakgrund beskrivs gå ut med sämre resultat än andra barn. Resonemanget om att barn ärver sina föräldrars sämre förutsättningar återkommer i förslagen om utbildning. Utbildning framställs dock som en *lösning* till att bryta detta mönster. Genom en likvärdig skola där alla barn får tillgång till utbildning av hög kvalitet, förväntas barnen få en ökad tillgång till de rätta förutsättningarna för att kunna utvecklas. Utbildning representerar således en möjlighet till att göra en klassresa. En mindre segregerad skola, med en blandad elevsammansättning, presenteras också som en lösning på problemet att barn ärver föräldrars förutsättningar. På

samma sätt lyfts förskoleverksamhet som värdefull och som något som alla barn borde ha tillgång till:

Forskning visar att förskolan har störst betydelse för barn vars föräldrar har begränsade socioekonomiska villkor och för utsatta barn [...]. Hälsorisker för barn är kopplade till familjens sociala status och socioekonomiska förutsättningar, och forskning pekar på att en förskola av god kvalitet verkar socialt utjämnande. Barn från sårbara socioekonomiska förhållanden och utsatta barn är alltså de som gynnas mest av att gå i förskolor av hög kvalitet med professionella lärare och av att vara i grupper med barn från skilda socioekonomiska bakgrunder.

(Malmökommissionen, 2013: 83)

Hälsa som något som alla vill ha

Schneider och Ingram (1990) hävdar att kapacitetsbyggande styrmedel används med grundantagandet att människor agerar som så kallade *fria agenter*, som själva har förmåga att fatta goda beslut. Vidare antas individer vilja få tillgång till information och resurser för att kunna göra korrekta val. Flera av de åtgärder som Malmökommissionen rekommenderar är som nämnt av kapacitetsbyggande karaktär, i form av ekonomiska subventioner eller resurser i form av information, bostäder och samhällsinrättningar. Ett förgivettagande som kan identifieras bland de lösningar, som Malmökommissionen presenterar, är att om individer väl ges förutsättningar att göra val i livet, kommer de att välja en god hälsa.

Det är ingen tillfällighet att de som är välutbildade, har ett bra arbete, en god inkomst och en bra bostad mår bättre och lever längre. Den viktiga frågan är vad samhället kan göra för att skapa förhållanden så att alla får del av dessa förutsättningar. Forskningen visar tydligt att individer med sämre sociala resurser inte har förutsättningarna att ägna hälsan något större utrymme, exempelvis genom att förändra levnadsvanor som medför risk för ohälsa, eftersom man kanske saknar arbete, har en usel ekonomi, eller har en otillräcklig utbildning och haft en dålig start i livet.

(Malmökommissionen, 2013: 33)

En intressant fråga i detta sammanhang är om alla individer alltid skulle välja hälsa före andra värden i livet? Den utgångspunkt som gör sig giltig i Malmökommissionens arbete är att människor kommer att välja, och framför allt att vilja välja, att göra goda val för sin hälsa om de bara ges möjligheten. Andra förståelser av problemet hade kunnat ta fasta på att individer inte alltid gör, enligt samhällets uppfattning, *rätt* val och att individer ibland ställs inför värdekonflikter, där de helt enkelt måste välja mellan exempelvis hälsa och andra värden, som njutning eller grupptillhörighet. Vad som även osynliggörs i Malmökommissionens problemrepresentation av *ojämlig hälsa* är de eventuella föreställningar och förväntningar som kan tänkas ligga på individer, beroende på vilket kön, klass, ålder eller etnicitet en person har, och som kan tänkas påverka de val som individer gör.

Malmökommissionen framställer dock inte hälsa som något som enbart kan väljas bara förutsättningar ges. Att eliminera inkomstskillnader och inkomstgapet, menar Malmökommissionen, är bra av flera olika anledningar.

En hög inkomst innebär inte bara bättre ekonomiska förutsättningar för att göra hälsosamma val då det gäller matvanor och motionsaktiviteter, kunna återhämta sig på ett bra sätt, få optimal information om hälsa och tillgång till vårdalternativ etc. utan innebär dessutom hög status som minimerar stressen och frustrationen av att vara underordnad i statushierarkin.

(Malmökommissionen, 2013: 99)

Låg inkomst representeras alltså inte endast av ett problem avseende sämre möjligheter att göra val, utan även som ett problem som har att göra med att inneha en underordnad position i samhället. Inkomst görs således till ett problem om *makt*. Maktlöshet beskrivs i sig som en barriär eller en faktor som skapar ohälsa:

När individer och grupper upplever att de saknar möjlighet att påverka sina egna livsvillkor och utvecklingen av samhället i stort, uppstår en känsla av utanförskap och maktlöshet. Dessa faktorer bidrar i sin tur till negativa hälsoutfall.

(Malmökommissionen, 2013: 129)

Inkomstskillnader representerar därmed ett problem på flera plan; skillnaderna påverkar individens möjligheter att göra goda val och individens känsla av makt eller maktlöshet. Som ovan beskrivet framställs inkomstskillnader även som ett grundläggande problem för barns hälsoutveckling. Genom att eliminera inkomstskillnader förväntas barn inte kunna ärva föräldrarnas dåliga livsförutsättningar, eftersom det inte finns några dåliga förutsättningar att ärva. Bilden som framstår är således att en ojämnt fördelad hälsa i befolkningen kan likställas med en ojämn inkomstfördelning. Genom att klassklyftor baserade på ekonomi minskas, antas även hälsoklyftan att minska. Det är dock främst den faktiska tillgången på ekonomiska resurser som anses leda till ohälsa, och inte den mer indirekta betydelsen av att positioneras som i en lägre klass. Frågan är om en eliminering av ekonomiska skillnader per automatik kommer att leda till att skillnaderna i hälsa försvinner, eller om skillnader kommer att kvarstå på grund av andra rangordnande faktorer än tillgången på ekonomiska resurser.

En social hållbarhetsdiskurs – Malmös framtid

Ett *socialt ohållbart* samhälle definieras av Malmökommissionen (2013: 20) som ett samhälle utan tillit, där samhällskontraktet försvagas, med ”ett sammanbrott av samhället som en slutpunkt”. Betydelsen av ett *socialt hållbart* samhälle skulle därför kunna beskrivas som det motsatta: ett samhälle med tillräckligt mycket tillit och starkt samhällskontrakt för att utvecklingen inte ska stanna av eller börja gå bakåt. Hälsa beskrivs även i Malmökommissionens (2013: 50) slutrapport som en indikator på om ett samhälle är hållbart eller inte:

Om hälsan i befolkningen försämras, så innebär det i princip att utvecklingen inte på sikt är hållbar. Slutpunkten i en sådan trend är nämligen noll hälsa, vilket är detsamma som människosläktets utdöende. Omvänt, om hälsan förbättras, så är det ett bra tecken på en hållbar utveckling, som i sin tur har sin teoretiska ytterlighet i att alla individer har full hälsa.

Vad som tydligt framträder i det studerade materialet är att Malmökommissionen konsekvent återkommer och förhåller sig till den sociala hållbarhetens betydelse för arbetet med att minska den ojämlika hälsan. Som gjorts tydligt ovan, kopplas jämlik hälsa samman med ett hållbart samhälle. *Jämlikhet* beskrivs som en förutsättning för social hållbarhet. Vad som tas för givet med den sociala hållbarheten är att den går hand i hand med ett jämlikt samhälle och med ett samhälle med jämlik hälsa. Sannolikt är dock att ett samhälle skulle kunna vara socialt hållbart utan att hälsan förbättras för de som betraktas som mest påverkade av den ojämlika fördelningen av ohälsa. Det är tänkbart att tillit till andra människor och samhällsinstitutioner och ett fortsatt upprättat samhällskontrakt, kan uppstå även i ett samhälle med ojämlikheter i hälsan. Något annat förutsätter att alla individer betraktar den ojämlika hälsan som *orättvis* och inte anser att det är upp till individer själva att förbättra sin hälsosituation.

Den sociala hållbarhetsdiskursen används vidare för att argumentera för att ekonomiskt investera i välfärd, men också för att politiskt satsa på och styra tillväxten så att ytterligare investeringar kan göras i välfärden. Vidare argumenteras för att utbildnings- och arbetstillfällen, som är gynnsamma både för den ekonomiska tillväxten och för välfärden, bör skapas.

Malmö är beroende av internationella investeringar och etableringar för att finansiera en jämlik välfärd för alla. Det måste således föras en politik som gör det attraktivt för internationella företag att investera och etablera sig i Malmö. [...] Beroendet mellan tillväxt och välfärd är dock ömsesidigt. Tillväxten är också beroende av välfärden. Det måste finnas såväl en utbildad arbetskraft som medvetna konsumenter. Det innebär en styrning av tillväxten. Till exempel har nivå och inriktning på utbildningen betydelse för vilka företag som etablerar sig. Därför är det viktigt att satsa på olika former av utbildningar och att möjliggöra för människor att vidareutbilda sig

(Malmökommissionen, 2013: 23)

Det är sannolikt att den sociala hållbarhetsdiskursen används för att konstruera problemet med jämlik hälsa till något, som omöjligt kan förbises. Hållbarhetsaspekten görs till ett argument för att ekonomiskt satsa på åtgärder, för att motverka och förebygga hälsoskillnader. Oavsett anledningen till varför problemet konstrueras som det gör, placeras problemrepresentationen i en diskurs om Malmös framtid och utveckling, om tillväxt och om samhällsekonomiska vinster.

Jämlik hälsa används i talet om *social hållbar utveckling* som en representation för andra problem, i detta fall samhällets fortsatta utveckling och framtida ekonomiska

fortlevnad (jmf Bacchi, 2009: 129). Jag har tidigare visat att Malmökommissionen kopplar jämlik hälsa till andra problem. Folkhälsopolitiken sammanlänkas på detta sätt med andra politikområden – utbildning, arbetsmarknad, fördelningspolitik, och så vidare (jmf Bacchi, 2009: 127; Elander, Eriksson & Fröding, 2009: 188). *Folkhälsa*, och *jämlik hälsa* specifikt, görs således till problem som berör och berörs av en mängd samhällsområden. I ljuset av detta blir också Malmökommissionens rekommendation om att integrera ett hälsotänk i alla politiska beslut begriplig.

5.1.4. Vad är effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen?

Malmökommissionens framställning av jämlik hälsa kan förväntas få både diskursiva och subjektifierande effekter. Jag har redan varit inne på några diskursiva effekter. Bland annat har jag resonerat kring Malmökommissionens framställning av ett minskat inkomstgap som likställt med ett minskat ohälsogap samt Malmökommissionens förståelse av jämlikhet som nödvändigt för ett socialt hållbart samhälle. Nedan kommer jag att vidare diskutera eventuella effekter, huvudsakligen i form av *subjektifierande effekter*. Inledningsvis kommer jag att diskutera Malmökommissionens förståelse av *ansvar* i förhållande till jämlik hälsa och hur detta reflekteras i de åtgärder som rekommenderas.

Den strukturella förståelsen av hälsa är tydlig i hur Malmökommissionen framställer ansvarsförhållanden, det vill säga hur kommissionen konstruerar vem eller vad som är orsaken till problemet med ohälsa. Det framgår att Malmökommissionen främst betraktar olika samhällssystem som orsak till ohälsa och att det är *dåliga* politiska beslut som skapar ojämlika skillnader i hälsa.

Samhällssystem och politiska beslut som problem

Vem som främst konstrueras och konstitueras som problem av Malmökommissionen, är således de politiska och samhällseliga organisationer, vilka de grupper som anses utsatta för den ojämlika hälsan påverkas av. Det är främst genom politiska beslut och förändringar i samhällssystemen som förändringar i den ojämlika hälsan kan uppstå. Malmökommissionens problemrepresentation av jämlik hälsa, bygger främst på förståelsen av strukturer och politiska ställningstaganden, vilka inte tar hänsyn till vad som borde vara etiskt mest riktigt, som ansvariga för ojämlikheter i hälsan. Det är således kommunen, och i viss mån staten och den nationella nivån, som konstrueras som ansvariga.

Malmökommissionens argument för att satsa på så kallade sociala investeringar synliggör hur kommunens roll och ansvar framställs: "[e]tt hinder för att tänka i termer av sociala investeringar är att det nuvarande styrsystemet för kommunen reflekterar en världsbild med ekonomisk tillväxt i centrum och ekonomisk hållbarhet som den enda intressanta aspekten" (Malmökommissionen, 2013: 49), och:

[E]n avvikande hållning är inte det samma som ett försiktigt alternativ. Det kommer nämligen också att krävas mod att säga nej till eller skjuta upp starten av en sådan innovation, eftersom detta kan medföra att den framtida utvecklingen blir starkt negativ för Malmö. Ansvar kommer således att utkrävas vilket beslutet än blir.

(Malmökommissionen, 2013: 50)

På samma sätt konstrueras lärarnas kompetens och skolsystemets organisering som *problemet* med utbildning. Flera av åtgärderna för att göra skolan likvärdig och för att förbättra ungas utbildningsmöjligheter och skolresultatet riktar sig mot just lärares kompetens- och kunskapsutveckling. Detta konstruerar både lärarna som resurser för barnen och som ansvariga för problemet med jämlik hälsa. I Malmökommissionens (2013: 80-81) slutrapport formuleras lärarnas betydelse enligt följande:

Sammantaget så framstår läraren som den viktigaste enskilda faktorn för elevers resultat i skolan. Det är läraren som kan göra skillnad och på så sätt är läraren betydelsefull som motkraft till de strukturella faktorerna, föräldrars utbildningsbakgrund, elevernas kön och invandring efter ordinarie skolstart, som starkast påverkar elevers möjlighet att lyckas i skolan

Det går även att identifiera en antydning till att jämlik hälsa representeras av en förståelse av *de privilegierade*, det vill säga personer med resurser och förutsättningar, som ansvariga. Detta kommer bland annat fram i diskussionen om *innanförskap* och *utanförskap* som förs på flera ställen i det analyserade materialet. Begreppen diskuteras bland annat av Mikael Stigendal, som är den kommissionär som lanserat begreppen för Malmökommissionen, i ett samtal med Kerstin Larsson (Larsson & Stigendal, 2012):

Jag såg risken för att det här [begreppet utanförskap] kunde leda till en stigmatisering. Och, jag såg det då också som att... man kan ju inte prata om ett utanförskap om det inte också finns ett innanförskap, alltså man måste ju vara utanför någonting... annars kan man ju inte vara utanför. Och detta någonting som man är utanför, det måste ju uppstå först, va? Så... Innan man kan vara utanför det.

