



UiT Norges arktiske universitet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

«Når energiregnskapet skal gjøres opp»

En kritisk diskursanalyse av Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme

Sanna Bostad Kvaal

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi Mai 2020

Forord

Tre år har gått, tre spennende år fylt med læring, faglige (og ufaglige) diskusjoner, nye bekjenskaper og mange uforglemmelig uker på studiesamlinger i Tromsø. Tusen takk til alle medstudenter og lærere som har bidratt til å gjøre disse tre årene unike. Det som i starten virket både overveldende og ubegripelig, har blitt mer gripelig og håndterbart mye takket være dere. De siste månedene har vært unntakstilstand med stengte universiteter, seminarer og veiledninger på Skype, og en liten dose ekstra arbeidsro. Endelig er masteroppgaven ferdig, de utallige timene med lesing, skriving, mer lesing og enda mer skriving har endelig gitt resultater.

Jeg ønsker å takke min veileder Beate Ytreberg for konstruktive og givende tilbakemeldinger. Etter hver veiledning har jeg sittet igjen med ny innsikt og en tydeligere retning fremover. Takk for at du satte meg på tanken om å gjøre en diskursanalyse. Det har vært en prosess med mye læring, og litt forvirring, som gjør at jeg nå sitter igjen med ny innsikt og forståelse av språkets betydning for vår virkelighet.

Tusen takk til min arbeidsplass som har lagt til rette for at jeg har kunnet fulgt drømmen min om å bli psykomotorisk fysioterapeut. En spesiell takk til Stine som også har lest korrektur og kommet med nyttige innspill til oppgaven.

Til slutt ønsker jeg å takke mine venner og familie som har stilt opp for meg og støttet meg i denne prosessen.

Mai 2020

Sanna Bostad Kvaal

Sammendrag

Overvekt og fedme er blitt et medisinsk- og helsefaglig anliggende. I Norge finnes behandlingstilbud både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det finnes en nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme som skal sikre den faglige kvaliteten på tjenestene som tilbys. Samtidig opplever personer med overvekt og fedme stigmatisering, både i helsevesenet og samfunnet for øvrig. Den store kroppen assosieres med å være lat, udisiplinert, mindre attraktiv og egoistisk. Jeg har sett på hvordan helsevesenets tilnærming til feltet preges av statusen 'den store kroppen' har i samfunnet.

Problemstilling: Hvordan fremstilles og forstås overvekt og fedme i nasjonal faglig retningslinje for utredning, forebygging og behandling for overvekt og fedme – for voksne?

Metoden er en kritisk diskursanalyse og jeg identifiserte tre hoveddiskurser i datamaterialet; Den medisinske diskursen, folkehelsediskursen og samfunnsdiskursen. I den medisinske diskursen forstås fedme som en sykdom, som impliserer at det er noe man rammes av, lider av og trenger behandling for. Behandlingen innebærer å lære pasienten å spise mindre og være mer fysisk aktiv for å oppnå vektnedgang. I folkehelsediskursen forstås overvekt og fedme som en trussel for vår folkehelse. Økende forekomst av overvekt og fedme beskrives som en 'fedmeepidemi'. Det 'fedmefremmende' samfunnet får skylden og de med overvekt eller fedme klarer ikke å modere seg i dette samfunnet. Samfunnsdiskursen uttrykkes gjennom forståelsen av 'den overvektige pasienten' som skamfull, pinlig berørt, mindre attraktiv og sosialt ekskludert, og brukes som argument for viktigheten av vektnedgang.

Et overskyggende fokus på kosthold, fysisk aktivitet og vekt bidrar til en forenklet fremstilling av hvilke faktorer som påvirker menneskets helse. Kroppen fremstilles som et objekt, som kan formes og manipuleres til en normal og akseptert størrelse. Teori fra kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi benyttes for å fremme betydningen av en mer helhetlig forståelse av mennesket.

Nøkkelord: Fysioterapi, diskursanalyse, overvekt, fedme, nasjonal faglig retningslinje.

Abstract

Obesity have become a medical issue, with public treatment both in the primary care and in the specialized health care. Norway have a national guideline for prevention, investigation and treatment of overweight and obesity, to secure the quality of the treatment offered this group. People with obesity is experiencing weight bias, both in the society and in the health care system. The obese body is associated with laziness, lack of discipline, less attractiveness and selfishness. I have wondered how the fact that this group is experiencing weight bias might influence the way they are treated in the health care system.

Research question: *How do the national guideline for prevention, investigation and treatment of overweight and obesity – for adults, present and understand overweight and obesity?*

The method is a critical discourse analysis and I have discovered three discourses in the data material; the medical discourse, the public health discourse and the society discourse.

The medical discourse marks obesity as a disease, which implies that it is something you are caught with, suffering from and need treatment for. The treatment focuses on teaching the patients to eat less and exercise in order to lose weight. In the public health discourse overweight and obesity is marked as a threat to our public health. The increasing number of obese people is described as the obesity epidemic. The obeseogenic society is blamed for the rising numbers of obese people, and the obese represent a lack of discipline.

Lifestyle is framed as a matter of choice. The society discourse is represented through descriptions of ‘the obese patient’ as shameful, less attractive and socially excluded, and is used as an argument for weight loss. The emphasis on nutrition, physical activity and weight, contributes to a simplified understanding of the factors contributing to our health. The human body is viewed as an object that can be manipulated into a normal accepted body size. The understanding of the human body in a phenomenological and a psychomotor physiotherapeutic perspective is used to enlighten the importance of a more holistic understanding.

Key words: Physiotherapy, discourse analysis, obesity, national guideline.

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	3
ABSTRACT	4
INNLEDNING	7
1.1 BAKGRUNN.....	8
1.2 HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	9
1.3 DISKURSER OG DISKURSANALYSE.....	9
1.4 RELEVANT DISKURSANALYTISK FORSKNING.....	10
1.5 OPPGAVEN OPPBYGNING.....	13
2 DISKURSANALYSENS VITENSKAPSTEORETISKE STÅSTED	13
3 METODE	15
3.1 EGEN FORFORSTÅELSE.....	16
3.2 VALG OG PRESENTASJON AV ANALYSETEKST.....	16
3.3 SENTRALE BEGREPER FOR ANALYSEN.....	18
3.4 ANALYSESTRATEGI.....	19
<i>Valg og avgrensning av diskurs</i>	20
<i>Identifikasjon av diskursens representasjoner</i>	21
<i>Diskursens lagdeling</i>	23
<i>Analyse av tekst</i>	23
<i>Analyse av sosiale strukturer og sosial praksis</i>	25
3.5 METODEKRITIKK.....	26
3.6 PRESENTASJON AV ANALYSE, RESULTAT OG DISKUSJON.....	27
4 TEORI	28
4.1 OVERVEKT OG FEDME I ET HISTORISK PERSPEKTIV.....	28
4.2 FEDME SOM SYKDOM.....	29
4.2.1 ' <i>Den store kroppen</i> ' i medisinen.....	31
4.3 OVERVEKT OG FEDME I ET SAMFUNNSPERSPEKTIV.....	31
4.3.1 <i>Kroppen som identitetsprosjekt</i>	32
4.4 KROPPEN SOM MENINGSBÆRENDE.....	32
4.5 NORMALITET OG AVVIK.....	34
4.6 DEN DISIPLINÆRE MAKT.....	35
5 RESULTAT OG DISKUSJON	36

5.1	DEN MEDISINSKE DISKURSEN	36
5.1.1	<i>Fedme som sykdom</i>	37
5.1.2	<i>Årsaksforståelse og behandlingstilnærming</i>	39
5.1.3	<i>Motivasjon og endringsprosesser</i>	41
5.1.4	<i>Diskusjon</i>	43
5.1.5	<i>Oppsummering av den medisinske diskursen</i>	51
5.2	FOLKEHELSEDISKURSEN	52
5.2.1	<i>Fedmeepidemien</i>	52
5.2.2	<i>Diskusjon</i>	55
5.2.3	<i>Oppsummering av folkehelsediskursen</i>	62
5.3	SAMFUNNSDISKURSEN	63
5.4	ALTERNATIVE FORSTÅELSER AV OVERVEKT OG FEDME	65
5.4.1	<i>Motrepresentasjoner</i>	66
5.4.2	<i>'Den store kroppen' som kilde til innsikt</i>	67
6	AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER	69
	LITTERATUR	72
	VEDLEGG	80
	PLAN FOR VURDERING, BEHANDLING OG OPPFØLGING.....	80

Innledning

Overvekt og fedme øker sterkt i den norske befolkningen. Det samme skjer i resten av verden. Parallelt med dette ser vi en økende grad av fysisk inaktivitet i hverdagen. Mange mener vi står ovenfor en global epidemi, med store konsekvenser (Helsedirektoratet, 2011, p. 10).

Det hersker en global uro og bekymring for befolkningens økende kroppsvekt. Både gjennom media og i helsesektoren manes befolkningen til å ta vare på egen helse gjennom å kontrollere og regulere kroppsvekten: «*Fedme er en risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer*» (Helsedirektoratet, 2011, p. 10). I mediebildet presenteres funn fra forskning og uttalelser fra eksperter med en retorikk som maner til frykt og bekymring for fedmen og dens trussel mot folkehelsen. Overskrifter som «*Slår alarm om fedme i Norge*» (Andersen, 2019) eller «*Alarmerende at vi ikke klarer å stoppe vektøkningen blant unge*» (Kleven, 2020), brukes for å understreke trusselen vektøkningen utgjør. Personer med en stor kropp, sammenlignet med det som anses for ideelt, forbindes med dårlig helse og usunne levevaner.

Gjennom dette utsettes mange mennesker for stigmatisering¹ og ekskludering, både i helsevesenet og i samfunnet for øvrig, hvor regjerende stereotyper stempler disse personene som late, umotiverte, med lav selvdisciplin, inkompetente, lite samarbeidsvillige og slurvete (Malterud & Ulriksen, 2011). Det å være utsatt for stigmatisering har uheldige konsekvenser, og de kan oppleve internalisert stigma, der de begynner å se seg selv på samme måte som samfunnet ser på personer med overvekt og fedme (Helseth, 2007; Malterud & Ulriksen, 2011; Ueland, 2019). Stigmatisering på grunn av overvekt og fedme kan ha store helsemessige konsekvenser for individet og relateres til økt skamfølelse og

¹ Stigmatisering, betyr å merke og er i overført betydning brukt om det å merke noen negativt i sosial sammenheng. Se for eksempel Goffman (2009).

selvforakt (Bruåsdal & Ueland, 2017), samt vektoppgang, økt psykologisk stress, redusert fysisk aktivitet og økt matinntak (Puhl & Suh, 2015; Tomiyama et al., 2018).

Behandling av overvekt og fedme har blitt et medisinsk anliggende. I Norge har vi behandlingstilbud både i regi av primær- og spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Ifølge helsedirektoratet søker man i stor grad å behandle overvekt og fedme i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Tiltakene baserer seg på livsstilsendring i tråd med helsedirektoratets anbefalinger for kosthold og fysisk aktivitet. For personer med stor fedme, og som har vanskeligheter med å tilegne seg råd og veiledning fra fastlege/kommunehelsetjeneste, anbefales henvisning til spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Her tilbys de ofte utredning og kartlegging ved spesialisert avdeling på lokalsykehus. Videre tiltak baseres på denne utredningen, og de tilbys enten fedmereduserende kirurgi eller konservativ behandling i form av dag- eller døgnrehabilitering (Helsedirektoratet, 2011).

1.1 Bakgrunn

Det er innen behandlingsfeltet min erfaring og interesse for temaet har oppstått. Som fysioterapeut ved en behandlingstjeneste for fedme gjennom spesialisthelsetjenesten har jeg flere års erfaring med behandling av overvekt og fedme. Mitt valg om å utdanne meg til psykomotorisk fysioterapeut ble tatt på bakgrunn av mine erfaringer med at behandling med fokus på kosthold, trening og vektnedgang for personer med fedme ikke gjenspeiler pasientens behov. Mitt inntrykk er at dette er en heterogen pasientgruppe, med ulike og ofte kompliserte utfordringer og plager. Erfaringsmessig er kroppsvekten kun en liten del av pasientens problematikk, og behandlingen som tilbys har ofte et for stort fokus på betydningen kroppsvekten har for helsen, og for lite vektlegging av bakenforliggende årsaker.

Innen den psykomotoriske fagtradisjon forstås kroppen som meningsbærende, hvor våre liv nedfeller seg i våre kropper og alt vi utsettes for kommer kroppslig til uttrykk (Thornquist & Bunkan, 1986). Min erfaring er at retningslinjene for behandling av overvekt og fedme står i kontrast til den psykomotoriske forståelsen av kroppen, og i for stor grad fokuserer på å endre kroppen, fremfor å forstå personen. Dette er derfor mitt utgangspunkt for valg av oppgavens tema og tilnærming.

Med utgangspunkt i det som fremkommer av forskning som viser de negative helseeffektene av stigmatiseringen personer med overvekt og fedme opplever, samt hvordan både helsevesen og helsemyndigheter ser ut til å være en del av dette, er det relevant å forsøke å finne ut hva som bidrar til å opprettholde dette. Kanskje spesielt med tanke på hvordan stigmatisering av overvektige og økende kroppsvekt ser ut til å henge sammen.

I Norge har vi en nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme – for voksne (Helsedirektoratet, 2011). Denne retningslinjen er utgitt av Helsedirektoratet og beskriver det som anses for å være beste tilnærming til personer med overvekt og fedme i helsetjenesten. Den er hovedsakelig laget for primærhelsetjenesten, men beskriver også behandlingstilbud i regi av spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet (2011) skriver at den bør anses som faglig normerende for tjenestene som tilbys pasienter med overvekt og fedme, og den er derfor et godt utgangspunkt for å analysere hvordan overvekt og fedme forstås i helsevesenet i Norge. Det finnes en tilsvarende retningslinje for barn og unge, men fokuset i denne oppgaven er retningslinjen for voksne.

1.2 Hensikt og problemstilling

Utgangspunktet for oppgaven er at mange personer med overvekt og fedme opplever stigmatisering, at denne stigmatiseringen også finnes i helsevesenet og mine erfaringer med at behandlingsfokuset i dag ikke ivaretar pasientens behov godt nok. Min hensikt er derfor å utforske hvordan overvekt og fedme forstås i den nasjonale retningslinjen for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme i Norge.

Problemstilling:

Hvordan fremstilles og forstås overvekt og fedme i Nasjonal faglig retningslinje for utredning, forebygging og behandling for overvekt og fedme – for voksne, undersøkt gjennom en kritisk diskursanalyse?

1.3 Diskurser og diskursanalyse

En diskurs kan forklares som måter å representere på. Det er ikke bare en avspeiling av verden slik den er og kan være, men også forestillinger som representerer mulige verdener som er forskjellige fra den faktiske verdenen (Skrede, 2017). Diskurser er delaktige i å

dreie samfunnet i visse retninger. For å kunne si at det eksisterer en diskurs må det eksistere en viss grad av repetisjon av innholdet, som også må deles av en viss mengde mennesker. Diskurser overskrider altså lokale variasjoner, er overindividuelle og noenlunde stabil over tid (Skrede, 2017).

En diskursanalyse er måten diskurser og deres påvirkning i samfunnet analyseres. I diskursanalysen er man særlig opptatt av språket, men også hvordan sosiale praksiser kan leses som tekst. Det dreier seg altså om å studere tekster, handlinger og tegn, og hvordan disse er sosialt konstruert gjennom vaner og konvensjoner som er så etablerte at de oppfattes som selvfølgeligheter (Hitching, Nilsen, & Veum, 2011). Innen diskursanalyse handler det altså ikke om generering av empiriske data, men en analyse som søker å identifisere tekst/praksis som virkelighetskonstruerende. Det grunnleggende for diskursanalysen er at dagens situasjon ikke oppfattes som naturgitt, men formet i det sosiale, særlig gjennom språk (Tjora, 2017). Det er sentralt innen diskursanalysen å finne andre bilder, annet språk og andre forståelser som kan utfordre dagens sosiale praksis (Neumann, 2001). Innen kritisk diskursanalyse tar man i tillegg gjerne utgangspunkt i samfunnsforhold som er problematiske, med det formål å avdekke og beskrive hvordan språket formidler og uttrykker ulike verdensbilder og ideologier (J. Grue, 2011).

1.4 Relevant diskursanalytisk forskning

Jeg har brukt søketjenestene Oria og Pubmed, med søkeordene 'diskursanalyse' og 'overvekt' eller 'fedme', og 'discourse analysis', 'obesity' og 'Norway', og lett etter artikler eller avhandlinger med diskursanalytisk tilnærming som har tatt utgangspunkt i anbefalinger for helsefremming, forebygging eller behandling av overvekt og fedme i Norge. Én masteroppgave omhandlet dette, hvor Widerberg (2005) gjorde en kritisk diskursanalyse med utgangspunkt i Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF), og undersøkte hvilke diskurser om overvekt og fedme som fremkom. Hennes analyse belyser at vekt og helse handler om komplekse problemstillinger, der psykologiske, sosiologiske og fysiske aspekter har betydning. Til tross for dette skriver hun at datamaterialet uttrykker en snever helseforståelse. Hun hevder derfor at SEFs tilnærming til overvekt og fedme ikke ivaretar kompleksiteten vekt og helse innebærer, og derfor kan bidra til økt risikofokusering, helseopptatthet og forekomst av spiseforstyrrelser for samfunnsgrupper hvor overvekt ikke er en sentral helserisiko (Widerberg, 2005).

En annen masteroppgave som er relevant å trekke frem er Sølunes (2015), som gjennomførte diskursanalyse av mediens fremstilling av fedmekirurgi. Hun fant både en medisinsk diskurs og en folkehelsediskurs representert i mediedekningen av overvekt og fedme. Funnene i denne oppgaven kan derfor gi en retning for hvordan overvekt og fedme forstås i de medisinske fagmiljøene og av helsemyndighetene i Norge. Sølunes (2015) avdekket at måten både overvektige og fedmeopererte blir fremstilt på i nettavisene er objektiverende, og derfor undergraver menneskets subjektivitet. Hun skriver at en slik fremstilling er med på å umyndiggjøre personer med overvekt og fedme og bidrar til å forsterke den dominante diskursen om fedme, hvor fedme har lite kulturell verdi og at de er en stigmatisert gruppe (Sølunes, 2015).

Internasjonalt er det gjort flere diskursanalytiske tilnærminger til hvordan helsepersonell, medisinen og helsemyndighetene forstår og tilnærmer seg personer med overvekt og fedme. Jeg vil videre gi en kort presentasjon av de jeg anser som mest relevant for denne oppgaven.

Brown-Bowers, Ward og Cormier (2017) har gjennomført en diskursanalyse av en håndbok for behandling av spiseforstyrrelser i Nord-Amerika, en tilnærming som betegnes som gull-standard i behandling av spiseforstyrrelser. De avdekket en vektnedgangsdiskurs som dominerende i behandling av overspisingslidelse, og at fokuset på atferdsendring i form av hyppige vektkontroller, lavere energiinntak og økt fysisk aktivitet overskygget behandlingen av spiseforstyrrelsen. De argumenterte for at den medisinske diskursen overskygget den psykologiske diskursen i behandlingen av overspisingslidelse, og at konsekvensene av dette var et vektnedgangsperspektiv, fremfor å søke å forstå og behandle overspisingsproblematikken (Brown-Bowers et al., 2017).

M. Blackburn og Stathi (2019) undersøkte de diskursive maktrelasjonene i måten allmennpraktikere forsto og pratet om fedme gjennom å analysere måten legene reflekterte rundt filmer fra legekonsultasjoner, hvor pasientens vekt enten ble tematisert eller ikke tematisert. Studien fant at legene både reproduserte og avviste en moralsk diskurs om fedme på samme tid. Fedme ble både forstått som et individuelt atferdsproblem, samtidig som de forsto det i en sosio-kulturell kontekst hvor kroppsvekt ble ansett som en viktig del av den sosiale identiteten, og overvekt og fedme ble forbundet med stigmatisering (M. Blackburn & Stathi, 2019).

Gotovac, Lamarre og Lafreniere (2020) har analysert hvordan fedme er kontekstualisert innen behandlings- og forskningsfeltet av spiseforstyrrelser, med utgangspunkt i å utforske paradokset hvor vektnedgang fremmes som riktig behandling av fedme, mens vektnedgang er tydelig kontraindisert innen behandling av spiseforstyrrelser. De så at litteratur innen spiseforstyrrelser også reproduserte den biomedisinske diskursen om overvekt som bidrar til å opprettholde det kulturelle idealet om slankhet. De skriver at den moralske panikken rundt fedme også fremkommer i litteraturen på spiseforstyrrelser. De etterlyser et fokus innen behandling av spiseforstyrrelser som promoterer god helse for alle – ikke bare for de slanke (Gotovac et al., 2020).

O'Hara, Taylor og Barnes (2015) har gjennomført en multimodal kritisk diskursanalyse av folkehelsemyndighetenes 'krig mot fedme' i Australia. De analyserte påstandene, verdiene, antagelsene, maktstrukturene og ideologiene innen de vektrelaterte folkehelseiltakene anbefalt fra helsemyndighetene for å undersøke om disse var sammenfallende med de etiske verdiene folkehelsearbeid bygger på. De fant at personer med overvekt og fedme til stadighet ble stemplet som 'målgrupper' som trengte 'intervensjon'. De fant en tydelig paternalistisk diskurs om valg, med minimalt fokus på og respekt for menneskets autonomi. I tillegg var det et tydelig fokus på fordeler ved tiltakene, men minimalt fokus på helsefordelene og ingen ting om de potensielle skadevirkningene av tiltakene. Med utgangspunkt i dette konkluderte de med at folkehelseiltakene ikke var sammenfallende med de etiske prinsippene for helsefremmende arbeid (O'Hara et al., 2015).

Share og Strain (2008) har gjort en kritisk diskursanalyse av helsemyndighetene i Irland sine anbefalinger for å redusere helserisiko hos familier, barn og ungdom relatert til overvekt og fedme. De kritiserer rapportens individuelle fokus, og strategier som ansvarliggjorde skoler, familier og unge mennesker til å 'ta de riktige valgene'. I tillegg kritiseres tiltak rettet mot utdanningssektorene for å trekke på en statlig diskurs som bygger på individualisme, ansvarliggjøring, frihet til å velge, deltakelse og teknikker for selvivaretagelse. De konkluderer med at tiltakene feiler i å adressere de flertydige og komplekse sidene av fedme, og dermed tilslører betydningen av sosiale, økonomiske og materielle faktorer (Share & Strain, 2008).

Forståelsen av overvekt og fedme som et individuelt ansvar, en moralsk brist og et resultat av dårlige valg ser ut til å prege både helsemyndighetenes og det medisinske feltets

tilnærming til overvekt og fedme. Slik jeg ser det er ikke den norske tilnærmingen til overvekt og fedme mye annerledes enn tilnærmingen i andre land. Den nasjonale faglige retningslinjen for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme bygger på retningslinjer fra både Australia, England og Danmark, i tillegg til internasjonal forskning (Helsedirektoratet, 2011). Det er derfor relevant og viktig å kritisk analysere de påstandene, verdiene, antagelsene, maktstrukturene og ideologiene denne retningslinjen bygger på. Gjennom å rette et kritisk blikk mot de forståelsene av overvekt og fedme som ligger til grunn for de nasjonale anbefalingene kan uheldige maktforhold og ideologier identifiseres, og kanskje bidra til en dreining i de dominerende diskursene på området.