Fortsatt talar Mikael Stigendal (2012) även om att personer som befinner sig i utanförskap inte nödvändigtvis är passiva individer. Det är snarare så att det som görs av dessa personer inte värderas av personer som befinner sig inom gränserna för innanförskapet. Att befinna sig i innanförskapet, menar Stigendal, ger tillgång till ett tolkningsföreträde att definiera vad som räknas som bra och dåligt. På det här sättet konstrueras de personer, som är privilegierade nog att befinna sig i innanförskapet, som ansvariga för de *problem* Malmökommissionen förhåller sig till. Kommissionären Kerstin Larsson kommer även hon in på ansvaret hos privilegierade grupper i samhället. I det här citatet är det dock ungdomsarbetslöshet och anledningen till varför de

”enklare servicejobben”, som många ungdomar tidigare kunde få, inte länge finns tillgängliga på arbetsmarknaden, som diskuteras.

Men de där jobben finns ju i väldigt liten utsträckning, och finns de så är det ju tyvärr så att de finns inom den svarta sektorn idag därför att vi inte – vi, då menar jag du och jag – ofta inte är beredda att betala det pris för den typen av tjänster. Jag menar inte oss personligen, men, men vi som skulle kanske kunna betala, men vi gör andra prioriteringar

(Larsson & Larsson, A., 2013)

Representationen av privilegierade grupper som problemet gör sig dock inte lika tydlig i åtgärdsförslagen, då åtgärderna inte specifikt riktas mot dessa privilegierade grupper.

Sämre förutsättningar men likväl värdiga – befastandet av olikhet

Ojämlig hälsa beskrivs av Malmökommissionen genom att påvisa skillnader i olika faktorer kopplade till hälsa mellan lågutbildade och högutbildade, arbetslösa och sysselsatta, kvinnor och män, utlandsfödda och svenskfödda och mellan olika socioekonomiska grupper. Malmökommissionen förhåller sig därmed till kategorier av identiteter på ett homogeniserande sätt och utan att se de eventuella skillnader som kan finnas i de grupper som används (jmf de los Reyes & Mulinari, 2005). Kategoriseringen av utlandsfödda problematiseras i viss mån genom en markering av att detta är en kategorisering byggd på en sammansättning av personer som skiljer sig mycket åt:

I Malmö bor människor som kommer från cirka 175 länder. Det är långt ifrån en homogen grupp, och att generalisera utlandsföddas hälsa blir därför missvisande”

(Malmökommissionen, 2013: 42)

Konkretiseras denna utsaga är det dock fortfarande ett användande av kategorier som just homogena, som gör sig gällande. Vad Malmökommissionen menar med att utlandsfödda inte utgör en homogen grupp, är att gruppen består av personer från olika länder. Att även en grupp bestående av personer från *ett* land skulle kunna vara heterogen, bortses från. Andra kategorier, så som låginkomsttagare, arbetslösa, lågutbildade, kvinnor, män, etcetera, problematiseras inte. Resultatet blir att kategorierna befäster outtalade skillnader angående beteenden och egenskaper mellan grupperna (jmf de los Reyes & Mulinari, 2005).

Det generaliserande förhållningssättet riskerar i sig att leda till en förståelse av alla låginkomsttagare, arbetslösa, lågutbildade och (vissa grupper) utlandsfödda som med mindre förutsättningar och därmed i behov av hjälp. Enligt Bacchi (2009: 189) konstrueras alla individer tillhörande de grupper som framställs som utsatta eller som med sämre förutsättningar, som utanför *normen*. De av Malmökommissionen rekommenderade åtgärder, som riktar sig mot fattiga barnfamiljer, men även fattiga personer generellt, grundar sig i stort i en problemrepresentation som konstruerar personer som lever i fattigdom som *värdiga* hjälp i form av ekonomiskt bistånd. Fattiga personer fram-

ställs dock även som i behov av hjälp för att kunna komma ifrån sin utsatthet och kunna *utvecklas till sin fulla potential* (jmf Bacchi, 2009: 188). Fattiga, i det här fallet, konstitueras således som utanför normen och som i behov av hjälp för att kunna utvecklas som individer.

Det går dock att identifiera en försiktighet gällande att peka ut grupper som utsatta eller ansvariga för problemet. Generellt sett riktar sig åtgärdsförslagen i liten utsträckning specifikt mot de kategorier av identiteter som anses drabbade av den ojämlika hälsan. Åtgärderna är snarare generella till sin karaktär. Flera av de kapacitetsbyggande åtgärderna riktar sig exempelvis till *alla* barnfamiljer och inte specifikt till fattiga barnfamiljer. Ett begrepp Malmökommissionen lånar flitigt från CSDH-kommissionens (2008) rapport, *Closing the gap in a generation*, är *proportionell universalism*. Detta innebär, enligt Malmökommissionen (2013), att det finns en strävan efter att både riktade och generella åtgärder ska återfinnas bland de rekommendationer som formuleras. De riktade åtgärderna riktas till de grupper som anses vara i störst behov. Främst menar Malmökommissionen att åtgärderna bör vara generella, det vill säga riktas till en större grupp eller till hela befolkningen.

En segregerad stad

Malmökommissionen förmedlar bilden av Malmö som en uppdelad stad där hälsan skiljer sig åt mellan olika bostadsområden och grupper. Den här problemrepresentationen kan dock beskrivas som till viss del tudelad. Å ena sidan problematiseras segregation som begrepp. Malmökommissionen menar att det ofta är en bild av ett polariserat Malmö, med en ljus och en mörk del, som målas upp. Beskrivningen av det mörka Malmö anses befästa en förenklad bild, som tenderar att stigmatisera vissa grupper.

I den mörka bilden återfinns berättelser om fattigdom, utanförskap, växande spänningar mellan grupper. Som värst beskrivs gator och vissa bostadsområden som laglöst land där myndigheter tappat kontrollen. Denna mörka bild av Malmö återspeglar bara en mindre del av verkligheten, men eftersom den så ofta generaliseras bidrar den till att stigmatisera ”det andra” Malmö och därmed förvärra problemen.

(Malmökommissionen, 2013: 47)

Framställningen av ett mörk och ljust Malmö konstrueras därmed av Malmökommissionen som ett problem med *segregation*, vilket i sig beskrivs som en barriär för hälsa. Åtgärderna för att minska boendesegregationen i Malmö är i stor utsträckning strukturella, vilket innebär att *ansvaret* för problemet med segregation inte specifikt läggs på vissa grupper eller på vissa bostadsområden (jmf de los Reyes & Mulinari, 2005: 126-127). Det är istället stadsplaneringens roll som ges betydelse:

[K]ommunen bestämmer hur mark ska användas och ger unika möjligheter att bygga bort rumsliga barriärer mellan segregerade områden, lokalisera nyckelfunktioner där de gör bäst nytta och skapa rörlighet i staden. Stadsplanering som

redskap ger därför möjlighet att omvandla de fysiska barriärer som separerar boendemiljöer till mer sammanlänkade platser, förändra infrastruktur för ökad tillgänglighet, omvandla trafikleder till stadsgator och stärka stråk genom blandade funktioner.

(Malmökommissionen, 2013: 67)

Likt andra exempel är det alltså inte kategorier av identiteter som konstrueras som problemet eller ansvariga för sin livssituation och i förlängningen sin egen dåliga hälsa.

Förutom boendesegregation framställs även *skolsegregationen* som ett problem. Till ett av målen inom utbildningsområdet, att sammansättningen av elever ska vara integrerad, rekommenderas Malmö stad att ”förlägg[a] attraktiva profiler till skolor i de mest utsatta områdena för att attrahera elever från hela staden. [...] Det som ska locka föräldrarna, oavsett var de bor, till en skola ska vara kvalitet och möjlighet till utveckling.” (Malmökommissionen, 2013: 96). Detta förmedlar till viss del en annan problemrepresentation än de som beskrivs ovan. I de exempel som tas upp om boendesegregation görs segregation till ett *strukturellt* problem. Vad gäller skolsegregation är det istället ”utsatta bostadsområden” som görs till problem genom att tala om dessa som att det är här integreringen ska äga rum. Målet är att elevsammansättningen ska vara blandad avseende kön, socioekonomi, skolprestationer och etnicitet, eftersom detta anses leda till bättre resultat för eleverna. Låg socioekonomi och utländsk bakgrund, vilket är faktorer som är vanligare hos individer i vad som benämns som utsatta områden, beskrivs som kopplade till sämre skolresultat (Malmökommissionen, 2013: 80). I ljuset av detta, konstruerar förslaget att göra skolor attraktiva i dessa utsatta områden, något förenklat en bild av att barn med dåliga framtidsutsikter får en bättre hälsa av att blandas med barn med goda framtidsutsikter. Resonemanget kan tolkas som att barn med goda framtidsutsikter konstrueras till den norm, som övriga barn bör påverkas av.

Människor som resurser

Samtidigt finns bland Malmökommissionens åtgärdsförslag även en problemrepresentation som konstruerar människor, och inte minst individer från utsatta, mångkulturella områden, som resurser. Bland annat lyfts *interkulturell kompetensen* fram som viktig inom hälso- och sjukvården. Att stärka den interkulturella kompetensen hos personalen är en av de åtgärder, som föreslås avseende målet att alla barn ska ges tillgång till en likvärdig hälso- och sjukvård.

Det är nödvändigt med ett perspektivskifte, som ser alla malmöbor som resurser istället för som problem som ska kontrolleras. Med andra ord måste problemorienterade förhållningssätt ersättas av potential- och orsaksorienterade. Ett skäl till det är att vi lever i en globaliserad värld. Kontakterna och utbytet med omvärlden kräver språkkunskaper, etnisk och kulturell kompetens och nätverk. I Malmö har detta perspektiv fantastiska förutsättningar. I Malmö bor det människor som talar

praktiskt taget alla länders språk, har kunskaper och erfarenheter från i stor sett alla länder och är delaktiga i nätverk som har sin bas över hela jordklotet.

(Malmökommissionen, 2013: 111)

Vad det exakt är för kunskaper och erfarenheter som det tas fasta på är oklart. *Olikhet* konstrueras dock till något bra och till en resurs.

[Det] krävs också annan kunskap och kompetens än den som formaliserats genom betyg. Det kan till exempel vara den kunskap som många ungdomar och vuxna i mångkulturella områden skaffar sig. Det kan kallas interkulturell kompetens. Malmökommissionen ser det som mycket viktigt att erkänna och ta tillvara denna kompetens.

(Malmökommissionen, 2013: 130)

Malmökommissionens resonemang kan sägas skilja sig från den diskurs, som gör gällande att mångkultur medför skilda kunskaper och erfarenheter på grund av en essentialistisk olikhet som baseras på var en person kommer ifrån (jmf de los Reyes & Martinsson, 2005). Interkulturell kompetens framställs, av Malmökommissionen som en kompetens som förväntas uppstå i interaktionen mellan personer från olika kulturer. Det är alltså en kunskap som utvecklas genom att personer som bor i mångkulturella områden möter andra personer från andra kulturer. Interkulturell kompetens kan ändå sägas förutsätta att det finns *olikhet* i mångkulturella områden. För att hantera denna olikhet, måste en individ själv ha erfarit olikheten. Detta sätt att resonera på skulle kunna tolkas som att den mångkulturella stadsdelen befolkas av individer som *talar ett annat språk*. Detta konstruerar inte bara en bild av mångkultur som komplicerat och svårt att förstå för normsamhället. Det förutsätter även att individer, som kommer från ett mångkulturellt bostadsområde, skulle besitta unika kunskaper och konstituerar *den andre*, som någon som måste anpassas efter.

Framställningen av individer som resurser har även kopplingar till diskursen om den socialt hållbara staden Malmö. Malmö beskrivs som en stad med outnyttjad potential och outnyttjade resurser. Att dessa resurser inte nyttjas framställs som ett problem för både Malmös utveckling och Malmös befolkning. Isacsson (11-11-17) beskriver det som att

Staden måste ta vara på den potential som finns om alla får chansen att bidra med insatser oavsett bakgrund och funktionsförmåga. Det är en viktig samhällsekonomisk och humanitär fråga

Tanken om människor som resurser återfinns även i förslagen om en *social investeringspolitik*. Genom att investeringar görs i individer, det vill säga om alla individer ges förutsättningar att utvecklas till sin fulla potential, kommer samhället utvecklas på ett socialt hållbart sätt.

Ett samhälle som investerar i människor genom att erbjuda skäliga grundvillkor är kanske det mest tydliga exemplet på ett inkluderande samhälle och en sådan social investeringspolitik gagnar hela lokalsamhället, i form av sammanhållning och tilltro till att folk tillsammans bidrar till det gemensamma.