1.5 Oppgavens oppbygning

Kapittel 1 er innledning hvor jeg har presentert bakgrunn for valg av tema, min tilknytning til feltet og relevant forskning for denne oppgaven. I kapittel 2 kommer en plassering av diskursanalysens vitenskapsteoretiske ståsted. Dette fordi diskursanalysen ansees som både teori og metode, og derfor ligger forståelsen av det vitenskapsteoretiske ståstedet som en forutsetning for metoden. Kapittel 3 inneholder oppgavens metodedel, med en presentasjon av min forforståelse, presentasjon av datamaterialet og noen sentrale begreper for analysen. Analysestrategien beskrives i kapittel 3.4, før metodekapittelet avsluttes med metodekritikk og en beskrivelse av hvordan resultat- og diskusjonsdelen blir presentert. Kapittel 4 er oppgavens teoridel, med ulike perspektiver på overvekt og fedme og det teoretiske grunnlaget for analysen. Jeg har altså valgt å presentere metodedelen før teoridelen med bakgrunn i at diskursanalysen ansees som både teori og metode, og at teorien derfor er en viktig del av analysen. Kapittel 5 er oppgavens hoveddel med resultat og diskusjon, hvor hovedfunnene presenteres og diskuteres med utgangspunkt i det teoretiske grunnlaget. Kapittel 5 er oppgavens avslutning med oppsummering, samt avsluttende betraktninger og refleksjon.

2 Diskursanalysens vitenskapsteoretiske ståsted

Siden diskursanalysen ansees som både teori og metode innebærer dette at forskeren må akseptere noen grunnleggende filosofiske premisser for hvordan mening skapes (Neumann, 2001; Winther Jørgensen & Phillips, 1999). Det vitenskapsteoretiske grunnlaget for diskursanalysen er derfor også et viktig teoretisk grunnlag for oppgaven.

Denne delen inneholder derfor en redegjørelse av det vitenskapsteoretiske grunnlaget for diskursanalysen, og videre for den kritiske diskursanalysen.

Diskursanalysen kan plasseres vitenskapsteoretisk under sosialkonstruktivismen, og er en forlengelse av fenomenologien og hermeneutikken (Neumann, 2001; Thornquist, 2003). Det fenomenologiske hentyder til basisen i den subjektive sanseinformasjonen, altså hvordan måten vi ser verden er et forhandlingsspill om hva vi sanser. Fenomener og ting beskrives slik de fremstår for oss, og i en sil mellom oss og verden lager vi modeller av det vi sanser, altså representasjoner av verden (Neumann, 2001; Thornquist, 2003). I det hermeneutiske ligger en forståelse av at den sosiale virkelighet studeres på de premisser den selv byr på. Virkeligheten studeres fra innsiden, fortolket i en hermeneutisk spiral hvor nye forståelseshorisonter kontinuerlig dannes mellom oss og det andre, og mellom deler og helhet (Neumann, 2001).

Sosialkonstruktivismen beskrives gjerne gjennom fraværet av den ultimate sannhet (Skrede, 2017). Virkeligheten oppfattes som sosialt skapt som både konstituerer og konstitueres av språket, som noe i stadig tilblivelse, og dermed at ingenting kan sies å være objektive sannheter (Neumann, 2001; Skrede, 2017). Dette betyr at selv om noe fremstilles som objektive sannheter, er de sosialt skapt og derfor ikke kan være verken objektivt eller sannheter, slik som for eksempel flere av anbefalingene i den nasjonale retningslinjen formidles å som. Det betyr også at mine resultater av analysen heller ikke kan regnes som objektive sannheter, men er et uttrykk for min tolkning, men utgangspunkt i min sosiale virkelighet. Skrede (2017) skriver at en utfordring med flere sosialkonstruktivistiske retninger er forståelsen av at ingenting er mer virkelig enn noe annet, og at dette er et umulig utgangspunkt å forholde seg til innen diskursanalysen, hvor poenget er å vise en alternativ virkelighet som er bedre enn den eksisterende. Det er derfor en forutsetning at noen virkeligheter er mer sanne enn andre for at diskursanalysen skal ha en verdi.

Skrede (2017) skriver at kritisk realisme kan være til hjelp for å underbygge det kritiske innen diskursanalysen. En sentral tese i kritisk realisme er at virkeligheten består av tre domener. Det *empiriske* domenet består av våre observasjoner og erfaringer, det *faktiske* domenet består av de fenomener og begivenheter som oppstår og det *virkelige* domenet består av strukturer og mekanismer. Det virkelige domenet består av både kausale naturvitenskapelige krefter og sosiale strukturer (Skrede, 2017). Kritisk realisme inkluderer

flere poststrukturalistiske innsikter, men reduserer ikke virkeligheten til diskurs (Skrede, 2017). Dette betyr at det finnes kunnskap som er mer sann enn annen kunnskap, altså; all kunnskap er feilbarlig, men ikke *like* feilbarlig (Skrede, 2017).

Diskursanalysen er en post-positivistisk metode, og her er den franske filosofen Michel Foucault en sentral figur, med sin *arkeologiske metode* (1972) hvor han gravde i historien for å finne ut hva som har formet institusjoner, relasjoner og mening, normalitet og avvik innen for eksempel helsevesen, fengselsvesen, mental helse og det seksuelle plan (Neumann, 2001; Tjora, 2017). Et sentralt poeng for han var å demonstrere at tingenes orden ikke nødvendigvis er satt, men kunne vært annerledes (Neumann, 2001).

3 Metode

Dette er oppgavens metodedel. Siden diskursanalyser gjerne tar utgangspunkt i et sosialt problem eller forskerens eget samfunnsengasjement har jeg valgt å begynne metodedelen med en redegjørelse av min forforståelse. I tillegg har forskeren innenfor den kritiske diskursanalysen ofte også et overordnet og mer idealistisk fundert mål om at analysene skal bidra til å endre eksisterende sosiale praksiser og relasjoner (J. Grue, 2011). Dette gjør jeg derfor også rede for i metodelens første kapittel.

Språket bidrar til å produsere og reprodusere sosiale forhold og spiller derfor også en viktig rolle i produksjon og reproduksjon av sosial ulikhet. Kritisk diskursanalyse er altså en metode for å analysere hvordan dette foregår i praksis (Skrede, 2017). I kapittel 3.4 redegjøres min analysestrategi for oppgaven, med oversikt over analyseverktøy og analyseprosess. Kritisk diskursanalyse er ikke en enkelt teori eller metode (Skrede, 2017) og den enkelte diskursanalytiker kan derfor velge å lage sin egen vri på analysen ut i fra hvilket utgangspunkt man velger og eventuelle kombinasjoner av ulike tilnærminger (J. Grue, 2011). Min analysestrategi tar utgangspunkt i Faircloughs kritiske diskursanalyse som beskrevet i Skrede (2017) og Neumann (2001) sine tre trinn for å gå i gang med en diskursanalyse.

Jeg skal forsøke å kombinere analyseverktøy fra lingvistikken og teoretiske perspektiver fra samfunnsvitenskapene til å avdekke hvordan språket fungerer ideologisk og bidrar til å opprettholde maktforhold i likhet med hva Skrede (2017) beskriver som metodens hensikt.

3.1 Egen forforståelse

Det ligger i den kritiske diskursanalyse at jeg som forsker tar med meg mine egne verdier, holdninger og fortolkningsrammer inn i forskningsprosessen. I et metodisk perspektiv er det derfor viktig å i størst mulig grad være eksplisitt, bevisst og tydelig på hvilket verdisyn og holdninger, samt bakgrunnskunnskap, man har til de fenomenene som studeres (J. Grue, 2011). Dette er derfor en redegjørelse for min bakgrunnskunnskap, praksiserfaringer, verdisyn og holdninger til feltet.

Jeg har jobbet som fysioterapeut ved et rehabiliteringssenter som tilbyr institusjonalisert behandling for fedme i flere år. Valg av tema for oppgaven, problemstilling og metodisk tilnærming er derfor formet av mine erfaringer innen feltet, min bakgrunnskunnskap, mine verdier og holdninger. Jeg har møtt mange pasienter som forteller om stigmatiserende holdninger i møtet med helsepersonell på grunn av deres kroppsvekt. I samarbeid med andre fagpersoner har jeg opplevd holdninger til overvekt og fedme som preges av at kroppsvekt forstås som et individuelt ansvar og noe som ligger innenfor viljens kontroll.

I møte med pasienter har jeg erfart at de føler en forpliktelse ovenfor meg som behandler om å gå ned i vekt, som om det er en selvfølgelighet at jeg forventer vektnedgang. Jeg har utallige ganger kjent en på «klump i magen», en ubehagelig følelse av at mitt forsøk på å hjelpe har ført til økt kropps- og vektfokus hos pasienten. Mange pasienter har vært redd for å komme tilbake til rehabilitering fordi de ikke har gått ned i vekt, ikke vært *flink nok* med kosthold og trening. Min følelse har ofte vært at uansett hva jeg sier, eller hvordan jeg forstår pasienten, er pasientens forståelse mine intensjoner som behandler allerede satt. De forventer at jeg vil be de spise mindre og trene mer.

Mitt ønske med denne oppgaven er derfor å identifisere de forståelsene og ideologiene som preger behandlingstilbudene og folkehelseiltakene tilknyttet overvekt og fedme. Slik det ofte er innen den kritiske diskursanalyse har jeg også et overordnet, idealistisk mål om at denne analysen kan bidra til å fremme en forståelse av overvekt og fedme som noe mer enn for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk (J. Grue, 2011).

3.2 Valg og presentasjon av analysetekst

Mitt utgangspunkt for analysen er å identifisere hvilke diskurser som fremmes om overvekt og fedme i helsevesenet. I Norge har vi en Nasjonal faglig retningslinje for

forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme som av Helsedirektoratet beskrives som faglig normerende for de tjenester som tilbys overvekt og fedme i helsetjenesten. Bakgrunnen for valg av datamateriale er derfor at dette er det overordnede nasjonale dokumentet vi har i Norge for denne gruppen, og det ligger en forventning til alle kommuner om at denne retningslinjen skal følges. Den er skrevet av medisinskfaglige miljøer spesialisert på overvekt og fedme i Norge og godkjent av helsedirektoratet. Derfor mener jeg at den er et godt dokument for å identifisere de dominerende representasjonene innen helsetjenesten i Norge. Jeg vil videre gi en kort presentasjon av innholdet i retningslinjen.

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme, for voksne – *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*

Nasjonale faglige retningslinjer inneholder systematiske faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper (Helsedirektoratet, u.å.-b). De presenteres som et virkemiddel for god kvalitet, riktige prioriteringer, bedre samhandling og helhetlige pasientforløp i helse- og omsorgstjenesten. Det er også et virkemiddel for å unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Helsedirektoratet er eneste aktør i Norge med mandat til å utvikle nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, u.å.-b). Urimelig ressursfordeling, variasjon i praksis eller påvist dårlig standard anses som grunner til at det kan være behov for en nasjonal faglig retningslinje (Helsedirektoratet, 2011). Nasjonale faglige retningslinjer gir uttrykk for hva som er anerkjent som god praksis på utgivelsestidspunktet, og sentrale fagmiljøer og tjenestemottakere er involvert i utarbeidelsen (Helsedirektoratet, u.å.-b). De anses som faglig normerende for valg av behandling for den aktuelle pasientgruppe, men faglig skjønn og hensyn til individuelle behov må ivaretas. Dersom helsepersonell eller institusjoner velger å fravike anbefalingene i en retningslinje, skal det dokumenteres og begrunnes (Helsedirektoratet, u.å.-b).

Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2011), er et dokument på 86 sider. Den er utarbeidet for primærhelsetjenesten og omhandler forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme. Henvisningskriterier til spesialisthelsetjenesten og behandlingen som tilbys i regi av spesialisthelsetjenesten beskrives også i retningslinjen. Retningslinjen er et nasjonalt

dokument som definerer på vegne av helsedirektoratet hva som er beste behandling for personer med overvekt og fedme. Gjennom dette har den potensiale for å nå ut til mange, med stor definisjonsmakt og påvirkningskraft for hvordan helsetjenesten forholder seg til og behandler pasienter for overvekt og fedme. Forfatterne er valgt ut ifra deres faglige bakgrunn og status i fagmiljøet, de ansees som eksperter på sitt felt.

Den er skrevet med utgangspunkt i nyeste forskning innen feltet, og anbefalingene som gis er gradert etter *Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001 Grades of recommendation*. Dette betyr at anbefalinger som er dokumentert i systematiske metaanalyser av enten populasjonsbaserte kohortstudier, kasus-kontrollstudier eller randomiserte kontrollerte forsøk, eller kunnskap som bygger på minst ett randomisert kontrollert forsøk, har høyest rangering. Mens kunnskap som bygger på godt utformede, ikke eksperimentelle beskrivende studier og kunnskap som bygger på rapporter eller oppfatninger fra eksperter og/eller klinisk ekspertise hos respekterte autoriteter har lavest rangering. Den anses som faglig normerende for det offentlige helsevesens tilnærming til overvekt og fedme, og gjenspeiler slik sett det faglige miljøet sin forståelse av overvekt og fedme.

Retningslinjen er fra 2011, det er derfor gjort både forskning, kliniske erfaringer og utvikling av behandlinger siden den ble utgitt. Helsedirektoratet anser den likevel som gyldig for hva som regnes som riktig tilnærming til overvekt og fedme. Dette synliggjøres gjennom en rapport publisert i 2018 som understreker viktigheten av at kommunene implementerer retningslinjen i sine helsetjenester for bedre forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme (Helsedirektoratet, 2018).

3.3 Sentrale begreper for analysen

Diskursordener

Kjeder av visse genrer, diskurser og stiler kan danne diskursordener. En diskursorden kan sees som et nettverk av sosiale praksiser som velger ut visse ting og ekskluderer andre (Skrede, 2017). Diskursordener kan gjerne knyttes til bestemte institusjoner, for eksempel helsesektoren, utdanningssektoren, media eller politikken, og er da et institusjonelt system av normer og tenkemåter som blant annet virker inn på utviklingen av tekster som skjer innad i institusjonen (Veum, 2011).

Representasjon

Representasjon kommer mellom den fysiske verden og vår sansing av den, det er altså måten verden fremtrer for mennesker på (Neumann, 2001). De utgjør altså ikke tingene i seg selv, men hvordan tingene fremstår for oss silt gjennom det som kommer mellom oss og verden, eksempelvis språket. For å opprettholde gyldighet i diskursen må representasjoner fremmes igjen og igjen, altså; re-presenteres (Neumann, 2001). Bærere av samme representasjon, altså fremstillinger av en virkelighet som ligner hverandre, kan bli institusjonalisert og utgjør da en posisjon i diskursen (Neumann, 2001). En representasjon må altså utgjøre en virkelighet for tilstrekkelig mange og fremmes regelmessig for å utgjøre en posisjon i diskursen. Innen diskursanalysen brukes representasjoner om de viktigste pakkene av virkelighetskrav som en diskurs består av.

Hegemoni, monumenter og forankringspunkter

Når en representasjon i liten grad utfordres i diskursen, så lite at den fremstår som «naturlig», eksisterer en tilstand av *hegemoni* (Neumann, 2001). *Forankringspunkter* er en betegnelse på knutepunkter som organiserer diskurser, og når diskursen underlegges et forankringspunkt fikseres den hegemonisk. De tekster som tjener som forankringspunkter for diskursen kalles *monumenter* (Neumann, 2001, p. 177). Med utgangspunkt i at retningslinjen anses som faglig normerende for helsetjenestene som tilbys personer med overvekt og fedme, og fravikelse av denne må dokumenteres og begrunnes, anser jeg retningslinjen i seg selv som en tilstand av hegemoni, og teksten forankrer diskursene som er representert og tjener derfor som et monument.

En diskursanalyse er godt egnet til å studere situasjoner der det eksisterer kulturelt hegemoni, fordi hegemoniet alltid må opprettholdes gjennom representasjonsbekreftende produksjon av utsagn og praksis for å ikke gå i oppløsning (Neumann, 2001).

3.4 Analysestrategi

Som inngang til diskursanalysen har jeg forholdt meg til Neumann (2001) sine tre trinn for å gå i gang med en diskursanalyse (1) valg og avgrensning av diskurs, (2) identifikasjon av diskursens representasjoner og (3) diskursens lagdeling. Jeg har også brukt Norman Faircloughs modell for kritisk diskursanalyse som presentert i Skrede (2017). Denne tar utgangspunkt i den kritiske diskursanalysen som en tretrinns modell, hvor samspillet mellom *sosiale strukturer*, *sosiale praksiser* og *sosiale begivenheter* analyseres.

Det første nivået kalles *sosiale begivenheter* og her har jeg konsentrert meg om å studere relasjonene mellom språket og andre sosiale elementer (Skrede, 2017). Det vil si at jeg har analysert ord og setninger relativt grundig, og som en del av sosiale begivenheter. Det andre nivået kalles *sosiale strukturer* og handler om å beskrive samfunnsmessige makroforhold (Skrede, 2017). Her har jeg altså sett etter sammenhenger med de sosiale strukturer som hører til, det kan være økonomiske strukturer, maktforhold, byråkrati etc. Sosiale strukturer er rimelig stabile strukturelle mønstre som påvirker våre dagligliv. Relasjonen mellom sosiale strukturer og faktiske begivenheter er mediert av *sosial praksis* (Skrede, 2017). Sosial praksis kan sees som en måte å kontrollere og selektere visse strukturelle muligheter på. I analysen er det er altså samspillet mellom disse tre nivåene som utforskes.

Valg og avgrensning av diskurs

En diskurs kan aldri være helt løsrevet fra andre diskurser, men hvor grensene for diskursen skal trekkes er et valg som må gjøres i hver enkelt diskursanalyse (Neumann, 2001). Jeg ønsker primært å analysere diskurser i helsevesenet angående overvekt og fedme, og har derfor valgt å ta utgangspunkt i den nasjonale faglige retningslinjen for forebygging, utredning og behandling.

Valg og avgrensning av diskurs må alltid forsvares og vil alltid by på avgrensingsproblemer (Neumann, 2001). Jeg har valgt å fokusere på de diskursene som er mest fremtredende i datamaterialet. Mitt ønske er å analysere hvordan personer med overvekt og fedme forstås i helsevesenet, og har derfor valgt å foreta en avgrensning hvor jeg i hovedsak forholder meg til de helsefaglige og medisinske diskurser. Samtidig kan ikke helsefag og medisin være løsrevet fra det sosiale og kulturelle, noe jeg også har tatt høyde for i analysen. Neumann (2001) skriver at en diskurs aldri kan være helt løsrevet fra andre diskurser, men at hvor grensene for diskursen skal trekkes er et valg som må gjøres for hver enkelt diskursanalyse, noe som alltid vil by på avgrensingsproblemer og som alltid må forsvares. Han skriver videre at avgrensning av diskursen ikke kan foretas analytisk, fordi de avgrensningene deltakerne i diskursen forsøker å foreta er en viktig del av diskursen i seg selv (Neumann, 2001).

Identifikasjon av diskursens representasjoner

Som steg to har jeg satt opp en inventarliste over de representasjoner som finnes i diskursene. En diskurs vil ofte inneholde en dominerende representasjon av virkeligheten og en eller flere alternative representasjoner (Neumann, 2001).

For å få en grundig oversikt over datamaterialet leste jeg gjennom datamaterialet flere ganger. Allerede her begynte diskursene å tre frem. Det fremkom to tydelige diskurser; den medisinske diskursen og folkehelsediskursen. For å identifisere hovedtrekkene i disse satte jeg opp noen spørsmål til teksten, for å hjelpe til med strukturering av datamaterialet:

Hva vekker oppmerksomheten min, og hvorfor?

Hvilke forståelser av overvekt og fedme kommer frem i datamaterialet, og hvem kommer budskapet fra?

Med utgangspunkt i disse spørsmålene begynte jeg å ta notater og gjøre noen markeringer omkring temaer og nøkkelord som var gjennomgående i teksten. Slik begynte jeg å få oversikt over representasjonene i diskursene. Den medisinske diskursen kom tydeligst frem gjennom representasjonen fedme som sykdom, mens folkehelsediskursen kom tydelig frem gjennom fedme som trussel mot folkehelsen. Dette er derfor de to hoveddiskursene i datamaterialet.

Etter den medisinske diskursen og folkehelsediskursen var identifisert ble det tydelig at det var deler av datamaterialet som ikke kunne knyttes opp til disse to diskursene. Jeg har valgt å kalle denne for samfunnsdiskursen, og tolker dette som den kulturelle forståelsen av overvekt og fedme. Samfunnsdiskursen anser jeg derfor mer som en overordnet diskurs, som også legger føringer for hvordan den medisinske diskursen og folkehelsediskursen forstår overvekt og fedme.

Jeg satte så opp en inventarliste over de dominerende representasjonene i de tre diskursene, og gikk igjen tilbake til datamaterialet for å avdekke hovedtrekkene ved disse i tråd med Neumann (2001). Med store mengder tekst ble dette et stort og uoversiktlig arbeid. Jeg valgte derfor å sortere datamaterialet inn i fargekoder i henhold til hvilken diskurs jeg mente de tilhørte. Noe som resulterte til at store deler av datamaterialet ble transkribert og sortert. Fordelene ved dette var at jeg nå hadde et sortert datamateriale, som jeg gjennom

transkriberingen hadde fått god innsikt i, og derfor et veldig godt utgangspunkt for videre nærlesing og analysing av tekst.

Slik kom de tre diskursene frem i datamaterialet, med hovedrepresentasjoner og trekkene ved disse representasjonene:

Diskursene	Den medisinske diskursen	Folkehelsediskursen	Samfunnsdiskursen
Hoved-representasjoner	Fedme som sykdom	Overvekt og fedme som trussel mot folkehelsen	Overvekt og fedme som karakterbrist
Trekk ved representasjonene	<p>Fedme er en kronisk sykdom som kan kreve livslang behandling</p> <p>Årsak er uheldig kosthold og fysisk inaktivitet</p> <p>‘Den overvektige’ må hjelpes til å endre livsstil</p> <p>(Hudet må) ta kontroll over kroppen</p> <p>Genetiske og medisinske faktorer kan ha betydning</p> <p>Traumer og belastninger kan</p>	<p>«Fedmeepidemien»</p> <p>Det er samfunnet som har skapt grunnlaget for fedmeepidemien</p> <p>Store økonomiske og helsemessige konsekvenser</p> <p>Helsepolitisk holdningsendring, både samfunnsstruktur og individ.</p> <p>Forebygging</p> <p>«De sunne valg må bli de enkle valg»</p>	<p>Overvekt og fedme er pinlig, skamfullt og lite attraktivt</p> <p>En stor kropp = liten evne til å ta vare på helsa</p>

	være årsak til <i>forstyrret spising</i> Alle med fedme må ned i vekt Den overvektige kroppen er avvikende	Bedre kosthold og økt fysisk aktivitet er en god investering Behandling kan være lønnsømt i et langt perspektiv	
--	--	--	--

Diskursens lagdeling

I trinn tre gikk jeg igjen tilbake til datamaterialet. Her valgte jeg ut de tekstavsnittene som tydelig belyste de trekkene jeg hadde identifisert. Det sentrale her var å spørre om alle trekkene ved hver representasjon bygde på samme forståelse, eller om det var noen som differensierte. Neumann (2001) skriver at dersom noen trekk forener og andre differensierer, er det rimelig å tenke at de trekkene som forener, vanskeligere lar seg forandre.