(Malmökommissionen, 2013: 102)

5.2. Samling för social hållbarhet – Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland

Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen inledde arbete med att utforma en handlingsplan för jämlik hälsa under 2011. Arbetets slutrapportering tog formen av en konferens i november 2012, då ett första offentligt utkast av handlingsplanen presenterades för allmänheten och för inblandade aktörer i projektet. *Handlingsplanen för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* (Västra Götalandsregionen, 2012b) beskrivs som en tillämpning av dels Västra Götalands vision för den regionala utvecklingen, *Det goda livet* (Västra Götalandsregionen, 2005), dels regionens folkhälsopolitiska policy (Västra Götalandsregionen, 2009). Handlingsplanen tar därmed fasta på de sex politiska utmaningar som formuleras i Västra Götalandsregionens folkhälsopolitik: trygga och goda uppväxtvillkor, ökat arbetsdeltagande, åldrande med livskvalitet, jämlika och jämställda livsvillkor, livslångt lärande samt goda levnadsvanor. De tre första utgör de *förutsättningar*, som anses betydelsefulla för att påverka den ojämlika hälsan, samt under vilka problemsituationer och åtgärder presenteras.

Precis som i avsnittet om *Kommission för ett hållbart samhälle*, följer nedan en sammanfattning av Västra Götalandsregionens åtgärder utifrån Schneider och Ingrams (1990; 1993) klassificering av styrmedel. Sammanfattningsvis är det främst styrmedel av karaktären lärande och kapacitetsbyggande som presenteras och rekommenderas i handlingsplanen. I analysen som följer den första inledande delen kommer jag sedan presentera mina tolkningar av Västra Götalandsregionens framställning av *jämlik hälsa*. Även för Västra Götalandsregionen har några dominerande problemrepresentationer identifierats, vilka kan sammanfattas som jämlik hälsa som ett problem med lågt arbetsdeltagande, bristande kunskap och samordning samt som ett problem med regional utveckling.

5.2.1. Lärande och kapacitetsbyggande styrmedel

Västra Götalandsregionen (2012b: 8-9) presenterar för den första förutsättningen, trygga och goda uppväxtvillkor, tre problemområden: ”barn och unga som lever med små socioekonomiska resurser har sämre förutsättningar för en gynnsam hälsoutveckling”; ”barn och unga som lever med små socioekonomiska resurser löper större risk för att lämna grundskolan utan godkända betyg”; samt ”[b]arn och unga som lever med små socioekonomiska resurser har sämre förutsättningar för en aktiv fritid och för goda levnadsvanor”. Åtgärderna som riktar sig mot de två första problemområdena kan nästan uteslutande klassificeras som lärande. Förslagen rymmer åtgärder som syf-

tar till att öka kunskapen om hur fattigdom ”förs över generationerna”, att utveckla metoder för att via familjecentraler nå ut till fler grupper, att initiera ett utvecklingscentrum på regional nivå, som bland annat kan utveckla och utvärdera metoder och att sammanställa och utveckla kunskap och metoder för att stimulera den kognitiva förmågan hos barn (ibid.). Åtgärderna som syftar till att förbättra förutsättningarna för barn och ungas fritid och levnadsvanor är mer mångfacetterade. Genom kapacitetsbyggande och auktoritära styrmedel, information respektive en begränsad tillgänglighet, föreslås Västra Götaland arbeta med ett förebyggande ANTD-arbete (alkohol, narkotika, tobak, droger). Västra Götalandsregionen (2012b: 9) rekommenderar även att idéburna organisationer stimuleras för att kunna erbjuda skilda fritidsaktiviteter.

Även den andra förutsättningen, ökat arbetsdeltagande, delas in i tre problemområden. Det första berör de krav på formell kompetens som gör det svårt för personer utan gymnasiebehörighet att ta sig in på arbetsmarknaden (Västra Götalandsregionen, 2012b: 10). Till detta problemområde kopplas två kapacitetsbyggande åtgärder: att studie- och yrkesvägledningen utvecklas, så att barn och deras föräldrar kan få hjälp att ”fatta ett kvalificerat beslut om sitt/barnets vägval” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 10), samt att fler får möjlighet att utbilda sig genom alternativa och kompletterande studieformer. Till det andra problemområdet, att unga vuxna, personer med utländsk bakgrund, personer med kort utbildning, eller personer med funktionsnedsättning i större utsträckning är arbetslösa, kopplas åtgärder av skild karaktär. Några riktar sig mot arbetsgivare och är av både stimulerande och auktoritär karaktär. Det rör sig om att stimulera sociala företag och kooperativ, att stimulera mentorskap samt att införa sociala krav vid offentlig upphandling. Övriga styrmedel är kapacitetsbyggande och lärande och inbegriper exempelvis att personer som inte befinner sig på arbetsmarknaden erbjuds praktikplatser, samt att policydokument om diskriminering följs upp. Slutligen behandlar den sista förutsättningen att livsvillkoren och levnadsvanorna ofta är sämre hos dem som har en svag anknytning till arbetsmarknaden, än hos dem som har en stark anknytning. En av de två åtgärder som rekommenderas av Västra Götalandsregionen, innefattar att fler hälsofrämjande och aktiverande insatser ska riktas mot arbetslösa. Åtgärden skulle kunna karaktäriseras som både kapacitetsbyggande eller auktoritärt, beroende på om insatserna utformas som en resurs eller ett krav för de arbetslösa.

Västra Götalandsregionens (2012b: 12-13) handlingsplan rekommenderar även åtgärder som riktar sig mot livskvalitet och åldrande. De problemområden som identifieras är att vissa grupper bland äldre lever med en ofrivillig ensamhet, upplever att samhället är otillgängligt och har sämre förutsättningar än andra äldre att vara fysiskt aktiva. Åtgärderna som presenteras av regionen är en blandning mellan främst kapacitetsbyggande och lärande styrmedel. De åtgärder som kan klassas som kapacitetsbyggande är bland andra att erbjuda grupper av äldre, som upplever ensamhet sociala insatser, att initiera ett centrum för att tillgängliggöra samhällsinformation och att erbjuda hälsosamtal samt information om trygghet och säkerhet i hemmet för äldre med

dåliga förutsättningar att vara fysiskt aktiva (Västra Götalandsregionen, 2012b: 12-13). Exempel på lärande styrmedel är att undersöka hinder för en tillgänglig kollektivtrafik och att utveckla modeller för samverkan avseende FaR (fysisk aktivitet på recept). Ytterligare ett kapacitetsbyggande styrmedel, i form av att göra tandvården inkluderad i högkostnadsskyddet, återfinns bland Västra Götalandsregionens (2012b: 13) rekommendationer.

Slutligen rekommenderas lärande åtgärder för att Västra Götalands ska kunna genomföra de rekommendationer som handlingsplanen presenterar (Västra Götalandsregionen, 2012b: 14-16). Det handlar om att skapa formella strukturer för samverkan, att genom forskningsinsatser pröva och validera problemområden samt insatser och att utveckla uppföljningssystem. Dessa lärande åtgärder avser att utveckla en samordningsfunktion lokalt, regionalt och nationellt, att initiera ett samarbete mellan forskning, praktisk verksamhet och politiken och att identifiera indikatorer för att upprätta uppföljningssystem.

5.2.2. Vad representerar problemet med jämlik hälsa?

Västra Götalandsregionens förståelse av hälsa

Mycket likt Malmökommissionen är den grundläggande förståelsen och problemrepresentationen av *hälsa*, som Västra Götalandsregionen förhåller sig till, att det är sociala faktorer som förklarar *ohälsa*. Hälsa betraktas som ett fenomen betingat av både sociala och biologiska faktorer. De förutsättningar för hälsa, som presenteras i Västra Götalandsregionens (2012b) handlingsplan, utgörs exempelvis av sociala faktorer, så som ekonomiska omständigheter, utbildning, arbete och socialt stöd. Dåliga sociala livsvillkor beskrivs kunna *krypa under huden* på individer och skapa ohälsa. Västra Götalandsregionen förhåller sig således till samma diskurs som Raphael (2011) menar att CSDH-rapporten är situerad i.

Hälsa definieras av Västra Götalandsregionen som kombinationen av en individs *funktionsförmåga* och *välbefinnande* (Kommittén för folkhälsofrågor, 2011: 4), det vill säga Västra Götalandsregionen framställer hälsa som frånvaro av sjukdom, funktionsnedsättning och nedsatt välbefinnande eller livskvalitet. I den ekonomiska beräkning som Calidoni, Christiansson och Henriksson (2011) gör av de samhällsliga kostnaderna den ojämlika hälsan för med sig, är det dock funktionsförmågan hos individer som görs mest central. Funktion i detta fall konstrueras som produktionsförmåga, förmåga att tillgodogöra sig en utbildning och möjlighet till ekonomiska besparingar:

Hälsotillståndet i befolkningen påverkar inte bara tillgången på arbetskraft utan även produktiviteten (en god hälsa underlättar en effektivare användning av utrustning, maskiner och annan teknologi), den generella utbildningsnivån (vilket har betydelse för företagens kompetensförsörjningsmål), sparande (ökar tillgången till investeringsbart kapital för näringsliv och offentliga investeringar).

(Calidoni, Christiansson & Henriksson, 2011: 5)

Även levnadsvanors påverkan på individens hälsa ges utrymme i Västra Götalandsregionens (2012b) handlingsplan. Levnadsvanor representeras, sett till åtgärderna, av fysisk aktivitet samt alkohol- och droganvändning. Levnadsvanor beskrivs dock inte ensamt kunna förklara skillnader i hälsa mellan grupper:

Det visar sig att skillnader i levnadsvanor inte kan förklara de systematiska skillnader i hälsa. Dels finns kvarstående hälsoskillnader även efter att man tagit hänsyn till ogynnsamma levnadsvanor, dels är en hel del av levnadsvanorna betingade av den sociala situationen. Dessa forskningsresultat antyder att de grundläggande orsakerna till ojämlikhet i hälsa är strukturella.

(Kommittén för folkhälsofrågor, 2011b)

Åtgärdsförslagen i handlingsplanen (Västra Götalandsregionen, 2012b) är främst preventiva till sin karaktär. Precis som Malmökommissionen, riktar Västra Götalandsregionen uppmärksamhet mot andra *problem*. Dessa problem berör utbildning, arbete, ekonomi samt delaktighet och inflytande i samhället. Genom att arbeta med dessa andra områden förväntas ohälsa kunna förebyggas och hälsa främjas. Hälsa framställs därmed som ett problem med låg utbildning, låg inkomst, arbetslöshet eller dåliga arbetsvillkor och lite delaktighet och inflytande i samhällslivet. Att fokus läggs på dessa faktorer och att ojämlikhet i sig beskrivs som dåligt för hälsan antyder även att *prevention*, för Västra Götalandsregionen, representerar ett socialt problem. Flera av de åtgärder som fokuserar på levnadsvanor är dock mer biomedicinska till sin karaktär, eftersom de fokuserar på att förändra livsstilsfaktorer.

Det går att tyda vissa skillnader i hur prevention framställs avseende om det är ett problem på strukturell nivå eller på individnivå. I det material, där Västra Götalandsregionen beskriver och definierar användningen av hälsa som begrepp och ojämlika skillnader i hälsa, framställs prevention som ett *strukturellt* problem. Det konstateras att det är genom lösningar likt politiska beslut och förändringar i samhällsstrukturen, som det formulerade problemet med ojämlik hälsa ska lösas. Åtgärderna riktar dock både fokus mot samhällsstrukturer och mot individnivå. Det ska tilläggas att flera åtgärder inte tydligt visar var ansvaret riktas. Dessa aspekter kommer att vidareutvecklas under avsnittet om de identifierade problemrepresentationernas effekter och konsekvenser (avsnitt 5.2.4).

Västra Götalandsregionens förståelse av jämlikhet

Västra Götalandsregionen anammar precis som Malmökommissionen en problemrepresentation av jämlikhet som *lika förutsättningar*. Förutsättningarna representeras av ekonomiska, kulturella och materiella resurser. En ojämlik fördelning av dessa bidrar till ohälsa:

Snarare är det de systematiska skillnaderna i ekonomiska, materiella och kulturella förutsättningar som finns mellan grupper av individer, som har ett avgörande

inflytande på hur människors hälsa utvecklas. Dessa strukturella orsaker är resultatet av beslut som rör fördelningen och användningen av ekonomiska och mänskliga resurser globalt och lokalt. [...] De strukturella orsakerna är påverkbara genom politiska beslut och blir därmed etiska problem. Om ekonomiska och politiska beslut skapar förhållanden som påverkar människors möjligheter att utveckla sitt hälsotillstånd och förmåga att leva de liv man önskar, kan besluten uppfattas vara orättfärdiga.

(Västra Götalandsregionen, 2012b: 3)

Skillnaden i medellivslängd mellan olika grupper i samhället beskrivs alltså som systematiska. Det rör sig om en fördelning av förutsättningar i form av resurser, som skiljer sig åt på ett systematiskt vis. Sett till åtgärder i Västra Götalandsregionens (2012b) handlingsplan representeras ekonomiska resurser av inkomst inbringad genom utbildning och arbete. Kulturella resurser representeras av utbildning, kultur- och fritidsliv samt socialt deltagande. Materiella resurser representeras av samhällsinformation.

En än vanligare beskrivning är dock att skillnaderna i ohälsa mellan olika grupper beror på *socioekonomiska* faktorer. Socioekonomiska faktorer används för att beskriva olika grupper i samhället utifrån inkomst, arbete och utbildning. Socioekonomiska grupper definieras exempelvis i handlingsplanen som "[g]rupper som beskrivs av rangordnade strukturer, till exempel utbildningsnivå, yrke och inkomst." (Västra Götalandsregionen, 2012b: 17). Socioekonomi används som huvudsaklig faktor för att *förklara* skillnaderna i hälsa. Konkretiseras socioekonomi utkristalliserar sig indikatorer som *utbildningslängd*, *inkomstnivå* och *förhållande till arbetsmarknaden*.

Även variablerna *kön* och *födelseland* ges utrymme i regionens (Västra Götalandsregionen, 2012b) handlingsplan. Dessa variabler används till viss del för att förklara variationer i socioekonomi. Ensamstående mammor beskrivs oftare ha låginkomststyrken än andra mammor, utlandsfödda föräldrar beskrivs som oftare arbetslösa och lågutbildade än andra föräldrar, och äldre kvinnor beskrivs oftare ha en låg inkomst än äldre män. *Kön*, *födelseland* och *funktionsförmåga* används även för att visa på skillnader i exempelvis levnadsvanor och deltagande i samhällslivet. Skillnader i hälsa begripliggörs således dels genom socioekonomiska aspekter och dels genom skillnader mellan kvinnor och män, utlandsfödda och svenskfödda samt personer med och utan funktionsnedsättning.

Vidare nämns alltså att skillnaderna beror på samhällsliga processer och inte på biologiska, genetiska faktorer. Detta betyder, enligt Västra Götalandsregionen, att skillnaderna är *orättvisa* eftersom att skillnaderna kan elimineras genom förändringar i samhällsstrukturen. I förlängningen betyder detta att skillnader som kan förklaras med biologiska faktorer inte är orättvisa, eller för den delen ojämlika. *Ojämlighet* görs därmed till ett problem som begripliggörs i termer av *orättvisa* och *systematiska skillnader*.

Västra Götalandsregionens förståelse av kunskap

Västra Götalandsregionen lyfter särskilt fram praktik- och verksamhetsnära kunskap som betydelsefull för att lösa problemet med den ojämlika hälsa. Att arbetet med att utforma en handlingsplan leder till ”genomförbara och realistiska lösningar” beskrivs som särskilt betydelsefullt. Den praktiska kunskapen på området lyfts därmed fram som viktigare än annan kunskap. Jämlik hälsa förväntas således kunna uppnås på ett realistiskt sätt genom verksamhetsnära kunskap, vilket tyder på en representation av *jämlik hälsa* som ett *verksamhetsnära* problem.

Samverkan och samordning är centrala begrepp i Västra Götalandsregionens arbete med jämlik hälsa. Detta gör sig dels tydligt genom det faktum att arbete med att utforma en handlingsplan för jämlik hälsa bygger på samverkan mellan politiker och tjänstemän från flertalet olika verksamheter i regionen. Dels fokuserar flera åtgärder i handlingsplanen på samverkan som en metod och lösning på den ojämlika hälsan. Exempelvis formuleras flera rekommendationer om ökad samverkan och samordning, med syfte att åtgärderna som riktar sig mot barn och ungas uppväxtvillkor, ett ökat arbetsdeltagande och livskvalitet bland äldre, ska kunna genomföras. Tanken om samverkan riktar sig både mot aktörer inom regionen, men också mot aktörer utanför regionen, i form av andra lokala och regionala, men också nationella och internationella, initiativ. Åtgärderna i handlingsplanen ska enligt uppdragshandlingen (Folkhälsokommitténs kansli, 2011: 1) utgå från *Vision Västra Götaland – Det goda livet* (Västra Götalandsregionen, 2005). Samverkan kan därmed antas ha varit ett viktigt fundament för karaktären på samtliga åtgärder. I uppdragshandlingen nämns även att ”handlingsplanen ska vara hälsofrämjande till sin karaktär och grundas på samverkan” (Folkhälsokommitténs kansli, 2011: 1). Även i projektplanen för utformandet av handlingsplanen diskuteras att arbetet bör ske i samverkan mellan olika aktörer.

Som titeln anger ’Handlingsplan för att motverka ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland’ omfattas territoriet Västra Götaland och således berörs ett stort antal aktörer på regional och lokal nivå. Det medför att arbetet bör organiseras med så stor representativitet som möjligt.

(Folkhälsokommitténs kansli, 2010: 10)

5.2.3. Vilka underliggande antaganden och påståenden formar representationen av problemet med jämlik hälsa? Och vad problematiseras inte?

Som genomgången ovan visar representerar jämlik hälsa främst ett socialt problem som bör förebyggas. Västra Götalandsregionens framställning av jämlik hälsa är dock ibland motsägelsefull och otydlig. Jag kommer i denna del att resonera runt de antaganden och förgivettaganden som underbygger Västra Götalandsregionens problemrepresentationer. Jämlik hälsa utkristalliserar sig bland annat som ett ekonomiskt, eller samhällsekonomiskt, problem. Jag kommer under rubriken *Jämlik ohälsa som ett problem för det regionala utvecklingsarbetet* att diskutera denna problemrepresentation vidare. Inledningsvis kommer jag dock att avhandla Västra Götalandsregionens pro-

blemrepresentationer av *barnfattigdom*, *utbildning* och *arbete* och de förgivettaganden som kunnat identifieras.

Jämlig hälsa som brist på ekonomiska resurser eller som brist på kunskap?

Även i Västra Götalandsregionens problemformuleringsprocess har *utbildning*, *arbete* och *inkomst* stor betydelse för problemrepresentationen av *jämlig hälsa*. Det konstateras att det primära för att skapa förutsättningar som gynnar barn och ungas uppväxtvillkor är att de lever med rimliga ekonomiska resurser.

Det är väsentligt att motverka *barnfattigdom*. Barnfamiljers ekonomiska resurser är avgörande för att kunna göra hälsofrämjande val och för att kunna delta i sociala sammanhang. Systematiska skillnader i tillgången på ekonomiska resurser är sannolikt en av de viktigaste bestämningsfaktorerna för ojämlikhet i hälsa bland barn och ungdomar. [...] Det är i synnerhet barn med utländsk bakgrund, barn i de större städernas förorter och barn till ensamstående föräldrar som halkar efter i välfärdsutvecklingen.

(Folkhälsokommitténs kansli, 2010: 8)

Sett till åtgärderna går det dock att urskilja en annan problemrepresentation. Enligt Schneider och Ingrams (1990) styrmedelstypologi kan åtgärderna karaktäriseras som främst lärande. Främst presenterar Västra Götalandsregionen åtgärder, som syftar till att stimulera, kartlägga och utveckla forskning, metoder och kunskap. Den koppling mellan ohälsa och barn med sämre tillgång till socioekonomiska resurser som görs i citatet ovan, blir därmed mindre tydlig. Barnfattigdom och ohälsa framställs snarare som ett problem det saknas kunskap om. Det uppstår således ett glapp mellan hur jämlik hälsa formuleras initialt i exempelvis projektplan och uppdragsbeskrivning, och de åtgärder som sedan konkretiseras. Rönnblom (2011) konstaterade ett liknande glapp i sin forskning om hur *jämställdhet* formuleras som problem i den svenska jämställdhetspolitiken. Precis som *barnfattigdom* görs *jämställdhet* till ett problem som ska utredas. Lösningarna formuleras därmed som utvecklingen av nya metoder och ny kunskap (jmf Rönnblom, 2011: 45-46).

Det ska nämnas att det i handlingsplanen (Västra Götalandsregionen, 2012b: 2) konstateras att avsikten med de rekommenderade åtgärderna inte är att ”lösa de grundläggande orsakerna”. Dessa *grundläggande orsaker*, menar Västra Götalandsregionen, är en uppgift för den nationella och internationella nivån att förebygga. Den centrala betydelse Västra Götalandsregionen ger ekonomiska resurser initialt, kan sägas finnas kvar i vissa formuleringar i den slutgiltiga handlingsplanen. I de åtgärder som presenteras är det dock huvudsakligen *utbildning* och *arbete* som dominerar som problemrepresentationer av jämlik hälsa.

Det goda livet

Flera problemrepresentationer avseende utbildning och arbete kan identifieras. I Västra Götalandsregionens arbete finns antaganden om att utbildning och arbete är lösningar på den ojämlika hälsan. Låg utbildning och arbetslöshet beskrivs som orsaker till varför utlandsfödda, vissa grupper av unga vuxna samt lågutbildade och arbetslösa, har en sämre hälsa än andra.

Arbete och utbildning framställs som förmåner och rättigheter och som faktorer som är bidrar till känslor av ökad självkänsla, sammanhang och delaktighet. Utbildning och kompetensutveckling pekas särskilt ut som viktiga aspekter för individers hälsa:

Människors livschanser och hälsa påverkas av deras möjligheter till utbildning och kompetensutveckling, vilket i sin tur skapar förutsättningar att välja livsstil och arbete. [...] Livslångt lärande bidrar till ökad självkänsla och medvetenhet såväl för individen som för samhället

(Västra Götalandsregionen, 2009: 10)

Utbildning konstrueras därmed till dels en *lösning* på ohälsa och dåligt självförtroende. Dels konstrueras individers sämre möjligheter till utbildning och fortbildning till ett *problem* för livsstilsval och tillgången till arbete. Västra Götalandsregionen presenterar här tanken om att ett *livslångt lärande* är betydelsefullt för arbete, såväl som för hälsa. Livslångt lärande utgör dels en av de utmaningar som den folkhälsopolitiska policyn (Västra Götalandsregionen, 2009) presenterar, men tanken förekommer även bland åtgärderna i handlingsplanen, bland annat genom rekommendationen att "[u]tveckla kompletterande och alternativa studieformer i samverkan för att de som inte gått igenom det formella utbildningssystemet ska få fler chanser till utbildning" (Västra Götalandsregionen, 2012b: 10).

Jan Alexandersson (12-06-28) skriver i ett inlägg på bloggen: "[b]land de viktigaste förutsättningarna för en mer jämlik hälsa är rätten till arbete och rätten till utbildning". Alexandersson lyfter även att arbete i sig utgör en hälsofrämjande faktor för hälsa:

Vi alla, som har eller har haft förmånen att ha ett arbete, vet vad det innebär att ha arbetskamrater, att känna delaktighet, att ha möjlighet att vara med och påverka och mycket annat som är förknippat med arbetslivet. Därför vet vi också att den känsla av sammanhang som ett arbete ger är en viktig faktor som får oss att må bra. Detta skapar också förutsättning för en mer jämlik hälsa.

(Alexandersson, 12-06-28)

Att stå utanför arbetsmarknaden innebär således minskade förutsättningar för att känna delaktighet och känsla av sammanhang. Att öka arbetsdeltagandet, främst representerat av *lönearbete*, görs därmed till en viktig lösning på den ojämlika hälsan. Detta reflekteras inte enbart i citaten ovan, utan även i Västra Götalandsregionens (2012b) handlingsplan, där närmare en tredjedel av åtgärdsförslagen riktar sig mot att öka arbetsdel-

tagandet. Att inte ha ett lönearbete kan därför tolkas leda till ohälsa. Västra Götalandsregionens policy för regional utveckling går under namnet *Det goda livet*. I det analyserade materialet framkommer ett resonemang som tyder på att hälsa, arbete och utbildning utgör viktiga delar i vad som faktiskt anses vara *ett gott liv* enligt Västra Götalandsregionen. Utbildning och arbete förväntas inte bara vara faktorer som leder till jämlik hälsa, utan förväntas även, i och med synen på dem som *förmåner*, vara faktorer som individer värdesätter och önskar: ”[o]jämlikhet i hälsa leder till att vissa befolkningsgrupper förhindras att utveckla sin hälsa fullt ut och därmed förhindras att leva det liv man önskar leva.” (Kommittén för folkhälsofrågor (2011b: 2).

Västra Götalandsregionen lyfter fram att arbetsmiljön är en viktig faktor för att arbetet ska kunna fungera som hälsofrämjande. En god arbetsmiljö beskrivs som en grundläggande förutsättning:

Arbete är en hälsofrämjande faktor, förutsatt att arbetsmiljön är anpassad efter individuella förutsättningar och behov. Grunden för ett hälsosamt arbetsliv är en god psykisk och fysisk arbetsmiljö.

(Västra Götalandsregionen, 2009: 11)

Arbetsmiljö och arbetsvillkor nämns således som viktiga faktorer. Bland åtgärdsförslagen återfinns dock inga åtgärder som riktar sig mot arbetsmiljö eller arbetsvillkor. När *lösningarna* på problemet med arbete konkretiseras, handlar de om att sysselsätta de arbetslösa med praktikplatser och vidareutbildning. Dessutom osynliggörs att arbetsmiljön kan skilja sig åt på en strukturell nivå. De skilda villkor som kommer med olika typer av lönearbete innebär ofta att sämre arbets- och lönevillkor slår mot underordnade grupper (jmf, de los Reyes & Mulinari, 2005).

Utbildning och arbete representerar således något som vi alla vill ha och som något som bidrar till ökade möjligheter och förutsättningar för individer. Framför allt utkristalliserar sig lågt arbetsdeltagande som problematiskt. Utbildning kan därmed betraktas som främst ett medel för att komma in på arbetsmarknaden. Arbetets betydelse görs därmed till norm och till en självklarhet för att inte bara uppnå en god hälsa utan även ett gott liv. En problemrepresentation likt denna ignorerar dock dels att det finns utlandsfödda, unga vuxna och lågutbildade som har arbete, men som ändå inte upplever sitt handlingsutrymme förstorat (jmf Bacchi, 2009: 207). Dels uppstår en tystnad kring att människors liv skulle kunna vara *goda* utan att individer utbildar sig eller arbetar. Att tala om att arbete och utbildning i sig skapar känslor av exempelvis ökad självkänsla, utesluter även möjligheten att det är *förväntningarna* på individer att vara en del av arbetsmarknaden, som påverkar självkänslan eller känsla av sammanhang.

Jämlik ohälsa som ett problem för det regionala utvecklingsarbetet

Handlingsplanens utformning vilar, enligt Västra Götalandsregionen, dels på den folkhälsopolitiska policyn för Västra Götaland och dels på visionen för det regionala utvecklingsarbetet (Folkhälsokommitténs kansli, 2010: 1). Att åtgärderna tagits fram

med dessa två dokument som utgångspunkt situerar arbetet med jämlik hälsa inom ramen för det regionala utvecklingsarbetet. Som nämnt ovan (avsnitt 5.2.2) görs hälsa till ett problem med individers nedsatta funktionsförmåga i form av produktionsförmåga, förmåga att tillgodogöra sig en utbildning och möjlighet till ekonomiska besparingar. Jämlik hälsa representerar således ett samhällsekonomiskt problem i Västra Götalandsregionens arbete.