Måten diskursene fremkommer i teksten tolker jeg som en tilstand av hegemoni.

Hovedrepresentasjonene forstår jeg som forankringspunkter som fikserer diskursene i datamaterialet. Strategiske valg av hva som presenteres i den nasjonale retningslinjen tolker jeg som en måte å skjule motrepresentasjoner i diskursene og dermed et forsøk på å opprettholde hegemoniet. En viktig del av analysen har derfor vært å identifisere hvordan innholdet i retningslinjen fremstilles for å være en udiskutabel sannhet

Analyse av tekst

Med utgangspunkt i det sortere datamaterialet ble neste trinn å analysere teksten som en del av sosiale begivenheter. Nærlesing og analysering av tekst er det første trinnet i Faircloughs kritiske diskursanalyse (Skrede, 2017). Jeg har derfor gjennomgått teksten igjen med et analytisk blikk. I nærlesingen av teksten hadde jeg et spesielt blikk for betydningene av de ordene som ble brukt, hvordan setningene ble bygd opp for å fremme meningsinnholdet og hvilke antagelser som ble gjort. Jeg vil videre gjøre rede for de analyseverktøyene jeg har brukt.

Nøkkelord

Jeg har brukt søkefunksjonen i dokumentet for å finne ideologiske ord og se hvor ofte de brukes i teksten, noe J. Grue (2011) beskriver som å lete etter *nøkkelord*. Det å definere hva som er nøkkelord er ikke en objektiv oppgave, jeg har søkt på de ordene som jeg mener kan ha en ideologisk betydning i forståelsen av overvekt og fedme. Tabellen viser en fremstilling av de ordene jeg søkte på, jeg har valgt å samle ord som jeg mener handler om det samme.

Vekt, vektreduksjon, vektnedgang	179
Livsstil	18
Levevaner	19
Livsstilsendringer, livsstilsbehandling, livsstilsprogram	12
Fysisk aktivitet/fysisk inaktivitet	126/8
Kosthold, kosten, kost, kostvaner	41
Levekår	1

Ordets betydning

Å analysere betydningen av ord handler om å undersøke hvordan hvert enkelt ord er fylt med mening og hvordan den meningen knyttes til en større betydning. Valg av ord er ikke tilfeldige, men formet av sosiale krefter (Fairclough, 1992). Det å se etter hvilke ord eller metaforer som brukes når fenomener beskrives og hvilken retorikk som fremmes har vært nyttig for å avdekke ideologi i teksten.

Antagelser

Antagelser er i stand til å påvirke og forme innholdet i en felles grunnforståelse, og står i posisjon til å utøve makt og opparbeide hegemoniske oppfatninger (Skrede, 2017). Å lete etter antagelser har vært mitt desidert viktigste analyseverktøy. Datamaterialet er

gjennomsyret av antagelser, og gjennom analysen av dette har jeg fått tak på det som sies implisitt og de felles grunnforståelsene teksten bygger på. Antagelser rundt kostvaner, (mangel på) treningsvaner, egenskaper, opplevelser og følelser har vært gjennomgående.

Modalitet

Modalitet kan sees som talerens måte å uttrykke fakta og holdninger på, inkludert grader av visshet eller tvil, muligheter og nødvendigheter, tillatelser og forpliktelser (Skrede, 2017). For å avdekke tekstens modalitet har jeg lett etter beskrivelser av hvordan 'den overvektige pasienten' *kan*, *bør* eller *må* forstås og hvilke handlingsbetingelser slike beskrivelser gir. Skrede (2017) skriver at de arketypiske modalitetsmarkørene er modale verb, for eksempel *kan*, *vil*, *må*, *bør*, *skal* etc.

Analyse av sosiale strukturer og sosial praksis

Poenget med en diskursanalyse er å studere om, og hvordan det eksisterer en rekke handlingsbetingelser for det talte og gjorte, hvordan et gitt utsagn kan aktivere sosiale praksiser, og hvordan utsagnet i sin tur bekrefter eller avkrefter disse praksisene (Neumann, 2001). Teksten som analyseres må derfor hele tiden sees i sammenheng med de tilhørende sosiale strukturer og sosial praksis (Skrede, 2017).

Intertekstualitet handler om å studere relasjonen mellom en tekst og andre tekster.

Manifest intertekstualitet kan være bruk av referanser for å vise at en støtter seg på andre tekster. Latent intertekstualitet er at en trekker på andre tekster uten at det er gjort eksplisitt (Skrede, 2017). Sett i lys av at datamaterialet er en faglig retningslinje er bruken av referanser gjennomgående. Hvilke tekster som henvises til, hvilken type kunnskap disse baseres på og hvordan de brukes for å underbygge poeng har synliggjort hvordan de intertekstuelle koblingene brukes til å underbygge påstander, antagelser og forståelser av 'den overvektige pasienten'.

Latent intertekstualitet har også vært viktig. Ofte har antagelser og påstander om 'den overvektige pasienten' ikke vært koblet til litteratur, men likevel blitt uttrykt som om de skulle vært det. Et eksempel på dette er forståelsen av at personer med overspisingslidelse ikke har samme overopptatthet av figur og vekt som ved andre spiseforstyrrelser, og hvordan dette fremmes som en påstand. Mens litteraturen på området tyder på at det ikke foreligger noen forskjell i opptattheten av figur og vekt mellom spiseforstyrrelsene. Hvilke

tekster den opprinnelige påstanden bygger på blir derfor uklart. Analyse av sosiale strukturer og sosiale praksiser har derfor vært sentralt for å avdekke de påstander og antagelser som bidrar til å opprettholde hegemoniet, og som kan utfordres.

Interdiskursivitet handler om hvordan diskursene trekker på andre diskurser eller genre (Skrede, 2017). I min analyse handler dette stort sett om hvordan kulturelle og sosiale forståelser av overvekt og fedme implementeres i den medisinske og helsefaglige forståelsen av overvekt og fedme.

Den sosiale praksis er i gjensidig påvirkning med sosiale begivenheter og strukturer, og det handler om makt og hegemoni (Skrede, 2017). Det er alltid en kamp mellom diskurser og representasjoner om posisjoner og opprettholdelsen av hegemoni (Neumann, 2001). Min analyse går inn i dette spenningsfeltet for å se på hvordan hegemoniet opprettholdes og å lete etter muligheter for endring.

3.5 Metodekritikk

Jeg har valgt å analysere tekst som en del av den virkeligheten vi lever i. Dette betyr at jeg har identifisert hvilke diskurser som kan ligge til grunn for forståelsen av overvekt og fedme i helsevesenet. Jeg har ikke intervjuet eller observert helsepersonell, og kan derfor ikke si noe om hvordan den enkelte helsefagutøver forstår overvekt og fedme. Samtidig ligger en grunnleggende forståelse av språket som både konstituerer og konstituert av virkeligheten som et grunnlag for diskursanalysen (Skrede, 2017). Det å analysere tekst er derfor også en viktig del av å forstå sosial praksis.

Som forsker er jeg en del av den sosiale verden, det er derfor ikke mulig å gi objektive beskrivelser av data (Hitching et al., 2011). Analyseresultatene er et resultat av mine fortolkninger og min forståelse av de fenomener som er studert. Den kunnskap jeg bringer frem i analysen kan derfor ikke forstås som 'sikker kunnskap' i positivistisk forstand, men må betraktes som kvalifiserte antagelser og hypoteser om de fenomenene jeg har undersøkt. I spørsmålet om validitet og reliabilitet er det derfor ikke et mål at analysen skal være objektiv og uten fortolkning. Validiteten har vært forsøkt ivaretatt gjennom mest mulig eksplisitt, gjennomsiktig og sammenhengende analyseprosedyre. Hitching et al. (2011) skriver at når forskeren presenterer sine funn må det også rekonstrueres og forklares hvordan vedkommende har kommet frem til de fortolkningene som blir presentert som

funn. Jeg har derfor forsøkt å gjengi analyseprosessen relativt grundig i metodekapittelet, samtidig som resultatet er fyldig beskrevet i resultat- og diskusjonsdelen slik at leseren kan følge mine resonnement.

I spørsmålet om reliabilitet, i betydningen etterprøvbarhet, er ikke dette nødvendigvis relevant i kvalitative studier, det som imidlertid sier noe om forskningens reliabilitet er hvor pålitelig studien er (Skrede, 2017). Diskursanalyser bruker ofte naturlig fremkomne data som eksisterer uavhengig av forskeren og som ofte er offentlig tilgjengelig. Dette kan styrke påliteligheten i form av at forskeren ikke har hentet empirien i form av observasjon eller intervju, empirien kan derfor sies å være mer reliabel i en diskursanalyse (Skrede, 2017). Jeg har brukt et dokument som ligger åpent tilgjengelig på internett, og som jeg ikke har vært delaktig i utviklingen av. Reliabiliteten kan også økes gjennom detaljert presentasjon av datamaterialet (Skrede, 2017). Jeg har derfor valgt å gjengi relativt mange og fyldige sitater i resultatet, skrevet sidetall for hvor sitatene er hentet fra og beskrevet konteksten sitatene er hentet ifra.

3.6 Presentasjon av analyse, resultat og diskusjon

I resultat- og diskusjonsdelen har jeg valgt å sortere innholdet med utgangspunkt i de ulike diskursene jeg har identifisert i datamaterialet. De fremkommer ikke adskilt og uavhengige av hverandre i datamaterialet, men for å få frem diskursenes hovedtrekk tydelig har jeg likevel valgt å dele de opp i presentasjonen av resultatet. Jeg har valgt ut tekstutsnitt som jeg mener presenterer de ulike trekkene ved representasjonene godt og som gjennom tekstanalysen har vist ideologiske holdninger og maktstrukturer med gjensidig påvirkning av de sosiale strukturene og det sosiale feltet.

Det å fremstille datamaterialet i en kontekst, og samtidig med fyldige sitater har vært viktig for analysens validitet og reliabilitet (Skrede, 2017). Jeg har også valgt å diskutere diskursene som en del av resultatpresentasjonen. Dette med utgangspunkt i at diskursanalyse ansees som både teori og metode, og derfor er teorigrunnet en viktig del av analysen. Det som er relevant å diskutere, de teorier og artikler som er valgt ut, er gjort av meg, med utgangspunkt i min forforståelse, altså; mitt forskningsarbeid er også påvirket av sosiale, politiske og økonomiske forhold (Skrede, 2017). Det viktige er derfor å være så eksplisitt og transparent som mulig (Skrede, 2017). Jeg ønsker å vise hvordan

datamaterialet ikke nødvendigvis presenterer en nøytral virkelighetsbeskrivelse, men at dette også bygger på bestemte perspektiver om hvordan verden ser ut – eller bør se ut. Hvordan det som av mange – også av meg – oppfattes som naturlig, likevel kan være historisk, kulturelt og politisk betinget.

4 Teori

Siden diskursanalyse regnes som både teori og metode, er teorien en viktig del av analysen. For å kunne hevde at sosial praksis er et medierende element mellom sosiale strukturer og sosiale begivenheter (teksten), må det foreligge en teoretisk forståelse av hva de sosiale strukturene består av (Skrede, 2017). I teorikapitlet presenteres derfor ulike perspektiver og forståelser av overvekt og fedme; overvekt og fedme i et historisk perspektiv, fedme som sykdom, og overvekt og fedme i et samfunnsperspektiv. I tillegg presenteres mitt teoretiske utgangspunkt for analysen; normalitet og avvik, den disiplinære makt og kroppen som meningsbærende.

4.1 Overvekt og fedme i et historisk perspektiv

Det at overvekt og fedme anses som problematisk og uønsket er så integrert i dagens samfunn at det er nesten vanskelig å se for seg at en stor kroppsform ikke alltid har vært ansett som problematisk. I noen kulturer, både nåværende og historiske, har kroppsfett vært ansett som et tegn på helse og status, som et visuelt symbol på god mattilgang og velferd (Harrison, 2012). I den vestlige kulturen var det fra 1920-årene at den store kroppen begynte å bli ansett som uønsket, mens det var rundt 1950-årene at den store kroppen begynte å bli ansett som en indikator for dårlig helse (Gard & Wright, 2005). Fokuset på kroppsvektens betydning for helse hadde sin fremvekst i forbindelse med at forsikringsselskapene på den tiden begynte å se sammenhenger mellom folks kroppsvekt og tidlig død, i dermed oppsto et behov for å finne gode målevekstøy for å klassifisere kroppsvekt og risiko for sykdom (Eknoyan, 2008).

Den beste måten å klassifisere kroppsvekt ble da den belgiske matematikeren Adolph Quetelet (1796-1874) sin skala *the Quetelet index* som først ble beskrevet i 1832 (Eknoyan, 2008). Dette er det vi i dag kjenner som kroppsmasseindeks (KMI), som regnes ut gjennom vekt i kilogram dividert med kvadratet av høyden i meter. I utviklingen av denne indeksen var ikke Quetelet spesielt interessert i overvekt og fedme, men heller å

definere karakteristikene av 'den normale mann' (Eknoyan, 2008). Det var fysiolog Ancel Keys tok denne skalaen opp igjen i 1972 og navnga den kroppsmasseindeks (KMI) (Rasmussen, 2019). Hans agenda var å vise at andel kroppsfett hadde større sammenheng med utvikling av kardiovaskulær sykdom enn kroppsvekt. Han fant gjennom befolkningsstudier at KMI korrelerte med andel kroppsfett, og at det var derfor var en enkel metode for å estimere fettmasse (Rasmussen, 2019). Både Quetelet og Keys utviklet og brukte skalaen i befolkningsstudier, og hadde ingen intensjon om å bruke KMI-målinger på en individuelt nivå (Eknoyan, 2008).

Rundt 1950-årene hadde forsikringsselskapene stort fokus på overvekt og risiko for tidlig død. De gjennomførte store befolkningsundersøkelser for å finne ut hva som var den 'sunneste' kroppsvekten, og definerte forsikringsprisene ut ifra det (Rasmussen, 2019). Det store fokuset på overvekt og fedme stilnet imidlertid litt mellom 1970-årene og frem til 1990-årene i USA, dette antageligvis fordi dødelighet som konsekvens av koronar sykdom gikk ned og at fokuset på helserisiko ved røyking fikk mye oppmerksomhet (Rasmussen, 2019). Fokuset på overvekt og fedme som helserisiko tiltok imidlertid igjen fra 1990-årene, siden man da begynte å få nok studier basert på KMI til å si at vekten i befolkningen økte (Rasmussen, 2019). Det var ikke før sent på 1990-tallet at overvekt og fedme ble ansett som et stort folkehelseproblem (Wright, 2009) og det var nå flere i det biomedisinske forskningsmiljøet erklærte 'fedmeepidemi' (Rasmussen, 2019).

4.2 Fedme som sykdom

Selv om KMI ble utviklet med tanke på bruk i store populasjoner og ikke for å si noe om helserelatert risiko på individuell basis, ble det raskt tatt i bruk som et verktøy både innenfor medisinen og av helsemyndighetene (Oliver, 2006). I dag er bruken av KMI for å definere 'undervekt', 'normalvekt', 'overvekt' og 'fedme' et vanlig redskap i helsesektoren. Verdens helseorganisasjon har laget et klassifiseringssystem med grenseverdier for KMI med utgangspunkt i hvilken helserelatert risiko som forbindes med de ulike stadiene (Folkehelseinstituttet, 2015). Verdens helseorganisasjon har gjort følgende vurderinger av sammenhengen mellom KMI og helse for voksne, uansett alder og kjønn (Folkehelseinstituttet, 2017):

Klassifisering	KMI, kg/m²	Sykdomsrisiko
<i>Undervekt</i>	18,4 eller lavere	Lav for diabetes, høy for andre helseproblemer
<i>Normalvekt</i>	18,5 – 24,9	Lav
<i>Overvekt</i>	25 – 29,9	Økt for diabetes
<i>Fedme – grad 1</i>	30 – 34,9	Økt for diabetes, økt dødelighet
<i>Fedme – grad 2</i>	35 – 39,9	Høy risiko for flere helseproblemer, økt dødelighet
<i>Fedme – grad 3</i>	40 eller høyere	Ytterligere økt helserisiko

Denne klassifiseringen viser hvordan KMI brukes, ikke bare som et mål på vekt i forhold til høyde, men også som et mål for helserisiko.

Det har vært omdiskutert om fedme skal anerkjennes som en enkeltstående sykdom (Bray, Kim, & Wilding, 2017). I rapporten *Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic* publisert av Verdens helseorganisasjon i år 2000 ble det stadfestet at fedme er den største risikofaktoren for å utvikle alvorlige og kroniske sykdommer, og videre at fedme derfor bør anses som en sykdom (WHO, 2000). World Obesity Federation mener å anerkjenne og behandle fedme som en kronisk tilbakevendende sykdom fjerner forestillingen om individet som ansvarlig for overvekten og fokus rettes mot behandling av sykdommen, og videre at en slik anerkjennelse vil gjøre det enklere for overvektige å få råd og behandling fra helsevesenet dersom de ønsker det (Bray et al., 2017). Selv om det å anse fedme i seg selv som sykdom har vært omdiskutert, fremstår det medisinske fagmiljøet som er spesialisert på fedme enig om at fedme bør ansees som en kronisk og kompleks sykdom (Allison et al., 2008; G. L. Blackburn, 2011; Jung, 1997; Müller & Geisler, 2017; Via & Mechanick, 2014).

4.2.1 'Den store kroppen' i medisinen

Matematikeren Renè Descartes (1596-1650) regnes som en av pionérene innen fremveksten av den moderne naturvitenskap (Thornquist, 2003, pp. 12-13). Hans hovedanliggende var søken etter sikker kunnskap og han forbindes oftest med *kropp/sjel-dualisme*, der mennesket ble ansett som to uavhengige substanser; kropp som natur på den ene siden og bevisstheten på den andre siden. Han så på naturen, inkludert kroppen, som mekaniske systemer forklart gjennom matematiske termer. Han forsto kroppen i et reduksjonistisk perspektiv, altså at man gjennom å forstå delene mennesket besto av kunne forstå helheten ved å sette delene sammen. Det mekaniske verdensbildet, sammen med kropp/sjel-dualismen, har satt spor i vår kulturelle forståelse av menneske, spesielt i helsevesenet (Thornquist, 2003, p. 13).

Kirkengen og Thornquist (2013) skriver at den biomedisinske kunnskapen er reduksjonistisk i sitt vesen og baseres på en avpersonifisert kropp, og derfor fører til et snevert kunnskapssyn. Gard og Wright (2005) skriver at den biomedisinske diskursen står sterkt i vår kultur og bidrar til forståelsen av at kroppsvekt kun er et resultat av energiinntak og energiforbruk, og dermed at høy andel kropps fett er konsekvens av høyt energiinntak i forhold til energiforbruk. Biomedisinens posisjon i helsevesenet, og i vår kultur, kan altså bidra til å forklare den reduksjonistiske forståelsen av overvekt og fedme som ser ut til å prege vårt samfunn. Gard og Wright (2005) skriver at en slik forståelse av overvekt og fedme er en overforenkling av de utrolig kompliserte biologiske prosessene som styrer vårt energiforbruk og energibehov.

4.3 Overvekt og fedme i et samfunnsperspektiv

Allerede på slutten av det 19. århundret ble overvekt og fedme assosiert med dårlige vaner og karakterbrist, i USA var blant annet overvekt og fedme et stigma assosiert med lav-status immigrantgrupper (Rasmussen, 2019). I fremveksten av det moderne samfunn har kravene om en slank og sunn kropp blitt mer påtrengende (Buhl, 1996). Harrison (2012) skriver at å påstå at det vestlige samfunnet i dag lider av «fettfobi» er nærmest å poengtere selvfølgeligheter, og videre at det er nærmest umulig å unngå å bli bombardert i massemedia med bilder, artikler og tv-dekninger om det problematiske kropps fettet. Fedme assosieres med en rekke sykdommer, og har derfor blitt et mål for dårlig helse, mens slanke kropper fremmes som idealet og et mål for god helse (Harrison, 2012). Som

nevnt innledningsvis er stigmatisering av personer med overvekt og fedme svært utbredt (Malterud & Ulriksen, 2011; Puhl & Heuer, 2009) og de assosieres gjerne med negative egenskaper som lat, udisiplinert og umoralsk (Malterud & Ulriksen, 2010). Slike egenskaper er i kontrast til vestens moralske verdier, hvor det å være hardtarbeidende, pliktoppfyllende, disiplinert og kontrollert blir sett på som viktige verdier (Whitehead & Kurz, 2008). Fedme blir altså satt i sammenheng med negative egenskaper som mangel på disiplin og kontroll. Det blir en selvpåført tilstand og et resultat av latskap (Malterud & Ulriksen, 2010).

4.3.1 Kroppen som identitetsprosjekt

Den manglende evnen til å ha kontroll over kroppsvekt blir altså relatert til lav disiplin og et resultat av latskap, og fører derfor til en moralsk fordømmelse av personer med overvekt og fedme på grunn av bruddet med de vestlige moralske verdiene. Lupton (2013) ser dette i sammenheng med den kristne kulturens tanke om at den kontrollerte og disiplinerte kroppen var nærmere Gud. Det å ha kontroll over de kroppslige lystene, for eksempel sult og seksualitet, var bevis på moralsk overlegenhet (Lupton, 2013; Råheim, 1997). Selv om den kristne kulturen ikke er like fremtredende i vårt samfunn i dag har disiplineringen og kontrolleringen av kroppen fortsatt. Råheim (1997) beskriver hvordan kroppsdyrkelse er kommet mer og mer i fokus i vår kultur, og da med spesielt fokus på 'den ytre kroppen'. Kroppen tuktet og tøyes på stadig nye måter, og det er den slanke, spreke og spenstige kroppen som er idealet (Råheim, 1997, p. 109). Kroppen er blitt en viktig del av vår selvrepresentasjon, et identitetsprosjekt som er manipulerbart og formbart (Shilling, 2005). Engelsrud (2006, p. 10) skriver: «*Ved å designe kroppen som om den var en formbar leirklump eller et manipulerbart objekt, kan en person tilsynelatende øke sin kulturelle verdi eller foreta en investering, som det heter.*».

4.4 Kroppen som meningsbærende

Norsk psykomotorisk fysioterapi er en fagtradisjon som har vokst frem som et resultat av et samarbeid mellom psykiateren Trygve Braatøy og fysioterapeuten Aadel Bulow-Hansen på slutten av 1940-årene og starten av 1950-årene (Bunkan, 2008). Metoden er utviklet gjennom kliniske erfaringer med relativt lite skrevet ned, og i utgangspunktet videreformidlet og videreført gjennom praksis (Thornquist & Bunkan, 1986). Utgangspunktet for den psykomotoriske fagtradisjonen er en kvalitativt annen forståelse av

kroppen enn den reduksjonistiske forståelsen som preger medisinen (Thornquist & Bunkan, 1986). Kroppen forstås som vår væren i verden, altså; vi er i verden som kroppslige vesener, hvor våre erfaringer nedfeller seg i våre kropper og alt vi utsettes for kommer til kroppslig uttrykk (Thornquist & Bunkan, 1986). Som et vitenskapsteoretisk grunnlag for den psykomotoriske forståelsen av kroppen kan kroppsfenomenologien bidra med innsikt.