Ojämlighet i hälsa medför också en onödig samhällelig kostnad. Ett nedsatt hälsotillstånd medför sämre förutsättningar att bidra till produktionen av varor och tjänster, vilket i sin tur leder till uteblivna bidrag till bruttoregionalprodukten. Ojämlighet i hälsa leder också till kontakter och insatser inom t.ex. hälso- och sjukvården som kunde ha undvikits.

(Västra Götalandsregionen, 2012b: 1)

Genom att konstruera jämlik hälsa som ett problem för den regionala utvecklingen och samhällsekonomin, kopplas jämlik hälsa till utbildning och arbete. En ojämlig hälsa förväntas leda till minskat arbetsdeltagande, vilket framställs som problematiskt för en hållbar utveckling: ”[i] den mån sämre hälsa leder till minskad samhällelig effektivitet – mänskliga resurser förloras – motverkas en hållbar utveckling. *Social hållbar utveckling*, som även Västra Götalandsregionen precis som Malmökommissionen hänvisar till, formuleras därmed snarare som ett samhällsekonomiskt problem, än som ett socialt problem.

Jämlik hälsa och folkhälsa som ett gemensamt problem

Ett av de fyra perspektiv som ska genomsyra Västra Götalandsregionens utvecklingsarbete, är att Västra Götaland ska vara en gemensam region:

Västra Götaland ska utvecklas till en väl sammanhållen region. Det förutsätter att delarna samspelar och förstärker varandra och bidrar till en konkurrenskraftig helhet med hållbar tillväxt, välfärd och god miljö. En gemensam region ger fler möjlighet till arbete, utbildning, vård och omsorg, kultur och fritid. I den gemensamma regionen ingår både större arbetsmarknader med högre tillgänglighet, möjligheter för fler att utnyttja tillgångar inom till exempel kulturen och att ta vara på resurser hos alla människor.

(Västra Götalandsregionen, 2005: 8)

Regionens utveckling görs därmed till ett gemensamt problem. Detta kan sammanfattas som att individen har ett medborgerligt ansvar gentemot samhället, samtidigt som samhället har ett ansvar för folkhälsan gentemot individen. Samhällets ansvar ligger i att påverka strukturella och samhälleliga faktorer, som i sig påverkar individers hälsostatus. Individens ansvar ligger i att delta aktivt i samhällslivet för att skapa ekonomiskt tillväxt och utveckling och inte orsaka *onödiga* kostnader för hälso- och sjukvården eller andra samhälleliga instanser. Christina Holmgren formulerar det enligt

följande på bloggen: ”[L]ivets alla dagar har alla möjlighet och skyldighet att vara en del av folkhälsoarbetet!” (Holmgren, 30-04-12).

Hälsa konstrueras således till ett ekonomiskt problem som är allas – av olika anledningar – skyldighet förbättra. Tanken om att ekonomiskt satsa och långsiktigt planera för befolkningens hälsa genom så kallade sociala investeringsfonder, konstruerar även hälsa till en *investering*.

Vi har som folkhälsointresserade politiker från alla håll, under många år, pratat om att investera i folkhälsa. Att det är lönsamt att satsa på hälsofrämjande och förebyggande samhällsarbete. Mest har det ändå inneburit att öka på budgetarna för respektive verksamhet – det som kallas driftkostnad. [...] På senare år har det tillkommit en mer radikal tanke – att helt enkelt se vissa folkhälsosatsningar och sociala satsningar som investeringar ur ekonomisk, bokföringsmässig vinkel. Att det ska vara lika viktigt att investera i mjuka strukturer som i att bygga hus och rondeller

(Simonsson, 11-04-12)

Samhället bör således investera i sin befolknings hälsa. I Västra Götalandsregionens arbete förekommer dock även tanken om individens eget ansvar för sin hälsa. En tolkning av Västra Götalandsregionens framställning av hälsa som allas skyldighet, är att det skulle kunna anses som individens medborgerliga plikt att investera i sin egen hälsa och på sätt vara en del av folkhälsoarbetet. *Hälsa* som ett *individens* problem, går att uttolka som bakomliggande tanke bland några av de åtgärder som Västra Götalandsregionen presenterar, inte minst bland de som riktar in sig på individers levnadsvanor. Individens eget ansvar framställs även, av *Vision Västra Götaland*, som ”basen för hälsan” (Västra Götalandsregionen, 2005: 16).

5.2.4. Vad är effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen?

Hittills har jag kunnat presentera hur jämlik hälsa representerar dels ett strukturellt problem, dels ett problem på individnivå. Västra Götalandsregionen förhåller sig främst till en diskurs som förutsätter arbetsdeltagandets betydelse för hälsa och ett gott liv. Jag kommer i detta avsnitt att fortsätta diskutera vad de diskursiva gränserna runt arbete får för betydelse för hur individer konstitueras som subjekt. Dessutom kommer jag att utveckla resonemangen om Västra Götalandsregionens framställning av ansvar.

Inledningsvis kan det dock vara på sin plats att säga något kort om *vem* som konstrueras som problem i förhållande till *jämlikhet* i det studerade materialet. Som nämnt ovan är det framför allt socioekonomiska förutsättningar och resurser som presenteras som betydelsefulla för jämlik hälsa. Det är således arbetslösa och lågutbildade och i viss mån utlandsfödda som utgör ”*problem*” för den jämlik hälsa. Det är en homogen förståelse av dessa grupper som framträder; kategorierna används i stor grad i generaliserande termer.

Jämställd hälsa utgör en av sex utmaningar i den folkhälsopolitiska policyn (Västra Götalandsregionen, 2009: 8). Kön- och genusaspekter framträder dock i övrigt i väldigt liten utsträckning i det studerade materialet. I flera fall tycks dessutom hälsoskillnader mellan kvinnor och män tas för givet. Detta märks inte minst när medellivslängden mellan låg- och högutbildade beskrivs (se Folkhälsokommitténs kansli, 2010). Kön betraktas i detta fall som en nödvändig variabel för att undvika statistiska missvisningar. De faktiskt skillnaderna mellan kvinnor och män avseende medellivslängd problematiseras dock inte, utan tycks betraktas som ett biologiskt faktum.

Jämlik hälsa som allas och ingens ansvar

Handlingsplanen skulle jag vilja beskriva som en buffé, en palett eller en meny av förslag som våra förtroendevalda kan använda i olika sammanhang, till exempel i budgetarbetet. När jag lyssnar på en del politiker tycks de vara inne på att planen ska kunna tas eller förkastas i sin helhet. Då tror jag att man är inne på fel väg. Många förslag riktar sig till verksamheter som ligger utanför Västra Götalandsregionens beslutsdomän. Jag är övertygad om att om vi ska kunna komma till rätta med skillnaderna i befolkningens hälsa så måste vi jobba tillsammans mellan samhällets olika nivåer och sektorer. Och då krävs breda diskussioner och öppna mandat.

(Jonsson, 03-09-12)

Citatet ovan är ett gott exempel på två centrala problemrepresentationer i Västra Götalandsregionens arbete. Den första berör framställningen av jämlik hälsa som ett ideologiskt, subjektivt och politiskt problem, som måste avpolitiserats för att kunna konkretiseras i åtgärder. Den andra problemrepresentationen är jämlik hälsa som en brist på samordning och samverkan.

Ett tydligt resonemang är att arbetet med jämlik hälsa inte ska vara politisk. Initialt i arbetsprocessen presenteras en strävan efter att politisk konsensus ska kunna uppstå runt de åtgärdsförslag som ska arbetas fram. Allt för politiska åtgärder bör därför undvikas. Detta önskemål om konsensus omformuleras under arbetsprocessens gång till ett mål om handlingsplanen som ett smörgåsbord, där politiker kan välja vad som upplevs bäst utifrån politisk uppfattning. Denna omformulering skulle kunna tyda på en insikt om svårigheter med att vara objektiv i förhållande till val av styrmedel. Oberoende av varför handlingsplanens implementering beskrivs som ett smörgåsbord får det en möjlig konsekvens i att lösningar som skulle kunna tolkas som *politiska*, eller politiskt kontroversiella, kan väljas bort av politiker. Tänkbart är även att de åtgärder som presenteras i handlingsplanen, betraktas som apolitiska och objektiva. Av resonemanget att döma framstår en problemrepresentation av jämlik hälsa som ett politiskt känsligt eller eventuellt kontroversiellt problem.

Utvecklingen av en ojämnt fördelad hälsa beskrivs på flera ställen av Västra Götalandsregionen bero på strukturella orsaker som grundar sig i politiska beslut. *Ansvar*

för den ojämlika hälsan läggs på samhället och i förlängningen på politikerna som fattar beslut om hur samhället organiseras. *Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* pekar dock i liten utsträckning ut *vem* som faktiskt bör ta på sig ansvaret för den ojämlika hälsan. I viss mån pekas den statliga nivån ut som ansvarig för de grundläggande förutsättningarna för en jämlik hälsa i befolkningen. Men vad gäller Västra Götaland, det vill säga aktörer inom regionen, tycks ansvarsfrågan inte lika självklar. Åtgärderna pekar i mycket liten utsträckning ut strukturer som ansvariga. Flera åtgärder är inte heller möjliga att kategorisera enligt Schneider och Ingrams (1990) styrmedelstypologi, eftersom åtgärderna inte tillräckligt konkretiseras. Av samma anledning är det inte heller möjligt att tyda om åtgärderna riktar ansvaret mot en strukturell nivå eller mot individnivå. Detta berör exempelvis åtgärderna att ”[i]mplementera och kvalitetssäkra befintliga metoder för att förhindra skolavhopp samt för att säkra att elever går ut med godkända betyg” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 9) och att ”[s]tödja arbete med ökad trygghet och säkerhet i offentlig miljö” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 12).

Den andra centrala problemrepresentationen av jämlik hälsa som nämns ovan är brist på samordning och samverkan. Att skapa en bättre samordning framstår stundtals som ett separat mål med handlingsplanen. Bland annat framställs samordning som en lösning på ineffektiv resursanvändning. I Västra Götalandsregionens budget för 2011 går att läsa att: ”[f]ör att nå en ökad samordning av regionens resurser och insatser ska varje verksamhet inom sitt respektive område samla, utvärdera och ge förslag på hur man kan bidra till att främja folkhälsoarbete.”. Jämlik hälsa görs därmed till problem representerat av *ineffektiv resursanvändning*. Bristande samordning konstrueras därmed till ett problem. Samordning tas för givet som en lyckad lösning. En tolkning av ojämlik hälsa som representationen av bristande samordning är att är att ansvaret görs till *allas*. Eftersom det är otydligt vad det exakt är det ska samordnas kring kan dock ansvaret även tolkas ligga på en odefinierbar någon. En konkret åtgärd som presenteras avseende den *bristande samordningen* arbetet med jämlik hälsa, är införandet av avsiktsförklaringar; ”[e]tt verktyg för ett koordinerat samarbete kan vara ’avsiktsförklaringar’ i vilken samverkande parter överenskommer om vad man vill åstadkomma och med vilka medel.” Avsiktsförklaringarna antas kunna förtydliga ansvarsfrågan, vilket skulle kunna betyda att syftet är att längre fram i arbetet kunna rikta ansvaret.

I de fall åtgärderna faktiskt riktas och tydligt konstruerar någon som ansvarig för problemet, är det inte strukturer som uppmärksammas. Det går således att identifiera en motsägelse i Västra Götalandsregionens arbete, avseende vad som framställs som problematiskt och vad som enligt åtgärderna behöver förändras. När åtgärderna ska konkretiseras är det inte samhället som görs ansvarigt. Det är istället föräldrarna, de arbetslösa, de inaktiva, med flera, som görs till problem.

Att göra föräldrar till problem

Som nämnt ovan, är åtgärderna som riktar in sig på barn som växer upp i förhållanden med få resurser, framför allt *lärande* till sin karaktär. Bristande kunskap görs därmed till ett problem för de här barnens sämre hälsoutveckling och sämre studieresultat. I flera fall riktas ansvaret för den bristande kunskapen mot barnens föräldrar. Det gäller exempelvis förslagen att ”utveckla metoder för föräldrastöd för att nå grupper som ej nås idag” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 8) och att ”studie- och yrkesvägledningens roll [utvecklas] i syfte att stärka ungdomars och föräldrars möjlighet att fatta ett kvalificerat beslut om sitt/barnets vägval” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 10). Familjen beskrivs även i den folkhälsopolitiska policyn i termer av barnens *främsta resurs*:

Familjens livssituation är betydelsefull för barnets uppväxtvillkor och framtid. Därför ska familjen ges förutsättningar att vara barnets främsta resurs.

(Västra Götalandsregionen, 2009: 9)

Det är framför allt föräldragrupper som inte nås av föräldrastöd, som pekas ut som målgrupp. Vilka dessa grupper är förtydligas inte. Åtgärden syftar till att förbättra förutsättningarna för barn som lever i hem med ”små socioekonomiska resurser”, vilket främst beskrivs som hem där föräldrarna utgörs av en ensamstående moder eller av utlandsfödda föräldrar. Att det är dessa grupper som avses är därmed inte helt osannolikt. Problemet som föräldrastödet förväntas kunna lösa är den *ogynnsamma hälsoutvecklingen* hos barn. Problemet skulle därmed kunna sägas representeras av ett bristande stöd. Men den ogynnsamma hälsoutvecklingen kan även förklaras i termer av föräldrarnas bristande kunskap om sina barns utveckling och hälsa.⁴ I båda fallen förutsätts föräldrarna behöva stöd och konstitueras därmed som i behov av hjälp. I det andra fallet konstitueras föräldrarna även som okunniga avseende sina barns behov.

Den flexibla människan

Vad gäller utbildning och arbete framkommer två orsaksförklaringar som får betydelse för hur jämlik hälsa framställs. Bland annat konstrueras låg utbildning som ett *problem* som representeras av *låg kognitiv förmåga*. Flera åtgärder fokuserar på vissa gruppers sämre utveckling avseende kognitiv förmåga, och hur denna utveckling leder till sämre förutsättningar att komma in på arbetsmarknaden. Två åtgärder exemplifierar den kognitiva förmågans betydelse. För att minska risken att barn med sämre socioekonomiska förutsättningar går ut grundskolan utan fullgoda betyg rekommenderas Västra Götalandsregionen att:

⁴ Att föräldrastöd erbjuds är idag vanligt i kommuner och landsting. Exakt vad som ingår i föräldrastödet kan skilja sig åt. Även regeringen och Folkhälsoinstitutet har satsat på föräldrastöd. Stödet kan bland annat innebära att föräldrar får kunskap om barns utveckling, dels emotionell och social, dels kognitiv, om barns hälsa. Stödet kan ges i grupp eller enskilt (se tex <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Barns-och-ungas-halsa/Foraldrarfamilj/>).

- Stimulera kunskapsutveckling om vilken betydelse förskolan har för att stimulera barnets kognitiva förmåga, särskilt för de barn som kommer från hem med ogynnsamma socioekonomiska förutsättningar
- Sammanställa kunskap om metoder för att stimulera barns kognitiva förmåga i förskola och skola

(Västra Götalandsregionen, 2012b: 9)

Även om åtgärderna främst syftar till utveckla och sammanställa kunskap, placerar de barns kognitiva förmåga och utveckling i centrum. Den förstnämnda åtgärden riktar dessutom in sig på barn med föräldrar från socioekonomiskt ”ogynnade” grupper. Ofullständiga betyg hos barn med sämre resurser görs därmed till ett problem grundat i en sämre kognitiv förmåga. I handlingsplanen återkommer den kognitiva förmågans betydelse i delen om att skapa ”förutsättningar för ökat arbetsdeltagande” (Västra Götalandsregionen, 2012b: 10):

Förändringen på arbetsmarknaden påverkar arbetslöshetens fördelning. Arbetsmarknaden ställer allt högre krav på människors kognitiva förmåga.

Kognitiv förmåga framställs alltså som betydelsefullt på dagens arbetsmarknad. Barns kognitiva utveckling ska därmed inte enbart ses som viktig för att som individ ta sig igenom skolsystemet med godkända betyg. Kognitiv förmåga representerar även lösningen på problemet med *arbete*. Ett liknande resonemang återfinns i projektplanen för handlingsplanen, där kognitiv förmåga, men även en *lyckad skolkarriär* och ett *livslångt lärande* presenteras som lösningar på dagens oberäkneliga arbetsmarknad:

Det moderna samhällets snabba förändring ställer ökade krav på människors rörlighet och på deras sociala och kulturella kompetens. Ett livslångt lärande handlar mycket om de strukturella villkoren för individens lärande, vilka utbildningsmöjligheter som finns och förutsättningarna att ta del av dem. [...] Skoltiden är väsentlig för individens kognitiva utveckling och förmåga att lära nytt, även i vuxen ålder. En misslyckad skolkarriär ökar risken för social exkludering.

(Folkhälsokommitténs kansli, 2010: 8)

I förhållande till den enligt Västra Götalandsregionens rörliga arbetsmarknad, kan konstruktionen av dels vinnare och dels förlorare identifieras. Vinnarna består av individer som har lyckats på arbetsmarknaden och därmed är sysselsatta med ett lönearbete. Vinnarna är intelligenta (genom sin höga kognitiva förmåga), men de är också flexibla, rörliga och anpassningsbara (jmf Bacchi, 2009: 209). Förlorarna står utanför arbetsmarknaden – de har inget lönearbete. De besitter inte vinnarnas egenskaper; de är arbetslösa, ovilliga till förändring och anpassning och har lägre kognitiv förmåga än vinnarna. Konstruktionen synliggör vilket beteende som premieras och konstituerar personer med och utan arbete på olika sätt. Problemrepresentationen befäster även bilden av att hög utbildning är enda vägen till att utveckla en god kognitiv förmåga. För det tredje görs individer till ansvariga för sin egen situation och arbetslöshet. Det är individer som ska anpassa sig efter arbetsmarknaden, inte tvärt om.

Att vara sysselsatt med utbildning eller arbete framställs dessutom som något som med självklarhet är bra – det leder till bättre hälsa och det utgör viktiga delar i vad som gör livet gott. Individer som inte har en utbildning eller som är arbetslösa konstitueras därmed som *utanför* det goda livet. De diskursiva gränser som sätts upp kring arbetslöshet är att det är en situation som är inte är önskvärd och som leder till ohälsa. Arbetslösa konstitueras därmed som ohälsosamma, men främst som personer med dålig livskvalitet. Risken blir således att personer som står utanför arbetsmarknaden och som saknar ett lönearbete, internaliserar konstruktionen av sig själva som ”sjuka”.

5.3. Sammanfattningsvis...

Analysen ovan är redan att betrakta som en reducering av de motsättningar, konflikter och komplexa förhållanden som problemformuleringsprocesser innehåller, och att ytterligare förenkla dessa kan anses problematiskt av flera skäl. I ett försök att sammanfatta kommer jag dock här beskriva de främsta fynd som analysen av det empiriska materialet bidragit med.

En problemrepresentation framstår som mer dominerande än någon annan i Malmökommissionens arbete. *Inkomstfördelning* framstår som den tydligaste konstruktionen av jämlik hälsa. En jämnt fördelad inkomst konstrueras som lösning på barnfattigdom och en ojämnt fördelad hälsa på sikt, att individer ska kunna välja en god hälsa, att individer inte ska vara maktlösa, samt på ojämlikhet och i förlängningen ett socialt ohållbart samhälle. Inkomst framställs och konstrueras således både som ett problem i sig och som lösningen på både ohälsa och ojämlikhet.

En rimlig inkomst konstrueras därmed till den kanske främsta möjligheten för individer ska erhålla *lika förutsättningar*. Det är genom inkomsten som människor ska kunna utveckla sin *fulla potential*. Kopplat till framställningen av människor som resurser, framstår även inkomst och hälsa, som betydelsefulla för att individer ska kunna nå den potential som gör dem till just resurser. Genom att konstituera vissa grupper som med sämre förutsättningar konstruerar Malmökommissionen kategorier som i behov av hjälp och stöd. Detta konstituerar grupper med bättre förutsättningar som norm.

Den relativt konsekventa förståelsen av *hälsa* och *jämlik* hälsa som strukturella problem, kan uttolkas av att Malmökommissionen riktar det främsta ansvaret för den ojämlika hälsan mot beslutsfattare och samhällsstrukturer. Flera av Malmökommissionens åtgärder är dessutom generella och riktar sig inte mot enskilda *behövande* grupper. Detta minskar risken att synen på individer med sämre förutsättningar får normerande, subjektifierande och stigmatiserande effekter.

Analysen av Västra Götalandsregionens förståelse och framställning av jämlik hälsa tyder på att problemformuleringsprocessen omgärdats av fler motsägelser och eventu-

ella konflikter. Initialt i Västra Götalandsregionens arbete presenteras en bild av barns uppväxtvillkor som ganska tydlig. Det konstateras att barn med sämre socioekonomiska resurser utvecklar en sämre hälsa än andra barn. Detta beskrivs som en stor orsak till att hälsan är ojämlikt fördelad. De lösningar som presenteras för att åtgärda problemet med barns skilda uppväxtvillkor tyder dock på en annan problemrepresentation. Barnfattigdom görs bland annat till ett problem med bristande kunskap om just barnfattigdom. Arbete och utbildning framträder istället som dominerande problemrepresentationer. Både arbete och utbildning framställs som lösningar på den ojämlika hälsan och som delar i vad ett gott liv utgörs av.

Västra Götalandsregionen riktar sig både mot en strukturell och individuell nivå i sin förståelse av jämlik hälsa. Ansvar för jämlik hälsa konstrueras med viss otydlighet. Det görs delvis som ett problem med bristande samordning. Ansvar riktas även mot individnivå. Vissa grupper av föräldrar görs ansvariga för barnens uppväxt och utbildning och arbetslösa konstrueras som ansvariga för sin situation. Detta riskerar att konstituera vissa grupper av föräldrar som i behov av stöd och hjälp. Arbetslösa å andra sidan konstrueras som med låg kognitiv förmåga och med svårigheter eller ovilja att anpassa sig. De riskerar även att konstitueras som sjuka och ohälsosamma.

6. Avslutande diskussion

Utifrån två empiriska fall har jag i detta masterarbete haft som ambition att besvara hur jämlik hälsa konstrueras som problem. I min analys av det empiriska materialet har jag kunnat visa på hur två till synes lika fall, genom skilda problemformuleringsprocesser formulerar lösningar på den ojämlika hälsan, som grundar sig i olika problemrepresentationer av vad hälsa och jämlikhet konstitueras av. I detta avslutande kapitel kommer jag att diskutera de huvudsakliga likheter och skillnader, som kunnat identifieras och vilka slutsatser som kan dras av dessa, samt vilken typ av folkhälsopolitik som eventuellt genereras av de problemrepresentationer av jämlik hälsa som erbjuds. Parallellt med denna genomgång kommer jag även att föra en metodologisk diskussion om de begränsningar och styrkor masterarbetet har. Avslutningsvis kommer jag även att säga något kort om det teoretiska ramverket.

6.1. Diskursiva gränser runt jämlik hälsa

De svenska, på regional och lokal nivå, folkhälsopolitiska initiativ som de senaste åren fokuserat på minskade skillnader i den ojämlika hälsan utgår från vad som kan verka liknande förståelse för hur den ojämlika hälsan är fördelad och varför skillnaderna ser ut som de gör. Precis som Vallgård (2008), har jag dock med två empiriska fall som utgångspunkt för min analys, kunnat visa på diskursiva skillnader i problemformuleringsprocesser avseende jämlik hälsa. Genom att i min analys sätta de lösningar, som avser att minska den ojämlika hälsan, i fokus, har jag kunnat urskilja betydande skillnader i hur jämlik hälsa framställs och konstrueras som problem. Malmökommissionens och Västra Götalandsregionens grundläggande förståelse av hälsa som problem skiljer sig dock inte mycket åt. De sociala faktorernas betydelse framställs som otvetydigt centrala som förklaringar till varför det finns ojämlika skillnader i hälsa. De diskursiva skillnaderna uppstår till stor del i och med problemrepresentationerna av dessa sociala faktorer.

Vad tidigare konstaterats, att folkhälsopolitikens gränser ofta sträcker sig mot andra politikområden (jmf Bacchi, 2009; Elander, Eriksson & Fröding, 2009: 188), styrks även av denna studie. Även jämlik hälsa konstitueras som ett problem beroende av förhållanden utanför det område, som kanske traditionellt betraktas som hälsopolitik. Vad som tydliggjorts av de två delstudierna är att det främst är avseende dessa *andra* problem, som jämlik hälsa ges olika betydelse. Det är de olika problemrepresentationerna av exempelvis inkomst, utbildning och arbete som konstruerar jämlik hälsa och på skilda sätt. De diskursiva gränser som omgärdar Malmökommissionens förståelse av exempelvis inkomst, jämlikhet och individers förutsättningar, får, som jag ovan kunnat visa, konsekvenser för de konkreta lösningar som Malmökommissionen presenterar.

Det är ibland otydligt vad Malmökommissionen och Västra Götalandsregionen egentligen ser som problematiskt. Är det jämlik hälsa som är målet för policyerna, eller är det inkomstskillnader och ett för lågt arbetsdeltagande? Eller är det en bristande utveckling avseende ett socialt hållbart samhälle och samhällsekonomin? Cirkelresonemang som både placerar jämlik hälsa som ett problem och en lösning för andra problem, så som utbildning, arbete, inkomst och hållbar utveckling gör det svårt att uttolka vilket problem det är som ska lösas. Jämlik hälsa konstrueras som både ett mål och ett medel. Det samma kan sägas om de andra problem som presenteras. För att få en djupare förståelse för de diskursiva gränser som exempelvis utbildning, arbete och inkomst har i förhållande till jämlik hälsa, skulle det krävas enskilda och fördjupande analyser av hur dessa problem i sig konstrueras. Jag har i denna studie endast haft möjlighet att skrapa på ytan. Det kan anses omöjligt att dekonstruera alla de diskurser som *problem* omgärdas av. Jag har inte haft möjlighet att ta del av allt det policymaterial som omgärdar Malmökommissionens och Västra Götalandsregionens arbeten. Att det finns luckor i mitt resultat kan därför i princip tas för givet. Jag har dock kunnat visa på de dominerande problemrepresentationerna, det vill säga de representationer som framträtt som mest centrala i det studerade materialet och som därmed främst representerar de lösningar som förväntas kunna lösa den ojämlika hälsan.

6.2. Aktörernas och arbetsprocessens betydelse för problemrepresentationerna

Som nämnts i metodkapitlet och som visats i presentationen av det empiriska materialet, skiljer sig de två empiriska fallen åt avseende vilka aktörer som varit inblandade och hur arbetsprocessen organiserats. Fallen, i form av en kommun och en region, skiljer sig även åt avseende den politiska nivån. Jag har varit tydlig med att min avsikt inte varit att studera enskilda aktörers problemrepresentationer, eller att för den delen göra en processutvärdering av arbetet med jämlik hälsa i Malmö stad och Västra Götalandsregionen. Med detta sagt kan det ändå vara på sin plats att diskutera den eventuella brist det innebär att jag i och med det valda teoretiska ramverket och de analytiska verktygen, inte har haft möjlighet att tolka den påverkan som olika aktörer och organisatoriska faktorer har haft på problemformuleringsprocesserna.