Gretland (2007) skriver at kroppsfenomenologien, spesielt slik den er utformet av filosofen Maurice Merleau-Ponty (1908-1961), utgjør et viktig alternativ til en dualistisk kropps- og menneskeforståelse. I kroppsfenomenologien er utgangspunktet at mennesket eksisterer som kropp, det er som kropp vi er rettet mot omverden, persiperer og beveger oss, søker mening, snakker og utvikler bevissthet (Østerberg, 1994). Engelsrud (2006) skriver at «den levde kroppen» er Merleau-Pontys sentrale begrep, og at han med dette mener at erfaringen av å eksistere i verden er noe mennesket først og fremst har, gjør og er som kropp. Begrepet «den levde kroppen» gir et teoretisk rammeverk for å forstå kroppen som tvetydig, alltid *synlig* og *seende*, *berørt* og *berørende* på samme tid (Engelsrud, 2006). Kroppen forstås som vår tilgang til verden, den er rettet mot verden samtidig som den blir rettet av verden (Engelsrud, 2006). Som menneske blir vi kjent med vår kropp i lys av dens funksjoner og ikke som et objekt i seg selv (Gretland, 2007). Eksempelvis når vi griper etter noe er vi ikke opptatt av vår hånd, men objektet vi griper etter. Som subjekter blir kroppen fraværende når vi er rettet mot verden, vi er altså ikke opptatt av vår egen kropp når vi er rettet mot noe som fatter vår interesse (Gretland, 2007). Den fenomenologiske kroppen er også sosial. Gjennom å observere hva andre gjør og hvordan de ter seg, åpner handlings- og erkjennelsesmuligheter utover det vi er i stand til på egen hånd (Merleau-Ponty, 2012). Det at vi kan samhandle og dele opplevelser er fundamentet i vår tilknytning til andre personer, og for vår selvutvikling (Gretland, 2007).

Råheim (2002) beskriver betydningen av å ta utgangspunkt i en fenomenologisk forståelse av kroppen, fremfor en biomedisinsk forståelse i behandling:

Her tar jeg utgangspunkt i kroppen som levd erfaring – som livshistorie og meningsmettet uttrykksfelt. Dette til forskjell fra å ta utgangspunkt i kroppen som et abstrakt objekt – en entydig, gitt og materiell størrelse, som en biomedisinsk forståelse av kroppen har røtter i.

En slik forståelse av kroppen er altså utgangspunktet for psykomotorisk fysioterapi. Thornquist og Bunkan (1986) skriver at alt psykomotorikeren gjør er basert på en forståelse av kroppen som et integrert psykisk – fysisk – sosialt fenomen. Utgangspunktet for psykomotorisk fysioterapi er hele mennesket; innfallsvinkelen er kroppen (Thornquist & Bunkan, 1986). Dette er også min forståelsesramme og utgangspunkt for analysen.

4.5 Normalitet og avvik

Innen medisinen står normalitetsdiskursen sterkt, både når det gjelder den medikaliserte normale kroppen som ideal; normale verdier på blodtrykk, blodsukker, kolesterol, kroppsvekt osv., og å behandle med utgangspunkt i å gjøre noe unormalt til normalt (L. Grue, 2016). Historisk sett har den viktigste oppgaven i medisinen vært å skille mellom normalitet og avvik (Sirnes, 1999). Sirnes (1999) beskriver normalitet og avvik som to mentale skiller i medisinen, hvor normaliteten består av en dikotomi syk/frisk. Avviket formidler en konstruksjonsfeil, mens sykdomskategorien formidler at individet har en normal konstruksjon, men at denne har fått en feil. I motsetning til avviket, tilhører altså både syk og frisk «det gode selskap». Normaliseringsprosessen, hvor avvikene ble stengt inne og ønsket fjernet for samfunnets gode, hører stort sett fortiden til. Samtidig er vissheten om normalitet/avvik tungt tilstede som en ubevisst forutsetning for syk/frisk i medisinen. Det vil derfor alltid være en fare for at grupper av syke står i fare for å bli definert som avvik. Dette er ikke et definert skille, men medisinen kan gli mellom de ulike nivåene og skape usikkerhet til den grunnleggende statusen til grupper (Sirnes, 1999).

Selv om medisinen har hatt den største definisjonsmakten innen diskursen om normalitet/avvik historisk, beskriver Sirnes (1999) det moderne massemedia som den fremste normaliseringsinstansen i dagens samfunn. Massemedia livnæres på den moralske panikken som hører avviket til, og der medisinen tidligere var besatt av å definere avviket har media i stor grad tatt over denne besettelsen (Sirnes, 1999). Normalitetsdiskursen forsterkes altså gjennom besettelsen av å definere avviket. Sirnes (1999, p. 56) hentyder at media har overtatt medisinen strategiske rolle som vokter for normaliteten sine grenser. L. Grue (2016) beskriver også hvordan media bombarderer oss med bilder om hvordan man bør se ut og hvilke egenskaper kroppen bør ha. Helt siden Adolph Quetelet oppfant KMI-tabellen i sin iherdige søken etter 'det normale mennesket', har kroppsvekt vært en viktig del av normalitetsdiskursen (L. Grue, 2016). Innen medisinen forbindes det å være over

eller under det som defineres som ‘normalvekt’ med økt risiko for sykdom, og slik forbindes normalvekt med god helse (L. Grue, 2016). Selv om det ikke nødvendigvis er noen direkte sammenheng mellom de helsegevinstene medisinen forteller oss at normalvekt har, og det mote- og slankeindustrien definerer som idealkroppen, bidrar medisinen med å gi legitimitet til slankeindustrien og den kosmetiske industrien sin markedsføring (L. Grue, 2016).

4.6 Den disiplinære makt

Filosofen og idéhistorikeren Michel Foucault (1926-1984) sine beskrivelser og analyser av språk og sosial praksis har vært sentrale for å vise hvordan makt og ideologier gjennom århundrer har disiplinert mennesker. Han beskriver hvordan kroppen har blitt oppfattet og produsert i århundrer, gjennom å analysere fremveksten av ‘det disiplinerte samfunnet’ fra 1600-tallet og fremover (Skårderud, 1994).

I Foucault (1999) sitt verk *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie* beskriver han bruken av *panoptikonet* i fengsel som en paradigmatisk modell på den allmenne og sosiale tilstanden som vokste frem på 1800-tallet. Her ble fengslene konstruert slik at fangene satt i eneceller uten kontakt med hverandre, og fra sin sentrale posisjon kunne fangevokteren se alle fangene, uten at fangene kunne se vokteren. Fangene kunne altså ikke vite når de ble sett og hvem som så. Slik blir blikket både anonymt og en konstant mulighet, noe som fører til at fangen internaliserer blikket og blir sitt eget objekt (Foucault, 1999). Fangen begynner å se seg selv som atskilt individ. Sirnes (1999) beskriver at det er slik fangen selv trer inn i den anonyme subjektlassen og blir sitt eget normaliseringssubjekt. Vissheten om å alltid bli, eller kan bli sett beskrives av Foucault (1999) som en måte å holde individer i sjakk på. Dette er det særegne med *den disiplinære makten*, maktutøveren kan tre i bakgrunnen og den underkuede settes i fokus. Den disiplinære makten er altså usynlig, og opprettholdes gjennom objektgjøringen hvor individet blir sin egen vokter (Foucault, 1999).

I samme verk beskriver Foucault også hvordan eksamen og eksaminasjon er et normaliserende blikk, en bevokning som gjør det mulig å stemple, klassifisere og straffe individene (Foucault, 1999). Han beskriver det å eksaminere som noe av disiplinens kjerne: «*Den manifester underkuelsen av dem som oppfattes som objekter, og*

objektgjøringen av dem som underkues.» (Foucault, 1999, p. 167). Et av hovedvilkårene for den erkjennelsesteoretiske forvandling av legevitenskapen mot slutten av det 18. århundret, var organiseringen av sykehuset som et «eksaminasjons»-apparat. Legens rolle i sykehusene ble gradvis større og mer formell, noe som resulterte i at den syke nesten ustanselig ble underkastet eksaminasjon. Slik ble den medisinske disiplin til, og legevitenskapen utviklet seg til et felt hvor fenomener en hver tid kunne eksamineres og dokumenteres (Foucault, 1999). Eksamen og eksaminasjon, sammen med alle dokumenteringsteknikkene, gjorde hvert individ til et «kasus». Et kasus som på samme tid utgjør en gjenstand for kunnskap og maktutøvelse (Foucault, 1999). Individet betegnes slik man kan beskrive, bedømme, måle det, og sammenligne dets individualitet med andre, i tillegg om det skal dresseres eller omdresseres, klassifiseres, normaliseres, utelukkes osv. (Foucault, 1999).

5 Resultat og diskusjon

Dette kapittelet inneholder fremstillingen analysens resultat med påfølgende diskusjon.

Tre diskurser har kommet til uttrykk i datamaterialet; den medisinske diskursen, folkehelsediskursen og samfunnsdiskursen. Den medisinske diskursen og folkehelsediskursen er tydeligst representert, mens samfunnsdiskursen fremtrer mer implisitt gjennom beskrivelser, antagelser og påstander om 'den overvektige pasienten'. De ulike diskursene presenteres hver for seg med påfølgende diskusjon og oppsummering, før resultat- og diskusjonsdelen avsluttes med en fremstilling motrepresentasjonene som har kommet til uttrykk gjennom kronikker, bøker og forskningsartikler. Motrepresentasjonene fremmer alternative forståelser av overvekt og fedme som diskuteres med utgangspunkt i kroppsfenomenologi og psykomotorisk fysioterapi som kunnskapsgrunnlag.

5.1 Den medisinske diskursen

Den medisinske diskursen fremtrer gjennom at retningslinjen i stor grad omhandler individuell forebygging og behandling av overvekt og fedme. Den dominerende representasjonen er fedme som sykdom eller årsak til sykdom, noe som indikerer at fedme er noe man rammes av, lider av og som krever behandling. Medisinens intensjon med å definere fedme som sykdom forstås som et forsøk på å redusere sosialt stigma og

ekskludering av personer med overvekt og fedme, i tillegg til å øke fokus på bedre og mer tilgjengelig behandling. Jeg skal vise hvordan denne forståelsen fremkommer i datamaterialet, for videre å diskutere hvordan dette legger føringer for hva som anses medisinsk riktig og hvilke implikasjoner det har for fokus i behandling.

5.1.1 Fedme som sykdom

I datamaterialet skrives det at: «*Fedme er ofte en kronisk lidelse som krever langsiktig – om ikke livslang – oppfølging.*» (s. 3). Overvekten forklares som en konsekvens av for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk: «*Overvekt og fedme skyldes en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk.*» (s. 8). Det ser videre ut til å være en forståelse av at det er flere faktorer som kan påvirke denne ubalansen:

Individuell adferd, miljø, levevaner og biologiske forutsetninger samvirker når energiregnskapet hos den enkelte skal gjøres opp. ... I tillegg utgjør psykososiale forhold viktige betingelser for utvikling av overvekt. Psykologiske forhold relatert til stress, depresjon og overgrepserfaringer kan ha en sentral betydning for vektutviklingen. Mange typer medikamenter, spesielt psykofarmaka, kan disponere for vektøkning. (s. 17).

Varig vektnedgang beskrives som vanskelig og årsakene til dette forklares gjennom fysiologiske kompensatoriske mekanismer:

Biologiske feedbacksystemer samvirker i å motarbeide bestrebelsene til den som vil gå ned i vekt. Lipostatmodellen forklarer hvorfor perioder med slanking kan følges av perioder med overspising som en kompensasjon for tapt fettvev under slankeperioden. Personer som har redusert vekten har en større reduksjon i det basale energibehovet enn den tapte frie fettmassen skulle tilsi. Ved vektreduksjon reduseres hvilestoffskiftet mer enn tilsvarende vekttapet. (s. 19)

Pasienten må altså kjempe mot kroppens fysiologi for å oppnå varig vektreduksjon. Gjennom regimer for fysisk aktivitet og dietter for å begrense energiinntak skal varig vektnedgang oppnås:

Den som skal bidra med råd om fysisk aktivitet for personer med overvekt eller fedme bør derfor tilby et bredt spekter av aktiviteter, slik at de overvektige kan

finne en aktivitet de har glede av og kan gjennomføre på hjemstedet. Behandler og pasient må sammen finne frem til et regime som er gjennomførbart. (s. 24)

...

Den beste dietten for energireduksjon er den pasienten greier å gjennomføre og etablere som varig vane. (s. 45)

...

Matdagbok kan være nyttig for bevisstgjøring og kartlegging av matinntak samt monitorering og oppfølging. (s. 9)

Fastlegen gis en sentral rolle i oppfølgingen av personer med overvekt og fedme og ernæringsfysiologer, fysioterapeuter og treningsterapeuter er viktige støttespillere når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet. I datamaterialet skisseres en plan for vurdering, behandling og oppfølging hos fastlege (Vedlegg). Planen er konkret og lagt opp med utgangspunkt i at vektreduksjon med påfølgende vektstabilisering er målet med behandlingen. Den tar utgangspunkt i at pasienten følger råd og veiledning fra lege, gjennom et fast oppsett og progresjon. Pasientens motivasjon og aktivitetsnivå skal «bedømmes», «matdagbok» og «aktivitetsdagbok» skal etableres og senere «gjennomgås», etterlevelse av livsstilsråd skal «vurderes», livsstilsendringer skal «roses» og «hindringer» skal overvinnes. I tillegg skal alle konsultasjoner inneholde kontroll av vekt, midjemål og blodtrykk. Konsultasjonene skal være regelmessige over tid, og vedvare så lenge det er behov.

I datamaterialet er det fedme i seg selv som forstås som sykdom. Selv om det beskrives flere mulige årsaker som virker inn når «... energiregnskapet hos den enkelte skal gjøre opp» (s. 17), er det likevel overvekten som konsekvens av for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk som står i fokus. Behandling blir derfor å endre ubalansen i energiomsetningen, altså å spise mindre og forbruke mer. Behandlingen som beskrives handler derfor i stor grad om dietter, matdagbok og regimer for fysisk aktivitet.

Fastlegen får en sentral rolle i oppfølgingen av pasienter med fedme. Det skisseres en detaljert plan for regelmessig oppfølging over tid. Gjennom konsultasjonen blir fastlegens

rolle å kontrollere og vurdere om pasienten etterlever råd og tiltak, og objektive mål som vekt, midjemål og blodtrykk brukes for å si noe om hvor suksessfull pasienten har vært. Altså; fremgang skal *roses*, og mangel på fremgang er *hindringer* som skal overvinnes.

5.1.2 Årsaksforståelse og behandlingstilnærming

I datamaterialet beskrives årsakene til overvekt og fedme som komplekse og sammensatte. Samtidig gjentas det flere ganger at årsak til overvekt og fedme er for høyt energiinntak i forhold til energiforbruk. Når sykdommen i seg selv er fedme blir derfor behandlingen å redusere energiinntak og øke energiforbruk:

Behandlingsopplegget skal individualiseres i forhold til pasientens vekthistorie, men består alltid av et program som inkluderer fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologisk støtte. (s. 38).

Det formidles at et behandlingsforløp skal individualiseres, samtidig som fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologi gjelder alle.

Ordet mestringspsykologi er ikke forklart eller definert i datamaterialet. Tidligere livserfaringer, ulike faser i livet og livshendelser sees på som potensielle hindringer for behandling eller risikosituasjoner for vektøkning. Psykologi, og mestringspsykologien spesielt, påpekes som en viktig del av behandlingen fordi mange med fedme har tunge psykiske traumer i sin bakgrunn, som har bidratt til utvikling av fedmen:

Slike traumer må bearbeides om man skal lykkes med vekttapet. I tillegg kreves gode mestringsstrategier for å greie å vedlikeholde nye og mer aktive levevaner samtidig med moderat matinntak. (s. 61)

Mestringspsykologien ser derfor ut til å omhandle både bearbeiding av traumer og innlæring av strategier for å opprettholde fysisk aktivitet og moderere matinntaket: «Innlæring av slike strategier, gjerne med psykologer som ressurspersoner, står derfor sentralt i institusjonell overvektsbehandling.» (s. 61).

Alvorlige traumer og livshendelser forstås som mulige årsaker til overvektutvikling gjennom at det forstyrrer matinntak: «*Mobbing, traumer, overgrep og nederlagsfølelser kan gi psykologiske belastninger som igjen kan føre til forstyrret spising og overvekt.*» (s.

18). Bearbeiding av psykologiske belastninger fremstilles som en forutsetning for vektnedgang: «*Dette må bearbeides for at pasienten skal greie å gå ned i vekt. Psykologisk hjelp er derfor en viktig og nødvendig del av tilbudet.*» (s. 9).

Begrepet «*forstyrret spising*» brukes til å forklare hvorfor psykologiske belastninger kan føre til utvikling av overvekt. I datamaterialet tegnes et bilde hvor mange personer med fedme spiser for å dempe uro eller en konfliktfylt tomhet:

Livshendelser som er viktige for pasienten må ikke overses eller bagatelliseres. Ikke sjeldent ligger alvorlige traumer som seksuelle overgrep, omsorgssvikt i barndommen eller mobbing til grunn for overvektsutviklingen, særlig ved fedme. Det oppstår lett en sterk trang til å dempe indre uro eller konfliktfylt tomhet med mat, og et behov for å unngå sosial eller fysisk aktivitet. (s. 40)

Det er et eget kapittel om spiseforstyrrelser i datamaterialet hvor det skrives at inntil 30 % av kvinner som søker behandling for fedme har, eller har tidligere hatt, en spiseforstyrrelse. I kapittelet om spiseforstyrrelser skrives det et eget avsnitt om overspisingslidelse (Binge Eating Disorder (BED)). Tilstanden betegnes i datamaterialet som tvangsspising eller atypisk bulimia nervosa. Det ser imidlertid ut til å være flere betegnelser på denne tilstanden og i *Nasjonalt faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* betegnes tilstanden som overspisingslidelse (Helsedirektoratet, 2017). På bakgrunn av dette brukes betegnelsen overspisingslidelse videre i teksten. I datamaterialet skrives det om hva som skiller overspisingslidelse fra andre spiseforstyrrelser:

Den typiske overopptattheten av figur og vekt mangler, og derfor etterfølges ikke slike overspisingsepisoder av kompenseringstiltak som faste, ekstrem trening, oppkast eller lignende. Dog vil mange pasienter med BED ha sterk kroppsmisnøye og mye skam knyttet til sin kropp. (s. 37).

Det ser også ut til å være en forskjell i forståelsene av årsakssammenhenger og alvorlighetsgrad av overspisingslidelse og andre spiseforstyrrelser. Noe som synliggjøres i sitatene nedenfor:

Både anorexia nervosa og bulimia nervosa er kompliserte sykdommer som involverer oppvekstforhold, personlighet og samfunnsmessige aspekter. (s. 36).

...

Overspising kan også være forbundet med andre psykiske lidelser og belastende livshendelser. (s. 37).

Med utgangspunkt i behandlingsfokus som beskrives i datamaterialet forstås den overvektige pasienten som inaktiv og med et usunt kosthold. Til tross for at årsakene til overvekt og fedme beskrives å være sammensatte, er det endring av kosthold og fysisk aktivitet som står i sentrum. Mestringspsykologien ser i stor grad ut til å handle om at den overvektige skal kunne følge et behandlingsprogram uten å «forstyrres» av de andre deler livet måtte bestå av. Alvorlige traumer og livshendelser forstås som mulige årsaker til overvekt og fedme, men det er likevel vektnedgang som får fokus i behandlingen.

Begrepet «forstyrret spising» brukes for å forklare hvordan «psykologiske belastninger» kan føre til utvikling av overvekt. Spiseforstyrrelser tas ut som et eget kapittel og settes ikke i sammenheng med «alvorlige traumer», «psykologiske belastninger» og «forstyrret spising», noe som kan tolkes som en måte å holde disse adskilt på. Forstyrret spising ser altså ut til å handle om noe annet enn spiseforstyrrelser, og relateres i større grad til årsaksforklaringene for utvikling av overvekt og fedme.

5.1.3 Motivasjon og endringsprosesser

I datamaterialet forstås motivasjon som forutsetning for behandling: «Motivasjon er den grunnleggende faktor i all behandling og endring. Uten pasientens deltakelse og utholdenhet skjer ingen endring.» (s. 41). Pasienten må være deltakende i behandlingen og sette sine egne mål: «Pasienten bør sette opp egne mål, mens behandler hjelper til med at realistiske mål blir satt.» (s. 41). Det er imidlertid behandleren som skal sørge for at målene blir realistiske.

Hva som virker motiverende beskrives som individuelt og varierende fra pasient til pasient. Samtidig gis det noen eksempler: «Å skulle bli penere og mer attraktiv kan virke motiverende, men forutsetter at man har et grunnleggende godt forhold til seg selv.» (s. 41).

Å skulle bli penere og mer attraktiv er imidlertid ikke for alle:

Hvis tidligere positive bekreftelser mangler, hvis pasienten har følt seg mislykket eller alltid vært stor, (obs overvekts- og slankehistorien), eller hvis det ligger overgrepstraumer i livshistorien, vil dette målet kanskje ikke oppleves som en reell mulighet. Den motiverende virkningen kan for noen personer bli kortvarig med uheldig tilbakeslag av nederlagsbekreftelse. (s. 41)

Dersom det ikke oppleves som en reell mulighet for pasienten å skulle bli penere og mer attraktiv bør man heller flytte fokus over på noe annet:

Derimot vil økt opplevelse av mestring i forbindelse med bedre bevegelighet og styrke gi økt selvspekt og mer varig trygghet. Slik motivasjon er vedvarende og selvforsterkende. (s. 41)

Sosiale forhold anses også som en viktig motiverende faktor, og da spesielt for de med stor overvekt eller fedme:

Sosiale forhold har en viktig motiverende funksjon. For personer med stor overvekt eller fedme kan arbeidsmarkedet oppleves delvis stengt. For arbeidssøkende kan derfor lettere tilgang til arbeidsmarkedet være en viktig motivasjon. (s. 41)

Slike 'situasjoner' skal bidra til motivasjon for atferdsendringen: «I adferdsendring ønsker vi å benytte de foreliggende aktuelle situasjoner uten å belaste pasienten.» (s. 40), og det er viktig at livshendelser ikke kommer i veien for endringsprosessen:

Ulike livshendelser som skilsmisse, dødsfall, å bli foreldre, røykeslutt, forfremmelse eller konflikt på arbeidsplassen, påvirker motivasjonen, beredskap og evne til å endre spisemønster og grad av fysisk aktivitet. Det er viktig at slike hendelser ikke blir hindringer for mulighet til endring. (s. 40)

Det skrives videre om viktigheten av velvære og trivsel i en endringsprosess. Blant annet skrives det om fysisk aktivitet:

Fysisk aktivitet må bygge på noe pasienten aksepterer og må ikke vekke ubehag eller skamfølelse. For eksempel kan det å svømme eller bli sett av andre i badedrakt oppleves som pinlig. (s. 42)

I datamaterialet beskrives endring av levevaner som vanskelig: «*Endring av levevaner er vanskelig og mange pasienter trenger faglig hjelp for å mestre dette.*» (s. 9). Samtidig med at varig vektnedgang også forstås som vanskelig: «*Erfaring viser at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig.*» (s. 21).