Att aktörer har ett inflytande på policyprocessen har konstaterats av policyteoretiker (Bacchi, 1999; Fischer, 2003; Hanberger, 2001; Hill, 2007). I min analys av det empiriska materialet har resultat framkommit som mycket väl kan ha påverkats av såväl inblandade aktörer som den politiska nivån. Västra Götalandsregionen (2012b: 1) påpekar exempelvis att det inte funnits någon möjlighet att utforma åtgärder som sätter fokus på de grundläggande förutsättningarna för att minska skillnader i hälsa. Detta på grund av regionens bristande möjligheter att påverka politiska beslut avseende vissa mer strukturella villkor. Den politiska nivåns betydelse skulle på samma sätt kunna förklara att Malmökommissionen i större utsträckning rekommenderar lösningar inom politikområden, där kommunen har mandat att fatta beslut, exempelvis bostadspolitik, utbildningspolitik, fördelningspolitik och så vidare.

Att en politisk styrningen förekommit i arbetet med att utforma en handlingsplan för jämlik hälsa i Västra Götalandsregionen kan dessutom ha påverkat det faktum att konsensus betraktas som eftersträvansvärt. Det kan även spekuleras kring hurvida den politiska inblandningen eventuellt påverkat otydligheten i hur ansvar för problemet jämlik hälsa riktas. På omvänt sätt skulle den politiska frånvaron och forskarnas närvaro i Malmökommissionens arbetsprocess eventuellt kunna förklara att ansvaret i större utsträckning riktas mot beslutsfattare samt att vetenskaplig kunskap tillskrivs en större betydelse än annan kunskap.

Aktörers påverkan och kontextuella skillnader är viktiga för förståelsen av problemformuleringsprocesser och kan berätta mycket om varför problem formuleras som de gör. För denna studie har utgångspunkten i teoretiska resonemang runt problemrepresentationer, dock kunnat bidra med andra viktiga slutsatser. Oavsett varför problem formuleras som de gör, får de representationer av problemet som följer av olika problemformuleringsprocesser, konsekvenser och effekter för val av styrmedel och styrningen av individer och grupper i samhället. Det går att konstatera att samordning rekommenderas som en viktig lösning på en ojämlik hälsofördelning, vilket innebär en representationen av ojämlik hälsa som just bristande samordning. Den aktuella problemrepresentationen påverkar styrningen av folkhälsopolitiken.

6.3. Problem, lösningar och effekter – jämlik hälsa och ansvarsfördelning

Trots de nämnda bristerna i det analytiska ramverket, hävdar jag således att den stora styrkan med Bacchis (1999; 2009) WPR-ansats är att den inte enbart fokuserar på de diskursiva gränser som omgärdar politiska problem. Genom att utgå från de lösningar, styrmedel och konkretiserade åtgärdsförslag som formuleras möjliggörs en analys av den politiska organiseringens effekter. Politiken organisering genom åtgärder, insatser, skatteplanering, etcetera, får konkret betydelse för individer och hur individer organiserar sina liv. WPR-ansatsen placeras inte enbart policydokumentens konstituerande effekt i sig som central. Även de konkreta insatsernas konstituerande effekter fokuseras. Den påverkan politiska styrmedel har på hur individer eller kategorier av individer ser på sig själva och sin omvärld, bör granskas (Bacchi, 1999; 2009).

Jag har i denna studie haft möjlighet att studera hur lokalt situerad folkhälsopolitik konstruerar jämlik hälsa som problem och därmed kunnat visa hur diskursiva gränser ger upphov till olika effekter. De förgivettaganden och antaganden som underbygger diskurser har visat sig påverka hur individer styrs och konstitueras som subjekt. Hur folkhälsopolitiken riktas och hur *ansvar* konstrueras visar sig vara av central vikt. Detta görande av problem och kategorier av identiteter i folkhälsopolitiken bör beaktas. Insatser och åtgärder som pekar ut *fattiga* och *arbetslösa* riskerar att reproducera över- och underordning genom att kategorier av identiteter konstrueras som i behov av hjälp och stöd, eller som mindre kapabla (jmf Bacchi, 2009; de los Reyes & Mulinari,

2005). En ansats som istället riktar fokus mot strukturer och beslutsfattares ansvar, kan undvika dessa konstituerande effekter.

6.4. Ytterligare några tankar om det teoretiska ramverket

Det tolkande analyschema som använts, har främst utgått från Carol Bacchis (1999; 2009) WPR-ansats. Denna ansats, till skillnad från andra mer övergripande och kategoriserande ansatser, har möjliggjort identifieringen av de diskursiva gränser som bestämmer hur problem framställs. Framför allt har ansatsen bidragit till analysen och tolkningen av de effekter som uppstår i förhållande till dessa förgivettaganden. WPR-ansatsens validitet har tidigare testats och utvecklats av policyforskare, vilket jag bland annat visar i genomgången av tidigare forskning (avsnitt 2.1). Vissa förändringar och tillägg till Bacchis formulerade analysfrågor har dock gjorts på grund av olika anledningar som diskuterats i metodkapitlet.

Jag har i min analys inte bara utgått från de lösningar som presenteras, vilket Bacchi (2009) förespråkar. Utöver analysen av lösningar har jag istället även försökt fånga in motsättningar och problemkonflikter, genom att studera hur jämlik hälsa formuleras som problem i andra policydokument, texter och i andra sammanhang (jmf Ekström, 2012: 229). Att endast utgå från lösningarna hade rent teoretiskt inneburit att jag enbart hade kunnat uttala mig om vilka problemrepresentationer som åtgärderna genererat. Eftersom syftet även varit att studera de problemrepresentationer som föranleder lösningarna, har denna ansats varit fruktbar. Schneider och Ingrams (1990) kategoriserings av styrmedel utifrån föreställningar om beteendeförändringar hos målgruppen, har dessutom bistått som ett verktyg för att karaktärisera föreslagna åtgärder.

6.5. Avslutande reflektioner

Jag har i denna masteruppsats kunnat visa på hur jämlik hälsa, trots mycket lika utgångspunkter, kan konstrueras på skilda sätt. Förståelsen av en ojämlig fördelning av hälsa tar avstamp i olika förgivettaganden om verklighetens beskaffenhet. Jämlik hälsa konstrueras bland annat som ett problem med inkomstskillnader och lågt arbetsdeltagande, bristande kunskap och samordning samt bristande politiska beslut eller bristande föräldrar och arbetslösa. Jämlik hälsa framkommer dock i det studerade materialet även som en lösning på bristande social hållbarhet och samhällsekonomisk utveckling. Policyanalytiker bör således vara medvetna om problemformuleringsprocessens betydelse för hur problem framställs samt hur politiken organiseras utifrån förgivettaganden och skilda förståelser av vad och vem som utgör ett problem.

Referenser

- Bacchi, C. (1999). *Women, Policy and Politics: the construction of policy problems*. London: SAGE
- Bacchi, C. (2004). Policy and discourse : challenging the construction of affirmative action as preferential treatment. *Journal of European Public Policy*, 11(1): 128-146
- Bacchi, C. (2009). *Analysing Policy: What's the problem represented to be?* Frenchs Forest NSW: Pearson
- Best, J. (2013). *Social Problems*. 2 uppl. New York: W.W. Norton & Co
- WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, World Health Organization.
- de los Reyes, P. & Martinsson, L. (2005). Olikhetens paradig – och några följdfrågor. De los Reyes, Paulina & Martinsson, Lena (red.). *Olikhetens paradig : intersektionella perspektiv på o(jäm)likhetsskapande*. Lund: Studentlitteratur
- de los Reyes, P., Molina, I. & Mulinari, D. (2005). *Maktens (o)lika förklädnader : kön, klass & etnicitet i det postkoloniala Sverige : en festskrift till Wuokko Knocke*. Stockholm: Atlas
- de los Reyes, P. & Mulinari, D. (2005). *Intersektionalitet : kritiska reflektioner över (o)jämlighetens landskap*. Malmö: Liber
- Easton, D. (1953). *The Political System*. New York: Knopf
- Easton, D. (1965). *A Framework for Political Analysis*. Eaglewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Ekström, L. (2012). *Jämställdhet – för männens, arbetarklassens och effektivitetens skull? : en diskursiv polycystudie av jämställdhetsarbete i maskulina miljöer* [avhandling]. Stockholm: Statsvetenskapliga institutionen, Stockholms universitet
- Elander, I., Eriksson, C. & Fröding, K. (2009). Lokalt partnerskap för folkhälsa – innovation med djupa rötter i det svenska samhället. I, Hedlund, G. & Montin, S. (red.). *Governance på svenska*. Stockholm: Santéus Academic Press Sweden
- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L.. (2007). *Metodpraktikan : konsten att studera samhälle, individ och marknad*. 3 uppl. Stockholm: Norstedts Juridik
- Fischer, F. (2003). *Reframing Public Policy : Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: Oxford University Press
- Foucault, M. (1982). The Subject and Power. I Dreyfus, H. & Rabinow, P. (red.). *Michel Foucault : Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: University of Chicago Press

- Foucault, M. (1991) [1968]. Politics and the Study of Discourse. I Burchell, G., Gordon, C. & Miller, P. (red.) *The Foucault Effect : Studies in Governmentality*. Chicago: University of Chicago Press
- Gergen, K. J. (2009). *An Invitation to Social Constructionism*. Los Angeles: Sage
- Hanberger, A. (2001). What is the Policy Problem? : Methodological Challenges in Policy Evaluation. *Evaluation*, 7: 45
- Hill, M. (2007). *Policyprocessen*. Malmö: Liber
- Hudson, C. & Rönnblom, M. (2007). Regional development policies and the constructions of gender equality : The Swedish case. *European Journal of Political Research*, 46: 47–68
- Jenkins, W.I. (1978). *Policy Analysis*. London: Martin Robertson
- Kastberg, G. (2013). *Organisering i nätverk : En studie av de organisatoriska processerna kring framtagandet av en handlingsplan för en mer jämlik folkhälsa*. Kommunforskning i Västsverige
- Larsson, S. (2009). A pluralist view of generalization in qualitative research. *International Journal of research & Method in Education*, 32(1): 25-38
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358: 483-88
- Mannheimer, L. N. & Wasserman, D. (2008). Prevention av psykisk ohälsa. I Orth-Gomér, K. & Perski, A. (red.), *Preventiv medicin : Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Paterson, S. (2010). ‘Resistors,’ ‘Helpless Victims,’ and ‘Willing Participants’ : The Construction of Women’s Resistance in Canadian Anti-Violence Policy. *Social Politics*, 17(2): 159-84
- Prop. 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*, (2008).
- Raphael, D. (2011). A discourse analysis of the social determinants of health. *Critical Public Health*, 21(2): 221-236
- Rochefort, D. A. & Cobb, R. W. (1994). *The Politics of Problem Definition : Shaping the Policy Agenda*. Kansas: University Press of Kansas
- Rönnblom, M. (2005). Letting Women in? Gender Mainstreaming in Regional Policies. *NORA*, 13:03, 164-174
- Rönnblom, M. (2008). Var tog politiken vägen? Om regionalpolitik, jämställdhet och statens förändrade former. *Tidskrift för genusvetenskap*, 1: 31-52
- Rönnblom, M. (2011). Vad är problemet? Konstruktioner av jämställdhet i svensk politik. *Tidskrift för genusvetenskap*, 2-3: 35-55
- Schneider, A. & Ingram, H. (1990). Behavioral Assumptions of Policy Tools. *Journal of Politics*, 52(2): 510-529
- Schneider, A. & Ingram, H. (1993). Social Construction of Target Populations : Implications for Politics and Policy. *The American Political Science Review*, 87(2): 334-347

- Statens folkhälsoinstitut & Socialstyrelsen (2010). *Svenska lärdomar av Marmotkommissionens rapport Closing the Gap*. Statens folkhälsoinstitut.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2011). Samling för social hållbarhet – minska skillnader i hälsa [projektplan]. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Tanesini, A. (1999). *An introduction to feminist epistemologies*. Malden, Mass: Blackwell Publishers.
- Vallgård, S. (2008). Social inequality in health: Dichotomy or gradient? A comparative study of problematizations in national public health programmes. *Health Policy*, 85: 71–82
- Verloo, M., & Lombardo, E. (2007). Contested Gender Equality and Policy Variety in Europe : Introducing a Critical Frame Analysis Approach. I Verloo, M. (red.) *Multiple Meanings of Gender Equality*. Budapest: CPS Books
- Yanow, D. (1993). The communication of policy meanings : Implementation as interpretation and text. *Policy Sciences*, 26(1): 41-61

Material

Artiklar

- Alexandersson, J., Kant, V., Magnusson, P-Å. & Holmgren, K. (2012). Miljarder att spara på minskade hälsoklyftor. *Göteborgsposten*, 3 februari.
- Eliasson, H., Larsson, G. & Ternstedt, A. (2012). Jämlik hälsa prioriterad i regionen. *Borås Tidning*, 10 december.
- Isacsson, S-O., Balkfors, A., Bunar, N., Gerdtham, U., Engquist, E., Köhler, M., Larsson, A., Larsson, C., Larsson, K., Pelin, K., Persson, S., Rosvall, M., Salonen, T., Stigendal, M., Vågerö, D. & Östergren, P-O. (2012). ”Så ska den ojämlika sociala utvecklingen i Malmö brytas”. *Dagens Nyheter*, 20 februari.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö (2013). Malmökommissionen: Satsa på hälsa och välfärd. *Sydsvenskan*, 1 mars.

Blogginlägg

- Alexandersson, J. (12-02-03). Hälsoklyftorna måste minska – 100 åtgärder för social hållbarhet. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-02-10). Folkhälsa och pensionsålder. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-03-09). Tankar om jämställdhet och jämlikhet dagen efter Internationella kvinnodagen. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]

- Alexandersson, J. (12-03-30). Socialt hållbar utveckling temat för Forum Västra Götaland 29 mars. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-05-11). Minskad segregation – en förutsättning för social hållbarhet. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-06-11). Folkhälsokommittén satsar för att minska antalet skolavhopp. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-06-28). Socialt företagande, är det folkhälsa? *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-10-14). Den svenska paradoxen. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-10-12). Snart börjar arbetet och vi skall göra det tillsammans! *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-11-20). Social hållbarhet – välfärdens framtid. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Alexandersson, J. (12-12-19). Tack för god samverkan. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Balkfors, A. (11-06-26). Kommissionen på plats. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-07-04). Kommissionen i Almedalen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-08-19). Malmökommissionen i Socialmedicinsk tidskrift. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-08-30). Splittrad stad. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-09-21). Dela med sig. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-10-07). Suzanne Osten pratade om Malmökommissionen på kulturkonferensen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]

- Balkfors, A. (11-10-10). FN:s Världsdag för psykisk hälsa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-10-26). Globala Malmö. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-11-02). Tryck på jämlikhet i hälsa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (11-12-09). Dialog med omvärlden. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-01-26). En och annan hjälte. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-03-26). Tillväxt – arbetslöshet och hälsa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-03-27). Hur mår du, Malmö? *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-04-11). Kanske är det så att, vill du förändra Malmö behöver du förstå omvärlden. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-07-04). Slutspurt. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-09-07). Idrottsrörelse med socialt engagemang. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-09-14). Satsning på förbättrad utbildning för utrikes födda elever. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (12-12-21). Civilsamhällets viktiga roll. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Balkfors, A. (13-04-08). Malmös väg mot en hållbar framtid, Hälsa, välfärd och rättvisa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Holmgren, K. (12-02-10). Tema folkhälsa vid moderata regionpolitikernas möte 7 februari. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Holmgren, K. (12-03-13). Alla ska ges möjlighet till ett ”Åldrande med livskvalitet”. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Holmgren, K. (12-03-26). Stärk barns handlingsutrymme genom samverkan mellan och med idéburna ~~organitioner~~organisationer. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]

- Holmgren, K. (12-04-30). BARNES HÄLSA: reflektioner kring citat från talare på Folkhälsostämman 2012, 23-25 april. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Holmgren, K. (12-10-04). När blir man gammal? *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Holmgren, K. (12-10-19). Rätten till ett gott liv. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Isacsson, S-O. (11-09-19). Efter tredje kommissionsmötet. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (11-10-07). Vård och hälsa på lika villkor- debatt i P1. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (11-11-17). Kommissionen på Kvalitetsmessa i Göteborg. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (11-11-25). Tankar i halvlek. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (11-12-20). Luciadagen på Socialdepartementet. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (12-01-20). Kommissionsmöte i Drömmarnas hus. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (12-02-09). Stigande aktivitet i region och kommission. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (12-02-27). Efter DN och nysläppta rapporter. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (12-04-05). Sociala skillnader i äldres hälsa, ett seminarium med konstruktiva förslag. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Isacsson, S-O. (12-05-08). Den ojämlika välfärden i Malmö ur ett socioekonomiskt perspektiv. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Jonsson, J. (12-02-06). Vilken start på arbetet! *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]

- Jonsson, J. (12-02-21). Nu finns 200 förslag till åtgärder. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-02-28). Stadsutveckling och folkhälsa – hänger det ihop? *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-03-07). En vårfloed av förslag. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [13-06-19]
- Jonsson, J. (12-04-02). Utbildning – en avgörande förutsättning för jämlik hälsa. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-05-02). En folkhälsostämman i samverkans tecken. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-06-06). Är det konkret och relevant? *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-06-28). Vi ses i Almedalen! *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-06-29). Verksamhetens erfarenheter möter forskningen. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [13-06-19]
- Jonsson, J. (12-07-09). Efter Almedalen och inför hösten. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Jonsson, J. (12-09-03). Skördetid. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [13-06-19]
- Kant, V. (12-02-16). Fattig i ett rikt Sverige. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Kant, V. (12-05-21). Rod Stewart, Tina Turner och Mick Jagger. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Larsson, C. (06-07-11). Om bostadsområdets utveckling i Almedalen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Larsson, K. (11-08-18). Om bostadsområdets utveckling i Almedalen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]

- Larsson, K. (12-01-11). Kommissionen på internationell skolkonferens i Malmö. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Larsson, K. (12-06-07). Förankring, fördjupning och dialog. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-06-26). Skollyft eller skolras? *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-07-12). Ung i forskning. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-08-24). Nordisk hälsa diskuteras i Åbo. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-08-29). Vi blickar mot Norge. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-10-14). De vita fläckarna och det hållbara samhället. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-10-18). Inför döden är vi inte lika. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (11-11-07). ”If we want to be healthier and happier, we can’t ignore inequality”. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-01-13). Kommunikationsmöte på Marmots institut i London. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-01-18). Sveriges läkare läser om Malmökommissionen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-03-20). Gymnasieelever skriver debattartiklar om minskad kriminalitet i Malmö. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-04-17). Sociala skillnader i hälsa i vuxenlivet. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-04-20). Blir det bättre eller sämre eller både och? *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-05-17). SKL Social hållbarhet – hållbar livsmiljö. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-06-25). Kön, genus och hälsa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]

- Leander, F. (12-07-10). Potential för social hållbarhet lyftes i Almedalen. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-10-16). Hur kan kommissionens arbete bli användbart? *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-10-23). Kultur och hälsa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Leander, F. (12-11-22). Gör Malmö till barnens stad. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Marmot, M. & Isacson, S-O. (12-09-20). Michael Marmot och Sven-Olof Isacson inför kvällens seminarium. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Salonen, T. (12-03-28). Barnens fattigdom? *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Salonen, T. (12-06-08). Bakom ”det dolda Malmö” –en föränderlig stad i spännande utvecklingsfas. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]
- Simonsson, A-C. (11-04-12). Att investera i folkhälsa – ett nytt sätt att tänka – och handla. *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [blogg]. <http://www.jamlikhalsavast.se/> [~~19-06-13~~13-06-19]
- Stigendal, M. (11-11-04). Forskargrupp om en alternativ ekonomi i Europa. *Kommission för ett socialt hållbart Malmö* [blogg]. <http://www.malmokommissionen.se/> [13-08-18]

Konferensmaterial

- Alexandersson, J. (2012). Hälsan är ojämlikt fördelad [powerpoint-presentation].
Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen.
- Johansson, A. (2012). Folkhälsa Göteborg [powerpoint-presentation].
Stadsledningskontoret, Göteborgs stad.
- Malmökommissionen (2013). Malmökommissionens slutrapport - del 1/4 [video].
Malmökommissionen, Malmö stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2203607000001> [~~14-08-13~~13-08-14]
- Malmökommissionen (2013). Malmökommissionens slutrapport - del 2/4 [video].
Malmökommissionen, Malmö stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2203578363001> [~~14-08-13~~13-08-14]
- Malmökommissionen (2013). Malmökommissionens slutrapport - del 3/4 [video].
Malmökommissionen, Malmö stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2203578343001> [~~14-08-13~~13-08-14]

- Malmökommissionen (2013). Malmökommissionens slutrapport - del 4/4 [video].
Malmökommissionen, Malmö stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2203606997001> [13-08-14]
- Skatt, A-K. (2012). Tidaholms kommun [powerpoint-presentation]. Tidaholms kommun.
- Västra Götalandsregionen (2012a). Dokumentation från förankringskonferensen 3 februari 2012 : Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland [dokumentation]. Västra Götalandsregionen.
- Ziglio, E. (2012a). Health Equity - it is time to act! [powerpoint-presentation]. European Office for Investment for Health and Development, World Health Organization Regional Office for Europe.
- Ziglio, E. (2012b). Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för jämlik hälsa i Västra Götaland [video]. Folkhälsokommittén, Västra Götalandsregionen.
<http://webbvideo.vgregion.se/mediaHome/preview.php?videoid=50b60af9e7d71> [~~14-08-13~~13-08-14]

Media

- Larsson, K. & Engquist, E. (2012). *Lär känna Malmökommissionen – Eva Engquist : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Eva Engquist* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2024962948001> [~~13~~14-08-11]
- Larsson, K. & Köhler, M. (2012). *Lär känna Malmökommissionen – Marie Köhler : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Marie Köhler* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=1985448845001> [~~13~~14-08-11]
- Larsson, K. & Larsson, A. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Annelie Larsson : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Annelie Larsson* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2082109502001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Larsson, C. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Christer Larsson : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Christer Larsson* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2083994058001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Pelin, K. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Katarina Pelin : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Katarina Pelin* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2082595229001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Persson, S. (2012). *Lär känna Malmökommissionen – Sven Persson : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Sven Persson* [video].
Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2027182030001> [13-08-11]

- Larsson, K. & Rosvall, M. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Maria Rosvall : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Maria Rosvall* [video]. Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2082352385001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Salonen, T. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Tapio Salonen : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Tapio Salonen* [video]. Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2082401753001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Stigendal, M. (2012). *Lär känna Malmökommissionen – Mikael Stigendal : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Mikael Stigendal*[video]. Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=1978661947001> [13-08-11] Larsson, K. & Vågerö, D. (2012). *Lär känna Malmökommissionen – Denny Vågerö : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Denny Vågerö* [video]. Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=1978651223001> [13-08-11]
- Larsson, K. & Östergren, P-O. (2013). *Lär känna Malmökommissionen – Per-Olof Östergren : Ett samtal mellan Kerstin Larsson och Per-Olof Östergren* [video]. Malmökommissionen, Malmö Stad.
<http://www.malmo.se/webbvideo?bctid=2082184209001> [13-08-11]
- Socialutskottet (2013). Öppet seminarium om folkhälsofrågor [video] [öppen utfrågning]. Socialutskottet, Sveriges Riksdag.
<http://www.riksdagen.se/sv/Utskott-EU-namnd/Socialutskottet/Oppna-utfragningar/Oppen-utfragning/?did=H0C220130327ou1&doctype=ou> [13-08-14]
- Studio Ett (2013). [radioprogram] Sveriges radio, P1, 1 augusti.

Rapporter och dokument

- Calidoni, F., Christiansson, C. & Henriksson, G. (2011). *Kostnader för ojämlikhet i hälsa i Västra Götaland : En beräkning av vad socioekonomisk ojämlikhet i hälsa kostar samhället*. Västra Götalandsregionen.
- Folkhälsokommitténs kansli (2010). *Projektplan för Handlingsplan för att motverka ojämlikhet i Västra Götaland (Dnr RSK 279-2010)*. Folkhälsokommitténs kansli, Västra Götalandsregionen.
- Folkhälsokommitténs kansli (2011). *Regionstyrelsen ska ta fram en handlingsplan för jämlik hälsa i hela Västra Götaland* [uppdragshandling]. Folkhälsokommitténs kansli, Västra Götalandsregionen.
- Kommission för ett socialt hållbart Malmö (Malmökommissionen) (2013). *Malmö väg mot en hållbar framtid : Hälsa, välfärd och rättvisa*. Kommission för ett socialt hållbart Malmö, Malmö stad

- Kommittén för folkhälsofrågor (2011a). Begrepp & Definitioner kring
ojämlikhet/jämlikhet i hälsa [arbetsmaterial]. Kommittén för folkhälsofrågor,
Västra Götalandsregionen.
- Kommittén för folkhälsofrågor (2011b). Frågor och svar kring ojämlikhet/jämlikhet i
hälsa [arbetsmaterial]. Kommittén för folkhälsofrågor, Västra
Götalandsregionen.
- Västra Götalandsregionen (2005). Vision Västra Götaland : Det goda livet. Regionens
hus, Mariestad: Adress och distributionscentrum, Västra Götalandsregionen
- Västra Götalandsregionen (2009). Folkhälsopolitisk policy Västra Götaland.
Regionens hus, Mariestad: Adress och distributionscentrum, Västra
Götalandsregionen
- Västra Götalandsregionen (2010a). Västra Götalandsregionens budget 2011.
- Västra Götalandsregionen (2012b). *Samling för social hållbarhet : Handlingsplan för
jämlig hälsa i hela Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen.

Övriga internetkällor

- Västra Götalandsregionen (12-09-21). Så är arbetet organiserat. Hämtat [12-10-08]
från: <http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Utmaningar-for-folkhalsoarbetet/Jamlika-och-jamstallda-livsvillkor/Handlingsplan-for-jamlik-halsa/Sa-ar-arbetet-organiserat/>

Analysschema

- 1. Är åtgärdsförslagen auktoritära, stimulerande, kapacitetsbyggande, symboliska/manande eller lärande?**
- 2. Hur framställs problemet med ojämlik hälsa?**
 - a. Representerar ohälsa ett *biomedicinskt* eller *socialt* problem?
 - b. Representerar ohälsa ett *botande* eller *preventivt* problem?
 - c. Representerar prevention ett *biomedicinskt* eller *socialt* problem?
- 3. Vilka underliggande antaganden och påståenden ligger till grund och formar representationen av problemet med ojämlik hälsa?**
 - a. Vilka *nyckelbegrepp* kan identifieras?
 - b. Går det att identifiera några *dikotomier*?
 - c. Vilka outtalade ”sanningar” kan identifieras?
- 4. Vad problematiseras inte i den aktuella problemrepresentationen, det vill säga finns det alternativa sätt att betrakta problemet på som inte nämns?**
- 5. Vad är effekterna och konsekvenserna av problemrepresentationen?**
 - a. Vilka *diskursiva effekter* kan identifieras?
 - b. Vilka *subjektifierande effekter* kan identifieras?
 - Går det att identifiera ett användande av *kategorier* av individer?
 - Representerar prevention ett problem på *individnivå* eller på en *strukturell* eller *samhällelig nivå*?
 - Om prevention representerar ett problem på individnivå, riktas det mot hela befolkningen eller mot (risk)grupper?