Pasientens motivasjon anses altså som drivkraften i behandlingen av overvekt og fedme. Det fremheves viktigheten av at pasientene setter egne mål, samtidig er det behandler sin rolle å sørge for at målene er realistiske. I dette ligger en forståelse av at pasientene ikke setter realistiske mål. Ved å skrive om faktorer som motiverer til endring, kan dette forstås som et forsøk på å endre fokus fra antall kg vektnedgang til andre 'effekter' av vektnedgang. Likevel presenteres eksempler som baseres på en forståelse av at det er gjennom vektnedgang pasienten kan hjelpes til å få det bedre. Situasjoner pasienten ikke liker med sin livssituasjon forstås som muligheter til endring og livshendelser forstås som noe som kan komme i veien for en endringsprosess. Endring av levevaner handler om å spise mindre og å være mer aktiv, suksessen måles i vektnedgang. Å oppnå varig vektnedgang formidles som vanskelig, og det er gjennom den faglige hjelpen dette blir mulig.

5.1.4 Diskusjon

Normalitet og avvik

Å definere fedme som sykdom innebærer en forståelse av at dette er noe man *rammes* av, *lider* av og som man trenger *behandling* for. Sett i lys av en normalitet- og avviksdiskurs kan det å få en medisinsk diagnose være flertydig (Sirnes, 1999). Historisk sett har den viktigste oppgaven til medisinen vært å skille mellom normalitet og avvik, og selv om normalitet/avvik ikke er like fremtredende i medisinen nå, ligger den som en ubevisst forutsetning for dikotomien syk/frisk (Sirnes, 1999). Grupper av syke vil derfor alltid stå i fare for å bli definert som avvik, noe som påvirker betydningen av å få en medisinsk diagnose. Dersom diagnosen tilhører normaliteten kan den bidra til å redusere moralsk ansvar, skyld og skam over lidelsen, og frita individet ansvar for sin tilstand. Lidelsen blir

akseptert fordi det trekkes en ubevisst, men betydelig grense mot avviket (Sirnes, 1999). Personen blir tatt på alvor som pasient, og får tilhørighet i medisinen «gode selskap». Tilhører derimot diagnosen avviket kan den være en fornærmelse og nedverdiggende, og den blir ikke et håp om redning, men et overgrep (Sirnes, 1999). Noen diagnoser kommer i en mellomposisjon mellom den syke og avviket, typisk er dette lidelser og tilstander som ikke er spesifikke nok til å bli tatt på alvor som en diagnose. Da slipper ikke den syke helt unna det moralske ansvaret. Den medisinske risikoen for å bli definert som avvikende gjør derfor kroppene og menneskene sårbare (Sirnes, 1999).

Sett i lys av dette kan medikaliseringen av fedme forstås som en måte å definere individet som syk, og som en del av normaliteten fritatt fra skyld, ansvar og skam over den store kroppen. Samtidig kan personer med fedme forstås som en gruppe som faller i mellomsjiktet mellom normalitet og avvik. Fedmen kan ikke forklares spesifikt nok i medisinen til at den blir tatt på alvor som en «reell» diagnose og individet slipper ikke helt unna sitt moralske ansvar. I mangel på gode medisinske forklaringer for årsakssammenhenger og effektive behandlinger står gruppen hele tiden i fare for å bli definert som avvik.

Eksaminasjon og disiplinering

Foucault (1999) beskriver hvordan eksamineringen er et normaliserende blikk, en bevoktning som gjør det mulig å stemple, klassifisere og straffe individene. Det å eksaminere beskrives som noe av disiplinens kjerne: «*Den manifester undersøkelsen av dem som oppfattes som objekter, og objektgjøringen av dem som underkues.*» (Foucault, 1999, p. 167). Fremveksten av den medisinske disiplin og legevitenskapen omgjorde hvert individ til et «kasus» i medisinsk forstand, sykehuset ble et «eksaminasjons»-apparat (Foucault, 1999). «Kasuset» er både en gjenstand for kunnskap og maktutøvelse. Individet betegnes slik man kan beskrive, bedømme, måle det og sammenligne dets individualitet med andre, i tillegg om det skal dresseres eller omdresseres, klassifiseres, normaliseres, utelukkes osv. (Foucault, 1999).

Sirnes (1999) skriver at normaliteten kan beskrives som et gjennomtrengende blikk. Og bruker her Foucault (1999) sin beskrivelse av *panoptikonet* i fengslene, hvor fangevokteren kunne se alle fangene, men fangene kunne ikke se fangevokteren. Blikket ble både anonymt og en konstant mulighet, noe som førte til at fangen internaliserte blikket og ble

sitt eget disiplineringsobjekt (Foucault, 1999). Vissheten om å alltid bli, eller kan bli sett er en måte å holde individer i sjakk på (Foucault, 1999). Maktutøveren kan tre i bakgrunnen og den underkuede settes i fokus. Den disiplinære makten er usynlig, og opprettholdes gjennom objektgjøringen hvor individet blir sin egen vokter (Foucault, 1999).

Behandlingstilnærmingen som presenteres i datamaterialet kan forstås som disiplinerende i lys av Foucault (1999), på den måte at pasienten plasseres inn i et regime hvor kroppen skal manipuleres, kontrolleres og overvåkes til vektnedgang. Konsultasjonene hos fastlege er objektgjørende gjennom beskrivelsene, bedømmingene, målingene og sammenligningene som gjøres. Målet for behandlingen er en dressing og normalisering av individet gjennom vektnedgang. I lys av medisins disiplin legitimeres fastlegens rolle til å være det beste for pasienten. Legekonsultasjonene, *eksaminasjonen*, avsluttes når objektgjøringen er fullkommen og individet står ansvarlig for sin egen disiplinering.

Årsakssammenhenger

Personer med fedme fremstilles som en homogen gruppe, hvor fedmen er et resultat av for mye mat og for lite aktivitet. Dette kan sees i sammenheng med studier som viser at helsevesenets syn på personer med fedme preges av stigmatisering og stereotyper, også blant helsepersonell spesialisert innen fedmebehandling (Malterud & Ulriksen, 2011). Personer med overvekt og fedme blir sett på som lat, umotivert, med lav selvdisiplin, inkompetent, lite samarbeidsvillig og slurvete (Puhl & Heuer, 2009). Når slike stereotyper preger forståelsen av årsakene til overvekt og fedme legitimerer dette et fokus på å lære disse personene nye og sunnere levevaner. En grunnleggende forståelse av «den overvektige pasienten» som usunn og lat kan slik sett forklare det høye fokuset på endring av kosthold og fysisk aktivitet som preger diskursen.

Den medisinske diskursen åpner for at årsakene til overvekt og fedme er sammensatte, hvor hendelser og livserfaringer kan ha sammenheng med økt av kroppsvekt. Forståelsen bærer likevel preg av et reduksjonistisk menneskesyn, med en utpreget årsak-virkning forståelse, der «*psykiske belastninger*» fører til «*forstyrret spising*» som igjen «*fører til overvekt*».

Å fremstille 'psykologiske belastninger' som noe som *kun* påvirker i form av 'forstyrret spising' er en meget mangelfull og forenklet fremstilling av hvordan levd erfaring påvirker

mennesket. V. Felitti et al. (1998) fant gjennom ACE-studien sterke sammenhenger mellom uheldige barndomserfaringer og utvikling av sykdom i voksen alder. De så her en proporsjonal økning mellom antallet uheldige barndomserfaringer, og helsemessig risikooppførsel og sykdomsutvikling i voksen alder (V. Felitti et al., 1998). Det har i etterkant blitt gjort mye arbeid for å forsøke å forstå disse sammenhengene. Her har blant annet epigenetikk kommet inn som et viktig fagfelt (Getz, Kirkengen, & Ulvestad, 2011). Fagfeltet dreier seg om hvordan erfaringer er nødvendige for en konteksttilpasset «programmering» av arvematerialet, altså at erfaringer fører til endringer i det genetiske uttrykket, uten endringer av DNA.

Langvarig overbelastning av kroppens fysiologiske tilpasning er også knyttet til sykdomsutvikling (Getz et al., 2011). Dette kalles allostatisk overbelastning og forklares ved at trusler mot menneskets eksistens og integritet over tid fører til en utmattelse av kroppens fleksibilitet (McEwen & Wingfield, 2003). Allostatisk overbelastning, trolig sammen med epigenetiske mekanismer, kan i stor grad forklare mye av utbredelsen til vår tids store folkesykdommer, blant annet overvekt, hjerte- og karsykdommer, kreft, diabetes og inflammatoriske sykdommer (V. J. Felitti & Anda, 2010). Teorien om allostatisk overbelastning, sammen med epigenetikken, kan trolig også bidra til å forstå mye av de sosiale gradientene i sykelig og dødelighet (Seeman, Epel, Gruenewald, Karlamangla, & McEwen, 2010). Sett i lys av dette kan overvekt og fedme like gjerne forstås som en respons på allostatisk overbelastning. Andre sykdommene som også relateres til uheldige barndomserfaringer og allostatisk overbelastning sammenfaller godt med flere av de sykdommer som ofte relateres til overvekt og fedme. At det kan ligge flere årsaker enn «*forstyrret spising*» til grunn for utvikling av overvekt og eventuelle «livsstilssykdommer» ser ut til å være godt dokumentert. Det vedvarende og ensidige fokuset på vekt, kosthold og fysisk aktivitet i datamaterialet kan bidra til at betydningen livserfaringer og livshendelser har for vår helse bagatelliseres.

Spiseforstyrrelser

Brandal (2012) har undersøkt forekomst av overspisingslidelse blant personer med sykelig fedme ($KMI \geq 40$, eller $KMI \geq 35$ med vektrelatert tilleggssykdom) og fant ut at 29 % av deltakerne i studien havnet i kategorien moderat til alvorlig overspising, men kun 4 % svarte at de hadde en spiseforstyrrelse. Med bakgrunn i disse resultatene undrer Brandal på

om fedmen maskerer en spiseforstyrrelse hos mange pasienter med sykkelig fedme. Og det kan undres på om datamaterialet gjenspeiler dette i måtes begrepet *forstyrret spising* brukes fremfor spiseforstyrrelse når det skrives om behandling av fedme. Spiseforstyrrelser blir ikke inkludert i totalbildet, men trekkes heller ut som et eget kapittel.

Det stadfestes likevel at inntil 30 % av personer som kommer til behandling for fedme har, eller har hatt en spiseforstyrrelse. For øvrig ser det ut til at spiseforstyrrelser hvor personen har overvekt eller fedme forstås ulikt fra spiseforstyrrelser hvor personen er normal- eller undervektig. Det antas at personer med overspisingslidelse ikke har den samme overopptattheten av kropp og vekt som normal- og undervektige personer med spiseforstyrrelser. Berg (2016) har undersøkt kroppsbildeforstyrrelser blant personer med overspisingslidelse, og funnet like høy forekomst av dette blant personer med overspisingslidelse som hos personer med anoreksi og bulimi. Kroppsbildeforstyrrelser brukes som en samlebetegnelse for overopptatthet av vekt og kroppsforn, overdreven bekymring for vektøkning og stor kroppsmisnøye (Hilbert & Hartmann, 2013). Halvorsen (2018) har undersøkt kroppsmisnøye blant personer med bulimia nervosa og overspisingslidelse, og fant økt kroppsmisnøye i begge gruppene, samt ingen signifikant forskjell mellom de med bulimi og de med overspisingslidelse. Andre studier har også funnet økt kroppsmisnøye og forstyrret kroppsbilde blant personer med overspisingslidelse, og at dette forekommer på samme nivå som ved andre spiseforstyrrelser (Barry, Grilo, & Masheb, 2003; Fichter, Quadflieg, & Brandl, 1993; Hilbert, Tuschen-Caffier, & Vögele, 2002; Mussell et al., 1996; Nicoli & Junior, 2011). Hilbert og Hartmann (2013) argumenterer for at kroppsbildeforstyrrelser blant personer med overspisingslidelse er så godt dokumentert at det bør inkluderes i de diagnostiske kriteriene for lidelsen. Antagelsen av at personer med overspisingslidelse ikke har den samme overopptattheten av kropp og vekt ser derfor ikke ut til å være begrunnet i forskning.

En av fellesnevnerne for spiseforstyrrelser som bulimi og anoreksi er kontrolleringen av vekten, der anorektikeren er undervektig mens bulimikeren ofte er normalvektig til tross for hyppig overspising (Skårderud, 2013). Anorektikeren forneker gjerne sine behov og dyrker sin askese gjennom å holde kontroll over matinntaket, bulimikeren mister kontrollen over matinntaket gjennom overspisingen, men tar tilbake kontrollen gjennom

renselsen (Skårderud, 2013). Siden pasienten med overspisingslidelse klarer ikke holder kroppsvekten under kontroll gjennom helseskadelig sulting eller andre kompenserende strategier, antas det at vedkommende er mindre opptatt av sin vekt og kroppsform. Det kan se ut til at dette er en antagelse som legitimerer et skille mellom disse ulike typene spiseforstyrrelsene i alvorlighetsgrad og kompleksitet. Dersom de ikke mestrer kompenseringsen for vektøkningen, blir ikke spiseforstyrrelsen, men overvekten viktigst i behandlingen.

Brown-Bowers et al. (2017) fant i sin diskursanalyse av retningslinjen for behandling av spiseforstyrrelser fra Nord-Amerika at fokuset på å behandle overvekten i stor grad overskygger fokuset på å behandle spiseforstyrrelsen hos pasienter med overspisingslidelse. De påpeker et stort paradoks; pasientene med overspisingslidelse skal øke sine bekymringer rundt kropp, mat og vekt, mens behandlingen av pasientene med anoreksi og bulimi fokuserer på å redusere overopptattheten rundt kropp, mat og vekt. De identifiserte et vektnedgangsperspektiv som hoveddiskurs og mente at den medisinske diskursen overskygget den psykologiske diskursen når det gjaldt behandling av overspisingslidelser. Psykologien adopterte den medisinske forståelsen av overvekt, hvor atferdsendring gjennom regelmessig veiing, redusert energiinntak og økt fysisk aktivitet ble vektlagt i behandling (Brown-Bowers et al., 2017). I datamaterialet ser det også ut til at et gjennomgående fokus på kosthold, fysisk aktivitet og vektnedgang overskygger andre perspektiver. Det er atferden som behandles og ikke årsakene til atferden.

Livsstil og levevaner

I den medisinske diskursen er behandlingen av overvekt og fedme å hjelpe pasienten til å endre livsstil. Motivasjonen anses som en forutsetning for denne endringen av levevaner. Begrepet livsstil defineres slik i Store norske leksikon:

Livsstil er summen av enkeltpersoners levevaner og atferd. Betegnelsen brukes om måten en person lever på, først og fremst om de aktiviteter man selv har råderett over, og som avspeiler egne valg (Nylenna, 2019).

Når begrepene livsstil og livsstilsendringer brukes om behandling av overvekt og fedme impliserer dette at overvekten er selvvalgt. Begrepene livsstil og levevaner brukes om hverandre i datamaterialet og handler utelukkende om at pasienten skal endre sin livsstil

eller levevaner for å oppnå vektnedgang. Begrepene brukes som om de er synonymer. Med utgangspunkt i at endring av livsstil og levevaner utelukkende handler om å endre kosthold og aktivitetsnivå for å gå ned i vekt, viser dette en forenklet forståelse av hva levevaner egentlig innebærer og videre at kosthold, fysisk aktivitet og kroppsvekt er viljestyrt. Begrepet livsstil står 18 ganger i datamaterialet, levevaner står 19 ganger, mens eksempelvis levekår står én gang.

Den sterke koblingen mellom livsstil, levevaner og vekt er problematisk, fordi det fremstiller levevaner som noe enhver kan endre med kunnskap og disiplin. Dette viser at den medisinske diskursen fremmer en meget forenklet forståelse av hva levevaner egentlig innebærer. Utvikling av levevaner må ses i sammenheng med miljø og levekår og Folkehelseinstituttet (2018) skriver at: «Levevaner er først og fremst et resultat av miljø og levekår.» Med utgangspunkt i dette kunne «behandling» av overvekt og fedme like gjerne handlet om å fremme gode levekår, sosial inkludering og gode oppvekstvilkår til alle. Dette ser imidlertid ikke ut til å forstås som et medisinsk anliggende. Kosthold og fysisk aktivitet har derimot fått komme inn i varmen hos medisinen, til tross for at det heller ikke er definert som sykdom eller diagnoser. Resultatet blir at levevaner forstås som noe en enkelt kan endre gjennom å *lære* personer med overvekt og fedme hvordan de skal spise og trene riktig.

Motivasjon

Motivasjon forstås i datamaterialet som en forutsetning for endring. Hva som bidrar til motivasjon forstås som individuelt, men det gis likevel eksempler som ser ut til å være basert på sosiale og kulturelle normer og verdier om store kropper, og da spesielt kvinnekroppen.

Kvinner opplever i større grad seksuell objektivering, og blir i større grad vurdert og bedømt etter utseendet (Fredrickson & Roberts, 1997). Det å skulle bli sett i badedrakt forstås i datamaterialet som noe skamfullt og som kan føre til at kvinner med overvekt eller fedme blir pinlig berørt. Slik tegnes et bilde av 'den overvektige kvinnen' som pinlig berørt og skamfull over sin kropp, og at hennes motivasjon for vektnedgang drives av et ønske om å bli penere og mer attraktiv.

Groven, Råheim og Engelsrud (2010) skriver at kvinnene de intervjuet i forbindelse med deres erfaringer etter vektreduserende kirurgi fortalte om å føle seg uønsket og mindre attraktiv på grunn av kroppsvekten, og at dette var en viktig årsak til at de lot seg operere. Groven et al. (2010) ser dette i sammenheng med de kulturelle normene og verdien kropp har i dagens samfunn. Murray (2005) skriver at vi lever i en kultur som preges av en forutinntatthet ovenfor personer med overvekt og fedme, spesielt ovenfor kvinner med overvekt og fedme, som på grunn av kroppsformen forstås som umoralske og udisiplinerte mennesker. Den store kroppen symboliserer dermed en manglende evne til selvregulering og kontroll. Personer med overvekt og fedme, og spesielt kvinner, må derfor hjelpes til å oppnå kontroll over sin tilsynelatende ukontrollerte livsstil. Det er altså gjennom kontrollering og disiplinering av kroppen kvinner med stor kroppsform kan fritas fra den skammen en stor kropp innebærer.

Hva som anses som motiverende faktorer for endring ser ut til å bygge på en forståelse av at den stigmatiseringen og ekskluderingen den overvektige utsettes for skal virke motiverende for å endre levevaner. Det at mange med overvekt og fedme er helt eller delvis ekskludert fra arbeidsmarkedet forstås som en mulighet til å få disse personene motivert til å endre levevaner. I følge Malterud og Ulriksen (2011) kan det å bli utsatt for stigmatisering bidra til lavere selvfølelse og tiltro til egne evner gjennom internalisert stigma, noe som har negativ innflytelse på helsemessige levevaner, tiltro til egne evner og evnen til å regulere kroppsvekten (Malterud & Ulriksen, 2011). Det å bli utsatt for stigmatisering relateres redusert helse og økt sykdomsrisiko (Puhl & Suh, 2015; Tomiyama et al., 2018). Dette kan ses i lys av Foucault (1999) og den disiplinerende makt, hvor 'den overvektige' til stadig er underlagt et objektivt blikk. 'Den store kroppen' symboliserer et behov for endring og er til hver tid under samfunnet påsyn, med en forventning om at den skal disiplineres tilbake til normaliteten. Burris (2008) beskriver stigma som en barbarisk form for sosial kontroll, rettet mot sårbare grupper og derfor ikke under noen omstendigheter bør anses som strategi for å fremme helsemessige valg.

Med utgangspunkt i dette blir det vanskelig å forstå at ekskludering fra arbeidslivet, eller å leve i et samfunn der du stemples som mindre attraktiv og lat, vil bidra til økt motivasjon. I tillegg gir dette en implisitt aksept for denne typen diskriminering. Den overvektige må

tilpasse seg normen for å passe inn i samfunnet. Hvilke andre stigmatiserte grupper forventes å tilpasse seg normen for å bli akseptert?

5.1.5 Oppsummering av den medisinske diskursen

I den medisinske diskursen defineres fedme som en sykdom med behov for langvarig og ofte livslang oppfølging. Gjennom en sykdomserklæring av fedme ønskes det å redusere stigma og skam knyttet til det å ha en stor kropp. Det er en sykdom, fremfor et moralsk anliggende.

Den medisinske diskursen preges av et reduksjonistisk syn på mennesket, hvor overvekt og fedme forklares som et resultat av for høyt energinntak og for lavt energinivå.

Konsekvensene av denne reduksjonistiske forståelsen er at behandling formes rundt konseptet «spise mindre, trene mer», og helsevesenets oppgave er derfor å gi kunnskap og strategier til personer med overvekt og fedme slik at de kan endre sin livsstil.

‘Psykologiske belastninger’ og livshendelser forstås som potensielle hindringer for en endringsprosess, og må derfor bearbeides eller overvinnes for at individet skal kunne ha fokus på vektnedgang. Dette er psykologens rolle i behandlingen, slik at fastlege kan konsentrere seg om kosthold og fysisk aktivitet, samt andre objektive måleparametere som vekt, midjemål og blodtrykk. Pasientens motivasjon er sentralt og ansees som en forutsetning for behandling. Hva som motiverer pasienten forstås som individuelt, men det pasienten ikke liker ved sin livssituasjon anses som en mulighet for å skape motivasjon til endring.

Til tross for at en sykdomsdefinisjon av fedme handler om å redusere skyld og stigma tilknyttet overvekt og fedme blir individet likevel moralsk ansvarlig for sin kroppsvekt i den medisinske diskursen. Det forventes at personer med overvekt og fedme skal, med råd og veiledning fra helsevesenet, kunne endre sin livsstil. Dette signaliserer at livsstil og levevaner er noe selvvalgt som relativt enkelt kan endres, og videre at dersom individet finner riktig motivasjon vil kunne lære seg å gjøre de ‘riktige’ valgene. Gjennom eksempler på hva som kan motivere til endring blir generaliserende holdninger til personer med overvekt og fedme synlig. Kvinner med stor kroppsform beskrives som skamfull og pinlig berørt over sin kropp, og forventes å ville gå ned i vekt for å bli penere og mer attraktive. Personer med overvekt og fedme som opplever å bli ekskludert fra arbeidslivet forventes å bruke denne sosiale ekskluderingen som motivasjon til å endre sin livsstil. Det

forventes at alle personer med overvekt og fedme har et ønske om og behov for vektnedgang. Vektnedgang gjennom endring av levevaner presenteres som løsningen på den stigmatiseringen, ekskluderingen og skammen som forbindes med å ha en stor kropp. Personer med overvekt og fedme må derfor gå ned i vekt for å bli sosialt akseptert.

Kroppsforståelsen i den medisinske diskursen preges av en dualistisk forståelse hvor kroppen er en hindring for subjektets utfoldelse. Kroppen forstås som formelig og manipulerbar, og kroppsvekten forstås som viljestyrt. Slik får individet ansvar for overvekten, og videre ansvaret for å endre den. Kroppen blir en hindring, og behandlingen rettes mot å få kontroll over den ustyrlige kroppen. Behandlingstilnærmingen som presenteres er disiplinerende gjennom regimer for kosthold og aktivitet som skal dressere og normalisere individet til en sosialt akseptert kroppsform. Et slikt disiplineringsregime, som retter seg mot kroppens utseende og form, danner et utvendig blikk på kroppen og slik objektiviseres pasienten med stor kroppsform.

5.2 Folkehelsediskursen

Folkehelsediskursen kommer til uttrykk gjennom beskrivelser av de potensielle farene og konsekvensene som forbindes med økende forekomst av overvekt og fedme i samfunnet. Overvekt og fedme er en trussel for folkehelsen og den senere tids endringer i menneskets miljø og levevaner sees på som årsaken til befolkningens økte kroppsvekt.

Folkehelsediskursen er mest fremtredende tidlig i retningslinjen og kan forstås som en argumentasjon for den medisinske diskursens legitimitet innen feltet. Måten linjene trekkes fra folkehelseutfordringer til individuelle forebyggings- og behandlingstiltak gjør at folkehelsediskursen fremstår som presentert gjennom den medisinske diskursen. Den brukes som argument og legitimitet for den medisinske diskursens tilnærming, samtidig som den ikke tas på alvor når folkehelseiltak ikke prioriteres som løsning på et folkehelseproblem.

5.2.1 Fedmeepidemien

I folkehelsediskursen presenteres den økende forekomsten av overvekt og fedme som en epidemi. I datamaterialet er 'fedmeepidemien' tilegnet et eget kapittel, som omhandler forekomsten av overvekt og fedme og de potensielle truslene for befolkningens helse dette utgjør.

Vektøkningen i samfunnet ansees som urovekkende:

Overvekt og fedme er sterkt økende i Norge – og i resten av verden. Det er en urovekkende vektøkning i hele befolkningen, men det er en betydelig høyere forekomst av overvekt og fedme i lavere sosioøkonomiske grupper. (s. 3).

‘Fedmeepidemien’ maner til handling: «Mange mener at vi står ovenfor en global epidemi, med store konsekvenser. ... Den økende forekomst av overvekt og fedme i befolkningen krever en forsterket innsats i forhold til tidligere.» (s. 10) Den er global, krever en forsterket innsats og konsekvensene er store dersom handling ikke skjer.

Folkehelsediskursen preges av at konsekvensene av overvekt og fedme omhandler mer enn sykdom og sykdomsrisiko. Det er også et politisk og økonomisk problem. Økte helsekostnader legges frem som argumentasjon for handling:

Vektrelaterte helseproblemer står for 2-6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land. Samlede samfunnsomkostninger relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslås til 1-2 % av BNP. Anslag fra Danmark viser at overvekt fører til mer enn 1,8 millioner ekstra fraværsdager fra arbeid årlig, og nærmere 1100 tilfeller av førtidspensjonering er relatert til overvekt. Den danske helsetjenestens årlige nettokostnader relatert til overvekt er på 1473 mill. DKK. Det årlige produksjonstapet i Danmark er beregnet til om lag 6,3 milliarder DKK.

I en studie fra Colorado/USA sammenlignet man utgifter til helse- og sosialtjenester i befolkningen i forhold til KMI. Personer med KMI > 30 hadde et merforbruk av samlede tjenester svarende til 36 %, mens merforbruket for gruppen med KMI mellom 25-30 var 10 %. For medisintgifter var tallene henholdsvis 105 % og 37 %.

Dette tyder på at det er en god investering for samfunnet å satse midler på tiltak som kan bidra til bedre kostvaner og resultere i mer omfattende fysisk aktivitet i befolkningen. Behandlingstiltak for pasienter med fedme kan altså være lønnsomt i det lange løp. (s. 14).

Løsninger som retter seg både mot både samfunn og individ etterlyses for å bekjempe 'fedmeepidemien'. Samfunnet må endres og det skrives at: «Forebygging av overvekt og fedme er et samfunnsansvar i den forstand at samfunnet må legge til rette for at «de riktige valgene er de enkle valgene», for alle.» (s. 21).

Likevel uttrykkes en frykt for uønsket risikofokus og økt fare for stigmatisering dersom fokuset på vektreduksjon blir for stort:

Kampanjer for vektreduksjon kan også medføre uønsket risikofokusering. Det kan virke stigmatiserende å gi alle personer med $KMI \geq 25$ «diagnosen» overvektig, uavhengig av en individuell vurdering av sykdomsstatus og fysisk form. ... Det er derfor viktig å minne om at overvekt ikke er en sykdom. Overvekt må vurderes individuelt, der det er summen av risikofaktorer som gir grunnlag for eventuelle intervensjoner. (s. 15)

Det å legge opp til for mye fokus på vekt og slanking forstås også som noe som kan bidra til utvikling av spiseforstyrrelser:

Mange, særlig kvinner, slanker seg eller har ønske om å gå ned i vekt til tross for at de er normalvektige. Dermed kan man utvikle et anstrengt forhold til mat, som kan føre til spiseforstyrrelser. (s. 15)

For å unngå et for stort fokus på vekt og slanking i befolkningen skal strategiene i folkehelsediskursen ha balanse mellom de positive og negative effektene på folkehelsen: «I kampen mot fedmeepidemien blir det viktig å utvikle strategier som gir en tilfredsstillende balanse mellom positive og negative effekter på folkehelsen.» (s. 15)

I folkehelsediskursen presenteres den økende forekomsten av overvekt og fedme i befolkningen som en epidemi med potensiale for store konsekvenser for folkehelsen. Overvekt og fedme forstås som en trussel, med både økonomiske og helsemessige konsekvenser. Datamaterialet formidler et delt ansvar mellom individ og samfunn for fedmeepidemien, og presenterer en løsning hvor samfunnet må legge til rette for at «de riktige valgene blir de enkle valgene».

Det som presenteres av tall i forbindelse med de økonomiske konsekvensene baseres på kostnadsberegninger fra USA og Danmark, noe som impliserer at de kan si noe om situasjonen i Norge. Det konkluderes med at behandlingstiltak for personer med fedme kan være lønnsomt i det lange løp, og med dette presenteres behandlingstiltak som løsning på et folkehelseproblem. Det uttrykkes en forståelse av at overdreven slanking og økt risikofokus kan være negativt for helsen, men dette forbeholdes personer med normalvekt og overvekt, slik at de med fedme utelates.

5.2.2 Diskusjon

Epidemi – Folkehelsekrise eller moralsk panikk?

I 1997 erklærte Verdens helseorganisasjon at vi sto ovenfor en global fedmeepidemi (WHO, 2000). Et viktig formål med denne erklæringen var å flytte fokus fra fedme som et individuelt problem, til å forstå fedme som et samfunnsproblem. Altså overvekt og fedme som trussel mot den globale folkehelsen (WHO, 2000).

Gjennom en epidemierklæring dannes et bilde av en sykdom med potensiale for store konsekvenser, som spres raskt og er ute av kontroll. Bruken av termen epidemi forstås som en metafor hvor begrepet, som ofte er knyttet til bestemte smittsomme og alvorlige sykdomsutbrudd, overføres til andre forhold. Thornquist (2009) skriver at slike metaforer kan skape og opprettholde forenklete forestillinger om sosiale fenomener, siden de beskrives som om det dreier seg om en form for skadelige virus og bakterier, om ytre og lett identifiserbare faktorer. En slik tenkning kan gjøre at man lett låses fast i oppfatninger om hva som er aktuelle virkemidler, som å «fjerne smitekilden» eller «gå til angrep». Tenkningen kan derfor brukes til å rettferdiggjøre ekstraordinære tiltak mot «smittebærerne» (Thornquist, 2009, pp. 70, 71). Gjennom å erklære en fedmeepidemi kan derfor inngripende og ekstraordinære tiltak rettferdiggjøres, i tillegg til å opprettholde en forenklet forestilling hvor årsaker til overvekt og fedme kun handler om usunne kostvaner og fysisk inaktivitet. Personer med overvekt og fedme blir «smittebærere» som bidrar til befolkningens uhelse og må derfor reguleres inn i en helsefremmende livsstil. De som ikke mestrer dette tar ikke sin del av ansvaret.

Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver og Gaesser (2006) argumenterer for at fedmeepidemien er en moralsk panikk fremfor en folkehelsekrise. De tar utgangspunkt i

fire påstander som ofte fremkommer i det som kalles *krigen mot fett*: (1) fedme som epidemi, (2) sammenhengen mellom overvekt og tidlig død, (3) sammenhengen mellom overvekt og helserisiko og (4) varig vektnedgang bedrer helsen. Påstander som stemmer godt overens med de trekkene folkehelsediskursen representeres gjennom i datamaterialet.

Campos et al. (2006) skriver at den epidemiologiske forskningen beskriver en situasjon hvor hoveddelen av den amerikanske befolkningen veier ca. 3-5 kg mer enn foregående generasjon. De aller tyngste individene har blitt betydelig tyngre, mens blant majoriteten av befolkningen har vektøkningen vært relativt subtil. På bakgrunn av dette mener de at det ikke er holdepunkter for en slik epidemierklæring. Det er måten tallene fremstilles på, og klassifiseringene som brukes, som bidrar til å fremstille en mer radikal endring i befolkningens vekt enn det som faktisk foreligger (Campos et al., 2006). Den store økningen av overvekt kan forklares med at den store majoriteten av folk som tidligere hadde KMI = 23-25 og var i kategorien 'normalvektig', nå har KMI rett over 25 og derfor klassifiseres som 'overvektig'. Også de som tidligere hadde KMI rett under 30, har nå har havnet rett over 30 og har derfor havnet i kategorien 'fedme' (Campos et al., 2006).

Det er videre lite støtte i litteraturen for de sterke sammenhengene mellom økt dødelighet og overvekt og fedme som ofte kommuniseres (Campos et al., 2006). Med unntak av de med veldig høy kroppsmasseindeks er dette en dårlig prediktor for dødelighet. For fedme er det funnet liten eller ingen risiko for tidlig død før kroppsmassen når høyt 30-tall og oppover (Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2005). Resultater fra Tromsøundersøkelsen tyder til og med på at befolkningen blir friskere til tross for økende kroppsvekt (Jakobsen, 2019). I tillegg er det forskning som tyder på at de sammenhengene mellom fedme og dødelighet som er funnet like gjerne kan tilskrives andre faktorer. Når det kontrolleres for fysisk form, aktivitet, kosthold, jojo-slanking, sosioøkonomisk status, diskriminering, kroppsmisnøye, søvn og kronisk stress blir sammenhengene mellom fedme og økt dødelighet borte, eller betydelig redusert (Bacon, 2010). Noen studier viser at jojo-slanking kan forklare hele den økte risikoen for tidlig død ved fedme (Diaz, Mainous, & Everett, 2005; Lissner et al., 1991). Sammenhengene mellom kroppsmasse og dødelighet er derfor spekulative, og det er sannsynlig at andre faktorer påvirker risiko for tidlig død i mye større grad.

Også når det gjelder helserisiko ved overvekt og fedme, er det kun ved artrose og noen få former for kreft funnet kausale sammenhenger mellom økt andel kroppsfett og risiko for sykdom (Campos et al., 2006). Påstanden om at mye kroppsfett i seg selv er patologisk er blant annet satt under tvil i en studie som gjennomførte fettsuging på forskningsindividene og ikke fant noen forbedringer i helsemarkører 10-12 uker etter inngrepet. De ble grundig fulgt opp for å sikre at de ikke endret livsstil etter inngrepet (Klein et al., 2004). Campos et al. (2006) påpeker at fedme like gjerne kan forstås som en konsekvens av underliggende metabolsk syndrom, hvor kompenserende insulinproduksjon ved insulinresistens disponerer til økt lagring av fett. Genmutasjoner som favoriserer fettlagring og overlevelse av sultkatastrofer er knyttet til økt risiko for diabetes (Neel, Weder, & Julius, 1998). Fedme kan altså forstås som et tidlig tegn på diabetes, fremfor en underliggende årsak til sykdommen.

Det er også forskning som tyder på at kroppsbygning og kroppsform har mer å si for helserisiko enn andel kroppsfett (Campos et al., 2006). Det å ha fettlagring rundt hofter og lår kan til og med ha en beskyttende funksjon for metabolske sykdommer ifølge noen studier (Rexrode et al., 1998; Seidell et al., 2001; Terry, Stefanick, Haskell, & Wood, 1991). Dette kan også bidra til å forklare at det finnes metabolsk friske personer med fedme og at disse personene mest sannsynlig er ved deres naturlige vekt, og derfor ikke har noe behov for behandling på grunn av vekten deres (Sims, 2002).

Det at vekttap forbedrer helsen er heller ikke godt dokumentert i forskning. De helseeffektene som dokumenteres gjennom vektnedgangsprogrammer kan like gjerne tilskrives sunnere kosthold og økt aktivitetsnivå, fremfor vektreduksjonen i seg selv (Campos, 2011; Campos et al., 2006). Look AHEAD-studien, som undersøkte om vekttap som følge av intensiv livsstilsendring reduserte risiko for hjerte- og karsykdom og tidlig død hos diabetikere med overvekt og fedme, fant ingen forskjell i sykkelighet og dødelighet mellom gruppen som hadde vektnedgang og gruppen som hadde stabil vekt (Davis & Goswami, 2014; The Look Ahead Research, 2013).

Hvor mye kontroll individet egentlig har over sin kroppsvekt ser også ut til å være begrenset (Maclean, Bergouignan, Cornier, & Jackman, 2011; Sumithran & Proietto, 2013). Ved slanking ser det ut til at man mister vekt på kort sikt, men at de fleste legger på seg igjen over 3-5 år selv om de vedlikeholder diett og trening. For å vedlikeholde en vekt

må man derfor spise mindre og trene mer enn tidligere resten av livet (Mann et al., 2007; Tylka et al., 2014).

Campos et al. (2006) beskriver en eksponentiell økning fra 1980 og frem til 2004 i fokuset på overvekt og fedme som helserisiko, både i media og blant styresmaktene. Siden vitenskapen ikke kan forklare denne økningen argumenterer de for at det er andre faktorer som driver dette. Her beskrives et nettverk hvor kommersielle krefter, forskningsmiljø og behandlingssklinikker har økonomiske interesser i at overvekt og fedme stemples og behandles som sykdom. Forskningsorganisasjoner som er finansiert av farmasøytiske selskap og kommersiell slankeindustri, og statlige folkehelseorganisasjoner som driver utstrakt lobbyvirksomhet for å finansiere sine prosjekter parallelt med promotering av fedmeepidemien nevnes blant annet som eksempler (Campos et al., 2006).

Med bakgrunn i dette er det rom for å slå tvil om den reelle krisen fedmeepidemien prøver å fremstå som, og som Campos et al. (2006) konkluderer; at fedmeepidemien fremstår som en moralsk panikk, hvor sterke kommersielle krefter tjener på befolkningens frykt for overvekt og fedme.

Risikofokus og stigmatisering

Det er kun 'normalvektige' og personer med 'overvekt' som beskrives i datamaterialet angående risiko for spiseforstyrrelser eller farer for økt risikofokus på overvekt. Et uønsket risikofokus ser ut til å dreie seg om at personer med overvekt kan bli stigmatisert gjennom et sykdomsstempel. Når personer med fedme ikke nevnes i denne sammenhengen blir ikke dette relevant for dem, de er på sett og vis allerede stigmatiserte og syke. Det er også kun normalvektige kvinner som står i fare for å utvikle spiseforstyrrelser, som konsekvens av overdrevent fokus på vekt og slanking. Det ser altså ut til å ligge en implisitt forståelse av at personer med fedme ikke har nok fokus på vekt og slanking, og videre at de ikke kan ha en spiseforstyrrelse.

I kampen mot 'fedmeepidemien' skal derfor strategiene gi tilfredsstillende balanse mellom positive og negative effekter på folkehelsen. Begrepene kamp og strategi brukes som metaforer og kan begge relateres til krig. Billedbruk fra krig og militæret brukes ofte i språket om sykdom (Martin, 1990; Sontag & Schøning, 1996). En retorikk som maner til angrep mot noe uønsket. Folkehelsediskursen går til krig mot fedmeepidemien og gjennom

en krigsstrategi som skal balansere de positive og negative effektene på folkehelsen ligger et implisitt signal om at befolkningen må øke sitt fokus på vekt og slanking. Dette til tross for manglende bevis for at vektnedgang fører til bedre helse (Campos, 2011; Davis & Goswami, 2014; The Look Ahead Research, 2013), og god dokumentasjon for at overdreven slanking, skadelige slankemetoder og store svingninger i vekten påvirker helsen negativt (Campos, 2011; Tylka et al., 2014; Vartanian & Smyth, 2013).

Økonomiske konsekvenser av fedmeepidemien

Tallene som brukes for å vise de økonomiske konsekvensene av overvekt og fedme stammer fra Danmark og USA. Tall fra andre land brukes altså som om de kan si noe om Norge. Slik antas det at helsesituasjon, forekomst og sykdomsbyrde relatert til overvekt og fedme i Norge er relativt lik Danmark og USA.

Det er for øvrig forskjeller mellom forekomst av overvekt og fedme i Norge, sammenlignet med andre land. Folkehelseinstituttet (2017) skriver for eksempel at forekomsten av fedme er lavere i Norge sammenlignet med mange andre land. I USA er forekomsten av fedme betydelig høyere enn i Norge og andelen barn og unge med overvekt og fedme er også betydelig høyere i USA (Folkehelseinstituttet, 2017). I tillegg blir det nærmest en selvfølgelighet å påpeke at helsesystemene i Norge og USA er veldig forskjellige. Hvorfor tall fra andre land presenteres, forklares ikke i datamaterialet og det gir rom for å tolke at det enten ikke foreligger norske tall på dette, eller at norske tall ikke gir det svaret som ønskes presentert. Fremstillingen av økonomiske konsekvenser kun basert på andre land blir derfor både mangelfull og misvisende når forskjeller i forekomst, utbredelse og sykdomsbyrde i de ulike landene ikke spesifiseres eller tas i betraktning.

Videre fremmes det å øke fysisk aktivitet og legge til rette for sunt kosthold i befolkningen som viktig for å redusere de økonomiske konsekvensene av fedmeepidemien, og videre at behandlingstiltak for fedme kan være lønnsomt i det lange løp. Her blir individrettet behandling fremstilt som løsningen på et folkehelseproblem. I tillegg antas det at vektnedgang for disse personene automatisk vil redusere det merforbruket av de helsetjenester som beskrives. Kroppsvekten ser altså ut til å forstås som er en enkeltstående årsak til sykdom og helseplager. Individuelle behandlingstiltak for pasienter med fedme legges her frem som en løsning for å redde oss ut ifra den folkehelsekrisen fedmeepidemien fremstilles for å være.

Folkehelse, helsefremming og forebygging

Med utgangspunkt i at behandling og forebygging presenteres på løsninger på et folkehelseproblem er det relevant å diskutere datamaterialets forståelse og bruk av begrepene helsefremming, forebygging og behandling i fremstillingen folkehelsearbeidet mot 'fedmeepidemien'. Begrep som helsefremming og helsefremmende arbeid er totalt fraværende i datamaterialet, og tiltakene som skal forbedre vår folkehelse baseres på forebyggings- og behandlingsprinsipper. Innholdsfortegnelsen i datamaterialet gjenspeiler dette godt; hvor ett kapittel heter «*Fedmeepidemien – en utfordring for folkehelsen*» og ett senere kapittel heter «*Folkehelse i praksis – virkemidler for forebygging av overvekt og fedme*» (min understreking). 'Fedmeepidemien' utfordrer altså folkehelsen og folkehelsen skal bedres gjennom forebygging av overvekt og fedme. Betydningen av helsefremmende tiltak for folkehelsen er altså totalt fraværende, noe som antyder at forebyggingstiltak alene er folkehelsearbeid.

I folkehelsearbeid er det å mobilisere befolkningsgrupper minst like viktig som innsats rettet mot enkeltindivider (Aglen, Olufsen, & Espnes, 2018). Tiltak for folkehelsen omfatter altså både helsefremmende og forebyggende arbeid. Verdens helseorganisasjon definerer helsefremming som en prosess som gir folk økt kontroll over og muligheter til å forbedre helsen sin (Nutbeam, 1998). Helsefremming baseres på en salutogen² tilnærming hvor fokus rettes mot å styrke de faktorer som fremmer helsen, fremfor et fokus på risikofaktorer for sykdom som ligger i forebyggingsbegrepet (Lillefjell, Wist, & Knudtsen, 2011)

Sammenhengen mellom høy kroppsvekt og sosioøkonomiske forhold er godt dokumentert gjennom nasjonale helseundersøkelser (Folkehelseinstituttet, 2018), noe som også trekkes frem i datamaterialet. Helse- og levevaner henger tett sammen med samfunnsforhold, lokalmiljø, boligforhold og levekår (Dahl, Bergli, & Wel, 2014). Folkehelseinstituttet (2018) skriver at levevaner først og fremst er et resultat av miljø og levekår. Innsats for å bedre levekår kan derfor bidra til å fremme helse, jevne ut sosiale helseforskjeller og øke levealderen i Norge (Dahl et al., 2014). Med utgangspunkt i at levevaner har en sterk

² Aaron Antonovsky (1923-1994): Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse og gir individer økt mestring og velvære (Lønne, 2019).

sammenheng med miljø og levekår, og sammenhengen mellom overvekt og sosioøkonomisk status, vil helsefremmende tiltak for å bedre økonomi, utdanning og leve- og arbeidsforhold være minst like viktig, om ikke viktigere, for å redusere de eventuelle konsekvensene overvekt og fedme har for folkehelsen.

For å forsvare det manglende fokuset på helsefremmende arbeid kan det argumenteres for at retningslinjen er utarbeidet med utgangspunkt i helsetjenesten, og at beslutninger om miljø og levekår gjerne omfatter andre instanser. Helsetjenesten kan ikke løse problemer som ligger på politisk nivå skrives det i retningslinjen. Dette kan forstås som en ansvarsfraskrivelse, og videre at betydningen av helsefremmende arbeid ikke tas på alvor. Betydningen av å jevne ut sosial ulikhet for vår helse underkommuniseres, til tross for at overvekt og fedme er nært knyttet opp til sosioøkonomisk status.

Jamfør Folkehelseloven har kommunene et lovpålagt ansvar for å bidra til å utjevne sosiale helseforskjeller (Folkehelseloven, 2012, §4). I veileder for systematisk helsearbeid skrives det at: «Brede, befolkningsrettede strategier og tiltak som når til alle må kombineres med strategier og tiltak spesifikt rettet mot høyrisikogrupper. Høyrisikostrategier alene vil ikke være tilstrekkelig» (Helsedirektoratet, 2019). Det ensidige fokuset på forebygging og behandling i datamaterialet kan kritiseres for å være for høyrisikofokusert, og for lite befolkningsrettet. Jamfør forebyggingsparadokset er ofte tiltak som treffer bredere i befolkningen mer effektivt på folkehelsen, sammenlignet med tiltak som rettes mot høyrisikogrupper (Helsedirektoratet, u.å.-a).

I tillegg ser det ut til at folkehelseiltak rettet direkte mot personer med overvekt og fedme kan bidra til økt stigmatisering (Puhl & Heuer, 2010; Vartanian & Smyth, 2013). Vartanian og Smyth (2013) skriver at mange anti-fedme kampanjer ser ut til å bruke den stigmatiseringen personer med overvekt og fedme utsettes for som en folkehelsestrategi, og at dette bygger på antagelser om at fedme er underlagt individets kontroll og at stigmatisering vil motivere til å endre levevaner. Andre studier konkluderer også med at det ikke er støtte i litteraturen for å bruke stigmatisering av personer med overvekt og fedme som folkehelsestrategi (Puhl & Heuer, 2010; Puhl & Suh, 2015), men at dette heller bidrar til redusert motivasjon for å opprettholde en helsefremmende livsstil (Puhl & Heuer, 2010; Puhl & Suh, 2015; Vartanian & Smyth, 2013). I datamaterialet skrives det ingenting om risikoen for økt stigmatisering av personer med fedme gjennom folkehelseiltak rettet

spesifikt mot denne gruppen. Både Puhl og Suh (2015) og Vartanian og Smyth (2013) konkluderer med at fokuset i folkehelsestrategier først og fremst må være på å ikke gjøre skade, og at tiltak som ikke rettes direkte mot overvekt og fedme gir mindre risiko for stigmatisering.

Gjennom å «legge til rette for riktige valg» skal folkehelsediskursen bekjempe fedmeepidemien og når de faktorer som har betydning for menneskets reelle valgmuligheter ikke belyses, fremmer dette en forståelse av overvekt og fedme som et resultat av dårlige valg, og at dersom de riktige valgene gjøres enklere vil de riktige valgene tas. En økende grad av fedme blir et signal på minkende evne til å gjøre «de riktige valgene».

5.2.3 Oppsummering av folkehelsediskursen

I folkehelsediskursen forstås overvekt og fedme som et resultat av dårlige valg. På grunn av at vi lever i et «fedmefremmende» samfunn, med økt tilgang på energirike matvarer og redusert fysisk aktivitet har befolkningen kroppsvekt økt. Denne økende forekomsten av overvekt og fedme betegnes som en epidemi. Et signal om sykdom som sprer seg raskt og ukontrollert. En slik epidemierklæring rettferdiggjør inngripende tiltak i befolkningen, som et utpreget fokus på å holde vekten i befolkningen nede og å mane til 'sunnere' og 'riktige' valg. Folkehelsediskursen feiler derimot i å kommunisere betydningen av folkehelseiltak for å fremme befolkningens helse. Det ser ut til å være en grunnleggende misforståelse, eller bevisst underkommunikasjon, av hvilke faktorer som bidrar til å fremme helsen i befolkningen. Tiltakene skal hjelpe befolkningen å ta sunnere valg, men hvilke faktorer som virker inn på individet reelle valgmuligheter ilegges liten betydning. Slik feiler folkehelsediskursen i å formidle betydningen av levekår og sosiale ulikheter for utvikling av levevaner, og dermed formidles en forståelse av at levevaner enkelt kan endres.

Folkehelsediskursen har erklært krig mot fedmeepidemien. En sterk retorikk som «*fedmeepidemi*», «*store konsekvenser*», «*global epidemi*», «*urovekkende vektøkning*», samt krigsmetaforer som «*kampen*» og «*strategier*», brukes som virkemiddel for å mobilisere til økte tiltak for å bekjempe den økende kroppsvekten i samfunnet.

Folkehelsediskursen representeres gjennom den kollektive frykten for overvekt og fedme, og krigføringen mot fedmeepidemien. Det er mange som kritiserer denne *krigen mot fett* som kjempes blant medisinske miljøer og helsemyndigheter i den vestlige verden, og truer

med å avsløre fedmeepidemien som dårlig begrunnet og kommersielt styrt. Folkehelsediskursen er satt under press og risikerer å miste sin hovedrepresentasjon, og dermed at den sterke retorikken og truslene om den helsefarlige overvekten mister sin makt.

5.3 Samfunnsdiskursen

Behovet å definere fedme som sykdom og som et samfunnsproblem kan sees i sammenheng med samfunnsdiskursens forståelse av overvekt og fedme som et individuelt ansvar, og dermed at både folkehelsediskursen og den medisinske diskursen ønsker å frigjøre individet fra dette ansvaret. Samfunnsdiskursen fremmes, i likhet med folkehelsediskursen, som argument for den medisinske diskursens opptatthet av å behandle befolkningens kroppsvekt.

Det er gjort mye forskning som viser at personer med overvekt og fedme sin posisjon i samfunnet preges av stigmatiserende holdninger og stereotypier (Malterud & Ulriksen, 2010; Puhl & Heuer, 2009; Ueland, 2019). Den kulturelle forståelsen av overvekt og fedme blir ikke tematisert eksplisitt i datamaterialet, men i introduksjonen skrives det om hvordan det kan oppleves å være overvektig i dagens samfunn: «*Den overvektige får ofte skylden for sin fedme, og personer med vektproblemer opplever stigmatisering og fordømmelse.*» (s. 10).

Samfunnsdiskursen uttrykkes implisitt i datamaterialet gjennom eksempler og antagelser som beskriver 'den overvektige pasienten' og gjennom dette ilegges 'den overvektige pasienten' ulike følelser og egenskaper. Skam og pinlighet over den store kroppen, og manglende evne til å kontrollere matinntak og kroppsvekt til tross for vissheten om at overvekt er helseskadelig, brukes for å beskrive hvorfor hjelp til vektnedgang er viktig for disse personene. Det uttrykkes i datamaterialet at det ikke er tydelige sammenhenger mellom vektnedgang og økt helse hos metabolsk friske personer med overvekt og fedme. Det er mye forskning som understøtter dette (Campos, 2011; Campos et al., 2006), i tillegg til at vektnedgang ikke nødvendigvis fører til forbedring av helsen hos de som er metabolsk syke heller (Davis & Goswami, 2014; The Look Ahead Research, 2013). Det gjennomgående fokuset på vektnedgang virker derfor i større grad være begrunnet i sosiale

og kulturelle forståelser av overvekt og fedme, fremfor de medisinske helsefordelene vektnedgang utgjør.

Jeg tolker derfor det store fokuset på vekt og vektnedgang i den medisinske diskursen og folkehelsediskursen som et uttrykk for samfunnsdiskursens forståelse av overvekt og fedme. Den medisinske diskursen og folkehelsediskursen ser ut til å ha et ønske om å fjerne skammen og stigmaet som tilknyttes overvekt og fedme gjennom å hjelpe individet til vektnedgang. Vektnedgang skal frigjøre individet fra stigmatiseringen og skammen det å ha en stor kropp innebærer i dagens samfunn.

I datamaterialet beskrives den overvektige kroppen som pinlig, mindre attraktiv og skamfull. For å undersøke de kulturelle og sosiale forståelsene av overvekt og fedme har Malterud og Ulriksen (2010) analyserte norske aviser for å se hvilke representasjoner av overvekt og fedme som fremmes. Der så de at overvekt og fedme forbindes med å være lite attraktiv og lat. Overvektige ble oftere satt i sammenheng med å være ulykkelig, dum, udisiplinert og grådig. Mens det å være slank ble satt i sammenheng med å være lykkelig, glamorøs, attraktiv og suksessfull (Malterud & Ulriksen, 2010). Dette er godt sammenfallende med hvordan samfunnsdiskursen representeres i datamaterialet.

Forståelsen av den overvektige som udisiplinert og umoralsk ser ut til å ha sammenheng med en forståelse av at kroppsvekt er et godt mål på helse. Jutel (2005) skriver at den økte betydningen av kroppens utseende og helse i det moderne samfunnet har før til en overvurdering av vektens betydning for vår helse. Shilling (2005) skriver også at utviklingen av forbrukersamfunnet, blant annet skjønnhetsindustriens fremvekst, har hatt betydning for den nåværende samfunnsforståelsen av kroppen. Hvor kroppen kan sees på som et identitetsprosjekt, manipulerbar og formbar, og dermed en viktig del av vår selvrepresentasjon (Shilling, 2005).

Dersom kroppen forstås som et identitetsprosjekt, og den overvektige kroppen assosieres med å være uattraktiv, lat, dum og udisiplinert, kan ønsket om å hjelpe personer med overvekt og fedme ned i vekt forstås. Murray (2005) beskriver hvordan personer med overvekt og fedme hele tiden forventes å ha et ønske om å endre kroppen. Hun skriver at den overvektige kroppen eksisterer som et avvik, og for å oppnå anerkjennelse forventes å være i en kontinuerlig endringsprosess, av å bli eller ikke bli. Hun skriver at den store kroppen kun eksisterer som en kropp bevisst sin nødvendighet for endring og videre at den

overvektige kroppen slik konstrueres inn i en normalitetsdiskurs (Murray, 2005). Den overvektige har derfor ingen plass i samfunnet uten et ønske om å gå ned i vekt.

I diskursen om normalitet/avvik (Sirnes, 1999) har derfor den store kroppen kun innpass i normaliteten gjennom et ønske om å bli mindre. Personer med stor kropp som ikke har fokus på vektnedgang, eller et ønske om dette, tilhører avviket. Slik jeg tolker samfunnsforståelsen av overvekt og fedme står normalitetsdiskursen sterkt, og kanskje enda sterkere enn i den medisinske diskursen og folkehelsediskursen. Dette kan kanskje forstås gjennom massemedia sin innvirkning på definisjonen av normalitet og avvik. Sirnes (1999) beskriver det moderne massemedia som den fremste normaliseringsinstansen i dagens samfunn, og som livnæres på moralsk panikk. Der medisinen tidligere var besatt av å definere avviket, har media i stor grad tatt over denne besettelsen, og normalitetsdiskursen forsterkes gjennom besettelsen av å definere avviket. Med utgangspunkt i dette undrer Sirnes på om media har overtatt medisinen strategiske rolle som vokter for normaliteten sine grenser (Sirnes, 1999, p. 56).

Slik kan medisinen besettelse av å definere hva som er den normale og unormale kroppsvekten, ha bidratt til å forsterke normalitetsdiskursen angående vekt og kroppsstørrelse. Samtidig er det kanskje samfunnsdiskursen som i stor grad driver denne videre, gjennom å stadig definere den store kroppen som avvik. Slik har den medisinske diskursens besettelse av avviket vært med på å definere normalitet/avvik i samfunnsdiskursen, mens samfunnsdiskursen nå vokter normalitetens grenser. Videre legitimeres den medisinske diskursens opptatthet av å hjelpe personer med store kropper ned i vekt gjennom samfunnsdiskursens definering av normalitetens grenser.

5.4 Alternative forståelser av overvekt og fedme

Datamaterialet uttrykker en tilstand av hegemoni i alle diskursene og viser ikke en nøytral fremstilling av de representasjonene som finnes om overvekt og fedme. Gjennom å se datamaterialet i sammenheng med sosiale strukturer og det sosiale feltet har det blitt tydelig at det finner flere representasjoner om overvekt og fedme både i den medisinske diskursen, i folkehelsediskursen og i samfunnsdiskursen. Jeg skal derfor avslutte resultat- og diskusjonsdelen med å presentere de motrepresentasjonene jeg har funnet. I tillegg skal jeg diskutere hvordan en alternativ forståelse av overvekt og fedme kan bidra til økt

anerkjennelse av store kropper, redusere den moralske ansvarliggjøringen og bidra til en mer helhetlig forståelse av personer med overvekt og fedme.

5.4.1 Motrepresentasjoner

Både i den medisinske diskursen og i folkehelsediskursen finnes en motrepresentasjon som mener 'fedmeepidemien' er kommersielt og moralsk styrt, der ulike behandlingstilbud og den kommersielle slankeindustrien tjener mye penger på samfunnets og helsemyndighetenes *krig mot fett*. Som svar til et dårlig dokumentert og potensielt helseskadelig fokus på vekt og kropp fremmes en alternativ tilnærming til helse som kalles *helse uavhengig av vekt* (Samdal & Meland, 2014). Dette baseres på forskningen som sår tvil om den kausale sammenhengen mellom helse og vekt som kommuniseres gjennom fedmeepidemien (Campos, 2011; Davis & Goswami, 2014; The Look Ahead Research, 2013). I tillegg påpekes det at mange slankemetoder som dietter, røyking, slankepiller og jojo-slanking er helseskadelige i seg selv, og faktisk bidrar til vektøkning over tid (Campos, 2011; Tylka et al., 2014; Vartanian & Smyth, 2013). Både i den medisinske diskursen og i folkehelsediskursen har denne motrepresentasjonen kommet frem, uttrykt gjennom kronikker i tidsskrift, artikler og bøker. Den fremmer en alternativ forståelse av overvekt og fedme som bygger på en grunnleggende aksept for alle kroppsstørrelser og fasoner, også innen forebygging og behandling (Samdal & Meland, 2014). Et eksempel på dette er den holistiske modellen *Health at Every Size (HAES)* (Bacon, 2010; Tylka et al., 2014).

På grunn av manglende funn i norsk litteratur hvor disse representasjonene kommer til uttrykk ser de ut til å være mer etablert internasjonalt, kanskje spesielt i USA, men Samdal og Meland (2014) skrev i 2014 en kronikk i *Tidsskriftet - Den norske legeforening* hvor de etterlyser større aksept for alle kroppsstørrelser og kroppsformer i norsk helsevesen. De har videre fulgt opp med en kronikk i 2018 som uttrykker behov for en alternativ folkehelsestrategi; *Helse uansett størrelse*, som er en norsk versjon av modellen *Health at Every Size* (Samdal & Meland, 2018).

I samfunnsdiskursen har «Body positivity» og «body positivity movements», på norsk kroppspositivitet og kroppsaktivisme, kommet frem som viktige retninger i et motsvar til de normative forståelsene og holdningene til overvekt og fedme som preger diskursen.

Denne er spesielt representert gjennom sosiale media plattformer, som for eksempel Instagram og Twitter (Cohen, Newton-John, Slater, & Cohen, 2020).

Det alle motrepresentasjonene har til felles er en agenda om å dreie samfunnet mot en større aksept for alle kroppsstørrelser, med utgangspunkt i at den smale aksepten for normalitet som preger samfunnet i dag er mer helseskadelig for individet enn en stor kropp i seg selv.

Alle motrepresentasjonene som jeg har identifisert peker på en stor mangel i de dominerende representasjonene i diskursene i datamaterialet, nemlig forståelsen av 'den store kroppen' som noe mer enn et resultat av dårlig kosthold og lite aktivitet.

5.4.2 'Den store kroppen' som kilde til innsikt

Kroppsfenomenologien kan bidra med annen og mer helhetlig forståelse av mennesket enn den reduksjonistiske forståelsen som preger datamaterialet. Gjennom å forstå (den store) kroppen som meningsbærende og et uttrykk for levd erfaring kan det bidra til en annen innsikt og forståelse av overvekt og fedme.

Jeg har beskrevet og diskutert hvordan forståelsen av den store kroppen og behandlingstiltakene som fremmes i retningslinjen kan forstås som disiplinerende, og dermed bidrar til en objektivisering av kroppen. I kroppsfenomenologien er utgangspunktet at mennesket eksisterer som kropp, det er som kropp vi er rettet mot omverden, persiperer og beveger oss, søker mening, snakker og utvikler bevissthet (Østerberg, 1994). Dette betyr at vi er i verden som kroppslige vesener, og at kroppen forstås en kilde til innsikt, fremfor noe som skal manipuleres og kontrolleres til normalitet. Råheim (2002) beskriver betydningen av å ta utgangspunkt i en fenomenologisk forståelse av kroppen, fremfor en biomedisinsk forståelse:

Her tar jeg utgangspunkt i kroppen som levd erfaring – som livshistorie og meningsmettet uttrykksfelt. Dette til forskjell fra å ta utgangspunkt i kroppen som et abstrakt objekt – en entydig, gitt og materiell størrelse, som en biomedisinsk forståelse av kroppen har røtter i.

Behandlingen som beskrives i retningslinjen tar utgangspunkt i at kroppen forstås i et reduksjonistisk perspektiv. Slik får ikke fagutøvere som jobber med en annen

kroppsforståelse noe å bidra med dersom retningslinjen skal følges. Med utgangspunkt i en kroppsfenomenologisk forståelse av kroppen vil flere faggrupper ha noe å bidra med inn i feltet. En slik kroppsforståelse er for eksempel utgangspunktet for den psykomotoriske behandlingstilnærmingen og står i kontrast til medisinsk reduksjonisme. Vi er i verden som kroppslige vesener, hvor våre liv nedfeller seg i våre kropper og alt vi utsettes for kommer til kroppslig uttrykk (Thornquist & Bunkan, 1986). Dersom overvekt og fedme forstås som en del av et større bilde, og ikke som sykdom eller sykdomsrisiko alene, kan det bidra til å fremme pasientens subjektivitet; altså betydningen av pasientens erfaringer og livshistorie i sammenheng med pasientens plager. Kanskje er det ikke vekten som er viktigst for pasienten, eller kanskje er vekten viktig fordi pasienten forventer at den skal være det?

Mitt inntrykk er at relativt få pasienter henvises til psykomotorisk fysioterapi for overvekt og fedme, noe som i lys av retningslinjens innhold ikke er overraskende. Psykomotoriske fysioterapeuter har ikke noe å bidra med til disse pasientene ifølge retningslinjen, fordi det som ofte er fokus i psykomotorisk behandling ikke er en del av behandlingen som beskrives. Samtidig, sett i lys av de plagene og belastningene som sees i sammenheng med overvekt og fedme i retningslinjen, eksempelvis: «*Mobbing, traumer, overgrep og nederlagsfølelser ...*» (s. 18), har psykomotoriske fysioterapeuter likevel noe å bidra med. Den grunnleggende forståelse av mennesket som udelt, hvor alt vi opplever kommer til kroppslig uttrykk og derfor ikke kan skilles i 'fysiske' og 'psykiske' plager (Thornquist & Bunkan, 1986), kan bidra med ny og viktig innsikt om 'den store kroppen'. Pasienten kommer kanskje i kontakt med psykomotorisk fysioterapeut for andre plager enn overvekt eller fedme. Det er derfor viktig at den grunnleggende forståelsen av kroppen som meningsbærende også gjelder 'den store kroppen'.

En kropp som til stadighet objektiveres, som er umoralsk, udisiplinert, ukontrollert og alltid skal endres belaster mennesket. I tråd med Getz et al. (2011) kan dette forstås som en trussel for menneskets eksistens og integritet. Den belastningen som i seg selv forbindes med å være en stor kropp kan forstås som en langvarig overbelastning av kroppens fysiologiske tilpasning, en allostatisk overbelastning, som relateres til stort sett alle 'livsstilssykdommene' som i dag relateres til overvekt (V. Felitti et al., 1998; Getz et al., 2011; Kirkengen, 2017; Williamson, Thompson, Anda, Dietz, & Felitti, 2002).

Psykomotoriske fysioterapeuter kan være viktige bidragsytere å forstå ‘den store kroppen’ som meningsbærende og viktig, på lik linje med alle kropper. Aspenes (2016) undersøkte i sin masteroppgave psykomotoriske fysioterapeuter sine erfaringer med å behandle pasienter med overvekt og fedme. Hun så at psykomotorisk fysioterapi kunne bidra med noe annet, og kanskje noe mer, enn en behandlingstilnærming med fokus på vektreduksjon gjennom trening og kostveiledning. Et særlig viktig fokus i behandlingen så ut til å være å jobbe mot økt fortrolighet til egen kropp – uavhengig av vekt –, tilstedeværelse i kroppen og å legge til rette for gode bevegelser (Aspenes, 2016). Gjennom annerkjennelse, berøring og nærhet kan psykomotoriske fysioterapeuter kanskje bidra til å fremme kontakt med og utforskning av den store kroppen. Dette kan bidra til å fremme alle kropper som meningsbærende og viktige uavhengig av vekt.

Psykomotoriske fysioterapeuter kan også bidra til å spre viktigheten av en slik kroppsforståelse, både i klinikken, i fagmiljøer og gjennom forskning. Den grunnleggende forståelsen av personer med overvekt og fedme som preger medisinen i dag bør utfordres og her kan psykomotoriske fysioterapeuter være viktige bidragsytere. Mennesker *er* kroppslige vesener og *har ikke* en kropp kan manipuleres og disiplineres.

6 Avsluttende betraktninger

I både den medisinske diskursen og folkehelsediskursen forbindes høy kroppsvekt med dårlig helse, sykdom og risiko for sykdom.

Innen den medisinske diskursen forstås overvekt som en konsekvens av for høyt energiinntak og for lavt energinivå. Behandlingen handler om å lære personer med overvekt og fedme å spise sunnere og være mer fysisk aktiv, slik at de kan gå ned i vekt. Viktigheten av å forstå årsakene til vektutviklingen underkommuniseres til fordel for viktigheten av sunnere kosthold og mer aktivitet. Behandlingen har stort fokus på vektnedgang og er disiplinerende i den grad at individet settes inn i regimer for kosthold og fysisk aktivitet, med regelmessige kontroller hos fastlege.

Innen folkehelsediskursen forstås overvekt og fedme som et resultat av dårlige valg, og et ‘fedmefremmende’ samfunn. Tiltak forholder seg likevel til individuelle behandlingstiltak og forebygging. Viktigheten av å utjevne sosial ulikhet i helse underkommuniseres og

folkehelsediskursen feiler i sitt forsøk på å sette samfunnet som ansvarlig for den økende forekomsten av overvekt og fedme. Det kan se ut til at grensene mellom helsefremming, forebygging og behandling utviskes, og at behandling og forebygging av overvekt og fedme alene vil bedre folkehelsen.

I tillegg er den kulturelle og sosiale forståelsen av overvekt og fedme som pinlig, skamfullt, umoralsk og udisiplinert representert i alle diskursene. Den medisinske diskursen og folkehelsediskursen har innlemmet denne forståelsen av overvekt og fedme som en 'selvfølgelighet', og dermed at en stor kropp representerer et ønske om å endre kroppen. 'Normalitetsdiskursen' står sterkt i alle tre diskursene, hvor personer med stor kropp som ikke ønsker vektnedgang ikke eksisterer innenfor normaliteten, men som en del av avviket. Vektnedgang blir derfor veien til normalitet.

Den medisinske diskursen og folkehelsediskursen hjelper derfor individet til normalitet gjennom sin *krig mot fett*. Kroppsvekt blir i en reduksjonistisk forståelsesramme et resultat for høyt energiinntak og for lavt aktivitetsnivå, noe som ansees for å være innenfor subjektets kontroll. Kroppen blir et objekt som kan endres og manipuleres til en mer anerkjent kroppsform, som forbindes med vellykkethet og god helse. Alle diskursene overvurderer betydningen av kroppens form for individets egenskaper og helse, noe som bidrar til å definere individet kun på bakgrunn av kroppsvekt.

Å bidra til anerkjennelse for alle kroppsstørrelser forstås som et viktig bidrag til å endre forståelsen av kroppen som et manipulerbart objekt. Motrepresentasjonene kjemper om en mer helhetlig forståelse av overvekt og fedme, og etterlyser et perspektiv flyttet bort fra kroppsvekt som en parameter for god helse og vellykkethet. Helsepersonell kan stå i fare for å bidra til stigmatisering og objektivisering gjennom et overdrevent fokus på betydningen av vektnedgang og kroppsstørrelse for helsen. Gjennom å flytte fokus bort fra kroppsvekt og vise anerkjennelse for store kropper kan de derimot bidra til et mindre kulturelt og sosialt stigma av personer med overvekt og fedme, og bør derfor være pådrivere for dette. Her kan psykomotoriske fysioterapeuter være viktige bidragsytere og tilby en mer helhetlig forståelse av 'den store kroppen'.

En sykdomsdefinisjon av fedme, kun basert på kroppsvekt bør revurderes og behandling som tilbys må ta utgangspunkt i pasientens problemer og utfordringer, fremfor pasientens

kroppsvekt. Nasjonale helsemyndigheter bør endre sitt folkehelsefokus fra vektnedgang til helse, i tråd med hva Samdal og Meland (2018) foreslår, hvor menneskets atferd må forstås som sosiale praksiser og ikke som resultat av individuelle valg.

Litteratur

- Aglen, B. S., Olufsen, V., & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*(70809), e-70809. doi:10.4220/Sykepleiens.2018.70809
- Allison, D. B., Downey, M., Atkinson, R. L., Billington, C. J., Bray, G. A., Eckel, R. H., . . . Tremblay, A. (2008). Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 16(6), 1161. doi:10.1038/oby.2008.231
- Andersen, K. (2019). Fersk rapport: Slår alarm om fedme i Norge. Tar livet av 3200 årlig. *HealthTalk*. Retrieved from <https://www.healthtalk.no/alle-artikler/alarm-fedme-i-norge/>
- Aspenes, M. T. (2016). Overvektens kompleksitet. Psykomotorisk fysioterapi som behandling ved overvekt. In M. Aars (Ed.). Masteroppgave: UiT Norges arktiske universitet.
- Bacon, L. (2010). *Health at every size: The surprising truth about your weight*. Dallas: TX: Benbella Books.
- Barry, T. D., Grilo, M. C., & Masheb, M. R. (2003). Comparison of Patients With Bulimia Nervosa, Obese Patients With Binge Eating Disorder, and Nonobese Patients With Binge Eating Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(9), 589-594. doi:10.1097/01.nmd.0000087185.95446.65
- Berg, K. H. (2016). Overspisingslidelse og kroppsbildeforstyrrelse. *Fysioterapeuten*, 83(4), 30-33. Retrieved from <http://fysioterapeuten-eblad.no/dm/fysioterapeuten-4-16/files/assets/basic-html/page-33.html#>
- Blackburn, G. L. (2011). Medicalizing obesity: individual, economic, and medical consequences. *The virtual mentor : VM*, 13(12), 890-895. doi:10.1001/virtualmentor.2011.13.12.pfor1-1112
- Blackburn, M., & Stathi, A. (2019). Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication. *Social Science & Medicine*, 230, 166-173. doi:10.1016/j.socscimed.2019.03.032
- Brandal, K. (2012). Overspisingslidelse blant individer med sykkelig fedme. *Norsk tidsskrift for ernæring*(4), 26-31. Retrieved from <http://www.ntfe.no/asset/pdf-issues/2012/2012-nr-4.pdf>
- Bray, G. A., Kim, K. K., & Wilding, J. P. H. (2017). Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obesity Reviews*, 18(7), 715-723. doi:10.1111/obr.12551
- Brown-Bowers, A., Ward, A., & Cormier, N. (2017). Treating the binge or the (fat) body? Representations of fatness in a gold standard psychological treatment manual for binge eating disorder. *Health*, 21(1), 21-37. doi:10.1177/1363459316674788
- Bruåsdal, L. T., & Ueland, V. I. (2017). «Jeg er hele meg» En kvalitativ studie om opplevelsen av å leve med overvekt med særlig fokus på skamaspektet. In. Masteroppgave: University of Stavanger, Norway.
- Buhl, C. (1996). *Overvekt og slanking : psykologisk forståelse og behandling av overvekt*. Oslo: Universitetsforl.

- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbylde : teori og helsefremmende behandling* (4. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Burris, S. (2008). Stigma, ethics and policy: A commentary on Bayer's "Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we". *Social Science & Medicine*, 67(3), 473-475. doi:10.1016/j.socscimed.2008.03.020
- Campos, P. (2011). Does fat kill? A critique of the epidemiological evidence. In E. Rich, L. Monaghan, & L. Aphramor (Eds.), *Debating obesity: Critical Perspectives*. New York: Palgrave Macmillan.
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E., & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? *International Journal of Epidemiology*, 35(1), 55-60. doi:10.1093/ije/dyi254
- Cohen, R., Newton-John, T., Slater, A., & Cohen, R. (2020). The case for body positivity on social media: Perspectives on current advances and future directions. *Journal of health psychology*, 1359105320912450-1359105320912450. doi:10.1177/1359105320912450
- Dahl, E., Bergli, H., & Wel, K. A. v. d. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*.
- Davis, N. J., & Goswami, G. (2014). Modest weight loss does not decrease cardiovascular morbidity and mortality in adults with type 2 diabetes. In (pp. 64): BMJ Publishing Group Ltd.
- Diaz, V., Mainous, A., & Everett, C. (2005). THE ASSOCIATION BETWEEN WEIGHT FLUCTUATION AND MORTALITY: RESULTS FROM A POPULATION-BASED COHORT STUDY. *The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 30(3), 153-165. doi:10.1007/s10900-004-1955-1
- Eknoyan, G. (2008). Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 23(1), 47-51. doi:10.1093/ndt/gfm517
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er kropp* (Vol. 15). Oslo: Universitetsforl.
- Fairclough, N. (1992). *Critical language awareness*. London: Longman.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., . . . Marks, J. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. doi:10.1016/S0749-3797(98)00017-8
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric conditions and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 1-16. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<1::AID-EAT2260140102>3.0.CO;2-3
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2005). Excess Deaths Associated With Underweight, Overweight, and Obesity. *JAMA*, 293(15), 1861-1867. doi:10.1001/jama.293.15.1861

- Folkehelseinstituttet. (2015). Kroppsmasseindeks (KMI) og helse. Retrieved from <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Overvekt og fedme i Noreg. Retrieved from <http://www.fhi.no/artikler/?id=110553>
- Folkehelseinstituttet. (2018). Sosiale helseforskjeller. *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Retrieved from <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/#sosiooekonomiske-forskjeller-i-levevaner>
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven), (2012).
- Foucault, M. (1999). *Overvåkning og straff: Det moderne fengsels historie* (D. Østerberg, Trans. 3. ed.). Oslo: Gyldendal.
- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology og Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Gard, M., & Wright, J. (2005). *The Obesity Epidemic: Science, Morality and ideology*. London: Routledge.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). The human biology-saturated with experience. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: Tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 131(7), 683. doi:10.4045/tidsskr.10.0874
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Om afvigerens sociale identitet* (S. Kristiansen, M. Hviid Jacobsen, & B. Gooseman Eds. 2. udg. ed.). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Gotovac, S., Lamarre, A., & Lafreniere, K. (2020). Words with weight: The construction of obesity in eating disorders research. *Health (London, England : 1997)*, 24(2), 113-131. doi:10.1177/1363459318785706
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Groven, K. S., Råheim, M., & Engelsrud, G. (2010). "My quality of life is worse compared to my earlier life": Living with chronic problems after weight loss surgery. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5(4). doi:10.3402/qhw.v5i4.5553
- Grue, J. (2011). Kritisk diskursanalyse. In T. R. Hitching, A. B. Nilsen, & A. Veum (Eds.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Bergen: Fagbokforl.
- Halvorsen, M. (2018). Kroppsmisnøye hos kvinner med bulimia nervosa eller overspisingslidelse: En tverrsnittsundersøkelse av behandlingssøkende kvinner med bulimia nervosa eller overspisingslidelse. In. Masteroppgave.
- Harrison, E. (2012). The body economic: The case of 'childhood obesity'. *Feminism & Psychology*, 22(3), 324-343. doi:10.1177/0959353512445357
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*.
- Helsedirektoratet. (2017, 25.04.2017). Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/seksjon?Tittel=definisjon-og-diagnostiske-kriterier-10521>

- Helsedirektoratet. (2018). *Ti tiltak for å redusere sykdomsbyrden og bedre folkehelsen*. Retrieved from [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf/_/attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed6-4dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20\(NCD\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/ti-tiltak-for-a-reducere-sykdomsbyrden-og-bedre-folkehelsen/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf/_/attachment/inline/fdeec3bc-0b2f-4370-9ed6-4dcbcd8dbe35:4b883ef837ea70e2dfd217c287163f2d1bc0d1b3/Ti%20tiltak%20for%20%C3%A5%20redusere%20sykdomsbyrden%20og%20bedre%20folkehelsen%20(NCD).pdf)
- Helsedirektoratet. (2019). *Systematisk folkehelsearbeid*. Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/systematisk-folkehelsearbeid/folkehelsetiltak>
- Helsedirektoratet. (u.å.-a). Forebyggingsparadokset. *Forebygging.no, kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse- og rusforebyggende arbeid*. Retrieved from <http://www.forebygging.no/Ordbok/F-K/Forebyggingsparadokset/>
- Helsedirektoratet. (u.å.-b). Hva er nasjonale faglige retningslinjer. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/bilediagnostikk/metode-og-kunnskapsgrunnlag/nasjonale-faglige-retningslinjer>
- Helseth, A. E. (2007). Kvinner i store kropper: En kvalitativ studie av kvinners erfaringer med å leve med overvekt. In. Masteroppgave: Universitetet i Oslo.
- Hilbert, A., & Hartmann, A. S. (2013). Body image disturbance. In J. Alexander, A. Goldschmidt, & D. Le Grange (Eds.), *A clinician's guide to binge eating disorder*.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., & Vögele, C. (2002). Effects of prolonged and repeated body image exposure in binge-eating disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(3), 137-144. doi:10.1016/S0022-3999(01)00314-2
- Hitching, T. R., Nilsen, A. B., & Veum, A. (2011). *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jakobsen, S. E. (2019). Helsa vår de siste 45 år: Vi blir tjukkere og friskere. Retrieved from <https://forskning.no/overvekt-sykdommer/helsa-var-de-siste-45-ar-vi-bli-tjukkere-og-friskere/1350403>
- Jung, R. T. (1997). Obesity as a disease. 53(2), 307-321. doi:10.1093/oxfordjournals.bmb.a011615
- Jutel, A. (2005). Weighing Health: The Moral Burden of Obesity. *Social Semiotics: Thinking Fat*, 15(2), 113-125. doi:10.1080/10350330500154717
- Kirkengen, A. L. (2017). Diagnose: barndomsforgiftning. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(01), 16-24. doi:10.18261/issn.1504-3010-2017-01-03
- Kirkengen, A. L., & Thornquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(14), 1466-1468. doi:10.4045/tidsskr.13.0519
- Klein, S., Fontana, L., Young, V. L., Coggan, A. R., Kilo, C., Patterson, B. W., & Mohammed, B. S. (2004). Absence of an effect of liposuction on insulin action and risk factors for coronary heart disease. *The New England journal of medicine*, 350(25), 2549. doi:10.1056/NEJMoa033179
- Kleven, R. (2020). Helseforsker: Alarmerende at vi ikke klarer å stoppe vektøkningen blant unge. *Norsk rikskringkasting*. Retrieved from

<https://www.nrk.no/trondelag/helseforsker-alarmerende-at-vi-ikke-klarer-a-stoppe-vektokningen-blant-unge-1.14975284>

- Lillefjell, M., Wist, G., & Knudtsen, M. S. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid: Kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt*(Vol. rapport 2011/6).
- Lissner, L., Odell, P. M., D'Agostino, R. B., Stokes, J., III, Kreger, B. E., Belanger, A. J., & Brownell, K. D. (1991). Variability of body weight and health outcomes in the Framingham population. *The New England journal of medicine*(26), 1839-1844. doi:10.1056/NEJM199106273242602
- Lupton, D. (2013). *Fat Politics: Collected Writings*. In: Figshare.
- Lønne, A. (2019). Salutogenese. In *Store medisinske leksikon*.
- Maclean, P., Bergouignan, A., Cornier, M.-A., & Jackman, M. (2011). Biology's response to dieting: the impetus for weight regain. *American Journal of Physiology*, 301(3), R581. doi:10.1152/ajpregu.00755.2010
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). "Norwegians fear fatness more than anything else" — A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling*, 81(1), 47-52. doi:10.1016/j.pec.2009.10.022
- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2011). Obesity, stigma, and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6(4). doi:10.3402/qhw.v6i4.8404
- Mann, T., Tomiyama, A. J., Westling, E., Lew, A.-M., Samuels, B., & Chatman, J. (2007). Medicare's Search for Effective Obesity Treatments. *American Psychologist*, 62(3), 220-233. doi:10.1037/0003-066X.62.3.220
- Martin, E. (1990). Toward an Anthropology of Immunology: The Body as Nation State. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(4), 410-426. doi:10.1525/maq.1990.4.4.02a00030
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2-15. doi:10.1016/S0018-506X(02)00024-7
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Bokklubben.
- Murray, S. (2005). (Un/Be)Coming Out? Rethinking Fat Politics. *Social Semiotics: Thinking Fat*, 15(2), 153-163. doi:10.1080/10350330500154667
- Mussell, M. P., Peterson, C. B., Weller, C. L., Crosby, R. D., de Zwaan, M., Mitchell, J. E., & Mussell, M. P. (1996). Differences in body image and depression among obese women with and without binge eating disorder. *Obesity Research*, 4(5), 431-439. doi:10.1002/j.1550-8528.1996.tb00251.x
- Müller, M. J., & Geisler, C. (2017). Defining obesity as a disease. *European Journal of Clinical Nutrition*, 71(11). doi:10.1038/ejcn.2017.155
- Neel, J., Weder, A. B., & Julius, S. (1998). Type II diabetes, essential hypertension, and obesity as "syndromes of impaired genetic homeostasis": The "thrifty genotype" hypothesis enters the 21st century. *Perspect. Biol. Med.*, 42(1), 44-74. doi:10.1353/pbm.1998.0060
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt : en innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforl.

- Nicoli, M. G., & Junior, R. D. R. L. (2011). Binge Eating Disorder and body image perception among university students. *Eating Behaviors, 12*(4), 284-288. doi:10.1016/j.eatbeh.2011.07.004
- Nutbeam, D. (1998). Health Promotion Glossary. *WHO - World Health Organization*. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- O'Hara, L., Taylor, J., & Barnes, M. (2015). The extent to which the public health 'war on obesity' reflects the ethical values and principles of critical health promotion: a multimedia critical discourse analysis. *Health Promotion Journal of Australia, 26*(3), 246-254. doi:10.1071/HE15046
- Oliver, J. E. (2006). *Fat politics: The real story behind America's obesity epidemic* (1 ed.). New York: Oxford University Press.
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2009). The Stigma of Obesity: A Review and Update. *The official journal of The Obesity society, 17*, 941-964. doi:10.1038/oby.2008.636
- Puhl, R. M., & Heuer, C. A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American journal of public health, 100*(6), 1019. doi:10.2105/AJPH.2009.159491
- Puhl, R. M., & Suh, Y. (2015). Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. *Current Obesity Reports, 4*(2), 182-190. doi:10.1007/s13679-015-0153-z
- Rasmussen, N. (2019). Downsizing obesity: On Ancel Keys, the origins of BMI, and the neglect of excess weight as a health hazard in the United States from the 1950s to 1970s. *Journal of the History of the Behavioral Sciences, 55*(4), 299-318. doi:10.1002/jhbs.21991
- Rexrode, K. M., Carey, V. J., Hennekens, C. H., Walters, E. E., Colditz, G. A., Stampfer, M. J., . . . Manson, J. E. (1998). Abdominal Adiposity and Coronary Heart Disease in Women. *JAMA, 280*(21), 1843-1848. doi:10.1001/jama.280.21.1843
- Råheim, M. (1997). Forståelse av kroppen som fenomen. In H. Alvsvåg (Ed.), *Kunnskap, kropp og kultur: Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Råheim, M. (2002). Kroppsfenomenologi - innsikt relevant for klinisk praksis. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 122*(25), 2477-2480. Retrieved from <https://tidsskriftet.no/2002/10/kronikk/kroppsfenomenologi-innsikt-relevant-klinisk-praksis>
- Samdal, G. B., & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 134*(23-24), 2247-2248. doi:10.4045/tidsskr.14.1334
- Samdal, G. B., & Meland, E. (2018). Helse uansett størrelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening, 138*(4), 334-336. doi:10.4045/tidsskr.17.0863
- Seeman, T., Epel, E., Gruenewald, T., Karlamangla, A., & McEwen, B. S. (2010). Socio-economic differentials in peripheral biology: Cumulative allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1186*(1), 223-239. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05341.x
- Seidell, J. C., Pérusse, L., Després, J. P., Bouchard, C., Youth, & Lifestyle. (2001). Waist and hip circumferences have independent and opposite effects on cardiovascular disease risk factors: the Quebec Family Study. *American Journal of Clinical Nutrition, 74*(3), 315-321. doi:10.1093/ajcn/74.3.315

- Share, M., & Strain, M. (2008). Making schools and young people responsible: a critical analysis of Ireland's obesity strategy. *Health & Social Care in the Community*, 16(3), 234-243. doi:10.1111/j.1365-2524.2008.00763.x
- Shilling, C. (2005). *The body in culture, technology and society*. London: SAGE.
- Sims, E. A. H. (2002). Are there persons who are obese, but metabolically healthy? *Metabolism*, 51(4), 1499-1504. doi:10.1053/meta.2001.27213
- Sirnes, T. (1999). «Alt som er fast, fordamper»? - Normalitet og identitet i endring. In S. Meyer & T. Sirnes (Eds.), *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skårderud, F. (1994). *Nervøse spiseforstyrrelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Skårderud, F. (2013). *Sterk, svak : håndboken om spiseforstyrrelser*. Oslo: Aschehoug.
- Sontag, S., & Schøning, G. (1996). *Sykdom som metafor*. Oslo: Gyldendal.
- Sumithran, P., & Proietto, J. (2013). The defence of body weight: a physiological basis for weight regain after weight loss. *Clin Sci (Lond)*, 124(4):231-41. doi:10.1042/CS20120223
- Sølsnes, A. M. (2015). Medisin, moral og mentalitet. En diskursanalyse av fedmekirurgi. In. Masteroppgave: Høgskulen i Volda.
- Terry, R. B., Stefanick, M. L., Haskell, W. L., & Wood, P. D. (1991). Contributions of regional adipose tissue depots to plasma lipoprotein concentrations in overweight men and women: Possible protective effects of thigh fat. *Metabolism*, 40(7), 733-740. doi:10.1016/0026-0495(91)90093-C
- The Look Ahead Research, G. (2013). Cardiovascular Effects of Intensive Lifestyle Intervention in Type 2 Diabetes. *The New England journal of medicine*, 369(2), 145-154. doi:10.1056/NEJMoa1212914
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon : teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tomiyama, A. J., Carr, D., Granberg, E. M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A. R., & Brewis, A. (2018). How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health.(Report). *BMC Medicine*, 16(1). doi:10.1186/s12916-018-1116-5
- Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Danielsdottir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: evaluating the evidence for prioritizing well-being over weight loss. *Journal of Obesity*.
- Ueland, V. (2019). Stigmatisation and shame – a qualitative study of living with obesity. *Sykepleien forskning*, 14(e-77012).
- Vartanian, L., & Smyth, J. (2013). Primum Non Nocere: Obesity Stigma and Public Health. *An interdisciplinary forum for ethical and legal debate*, 10(1), 49-57. doi:10.1007/s11673-012-9412-9

- Veum, A. (2011). Diakron diskursanalyse. In T. R. Hitching, A. B. Nilsen, & A. Veum (Eds.), *Diskursanalyse i praksis: Metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Via, M., & Mechanick, J. (2014). Obesity as a Disease. *Current Obesity Reports*, 3(3), 291-297. doi:10.1007/s13679-014-0108-9
- Whitehead, K., & Kurz, T. (2008). Saints, sinners and standards of femininity: discursive constructions of anorexia nervosa and obesity in women's magazines. *Journal of Gender Studies*, 17(4), 345-358. doi:10.1080/09589230802420086
- WHO. (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organization technical report series*, 894, i. doi:[https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 894/en/](https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/)
- Widerberg, H. (2005). Kampen mot overvekten : en diskursanalytisk tilnærming til ernæringsopplysningen. In. Masteroppgave: Universitetet i Oslo.
- Williamson, D., Thompson, T., Anda, R., Dietz, W., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity*, 26(8), 1075. doi:10.1038/sj.ijo.0802038
- Winther Jørgensen, M., & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforl. Samfundslitteratur.
- Wright, J. (2009). Biopower, biopedagogies and the obesity epidemic. In J. Wright & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the 'Obesity Epidemic': Governing Bodies* (pp. 1 - 14). New York: Routledge.
- Østerberg, D. (1994). *Innledning. I Merleau-Ponty, M. Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag.

Vedlegg

Plan for vurdering, behandling og oppfølging

Konsultasjon 1:

- Anamnese (vekthistorie og kort kostanamnese)
- Bedøm pasientens motivasjon og aktivitetsnivå
- Klinisk undersøkelse inkl vekt, midjemål, BT
- Laboratorieprøver (se 8.3)
- Vurder om medikamentell hjelp til vektreduksjon er aktuelt mål
- Søvnapnoe? Alkoholisme? Spiseforstyrrelse? Bør få psykologhjelp først? Andre sosiale eller medisinske hindringer?
- Matdagbok, aktivitetsdagbok

Konsultasjon 2:

- Vekt, midjemål, BT
- Gjennomgå laboratorieprøver, matdagbok (se etter måltidsrytmer, tegn til emosjonell overspising) og aktivitetsdagbok
- Drøfte muligheter for regelmessig fysisk aktivitet
- Bli enige om behandlingsmål og tidsperspektiv (5-10 % vektreduksjon i løpet av 3-12 måneder; deretter stabilisering av vekten)
- Velg eventuell medikamentell tilleggsbehandling ut fra kontraindikasjoner, hva er prøvd før, om pasienten overspiser. For Orlistat er det viktig å gi råd om fett-reduisert kost.
- Ved fedme med og uten vektrelaterte sykdommer. Vurder henvisning til spesialisthelsetjenesten

Månedlig oppfølging i 6 måneder:

- Vekt, midjemål, BT
- Vurder etterlevelse av livsstilsrådene
- Vurder tolerabilitet av eventuelle medikamenter

- Gi ros for alle endringer
- Diskuter hindringer og hvordan de kan overvinnes
- Forkast råd som ikke virker eller er urealistiske, og finn alternativer
- Diskuter faresituasjoner for vektoppgang (ferier, høytider, eventuelle sykemeldinger, osv)
- Vurder opplegg for stressmestring: Styrketrening (mange trenger hjelp hos fysioterapeut for å komme i gang), Pilates, yoga eller andre former for stressmestring
- Vurder annen behandling hvis for lite vektnedgang (<2 kg) etter 2 måneder eller vektoppgang
- Laboratorieprøver på indikasjon

Konsultasjon etter 12 måneder:

- Vekt, midjemål, BT
- Laboratorieprøver på indikasjon
- Gi råd om viktigheten av stabilisering av vekten og om nødvendighet av økt fysisk aktivitet for å beholde vektreduksjonen
- Planlegg ettervern (gruppe som jobber med egen oppfølging, videre konsultasjoner hver 3. måned, opplegg for fysisk aktivitet og stressmestring)

