

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SO330S_1

Navn: Ann Kristin Gjetle

Overvekt og fedme, det individuelle samfunnsproblemet

En kritisk diskursanalyse av hvordan overvekt og fedme
representeres i norske offentlige dokumenter

Dato: 15.11.23

Totalt antall sider: 89

Forord

Denne oppgaven er dedikert til min kjære kollega «Lise», som dessverre lengre ikke er her i dag. Hun kom til meg for å få hjelp til å gå ned i vekt. Som ernæringsrådgiver satt jeg søkelyset straks på mengde og hvilke type mat og drikke hun inntok. Vi snakket om energi inn versus energi ut. «Lise» hadde hatt fedme hele ungdoms- og voksen livet, og hun hadde prøvd flere ulike dietter, men ingen av diettene gav henne langvarig vekttap. Mine råd kom også til kort. På dødsleiet fortalte hun for første gang hva hun hadde opplevd som barn og hvordan fedme var en livsstrategi for henne, selv om hun i perioder kunne tenkt seg å gå litt ned i vekt på grunn av sin helse. For meg ble denne opplevelsen et vendepunkt innen ernæringsyrkeslivet mitt og gjorde at jeg åpnet opp tanker og nysgjerrighet for fedme som mer enn et medisinsk individuelt ansvar. Valget mitt ved å ta en mastergrad i samfunnsvitenskap fremfor å fortsette innenfor naturvitenskap vil jeg påstå har gitt meg en bredere forståelse rundt temaet fedme.

Veien fra oppstart til ferdigstilling av masteroppgaven har vært lang og krevende. Selv om jeg visste før jeg startet masterprogrammet at det var fedme jeg ønsket å skrive om, så har det vært runder på runder på å finne det eksakte temaet og den «rette» problemstillingen. Jeg har lest flere ganger gjennom notatene mine fra videreutdanningen «fedme og helse» på NTNU for å få ideer, men det var først da jeg lærte om diskurs på masterstudiet jeg fikk en klar ide hvilken vinkling jeg ønsket for studie. Diskurs var helt nytt for meg, men jeg falt raskt for denne teorien og metoden. Det har vært spennende og lærerikt men samtidig utfordrende å kombinere kunnskap jeg allerede satt med, sammen med ny og «annen type» kunnskap og refleksjoner. Mye av prosessen har vært å «løsrive» meg fra «de antatte sannheter», samt å lese, tenke og reflektere på en ny måte.

Jeg vil til slutt takke veilederen min ved Nord Universitet, Hilde Berit Moen. Hun har vært en god støttespiller hele veien og har vist stort engasjement for mitt valgte tema. Hun har videre bidratt med sin kunnskap og gode faglige tilbakemeldinger. Jeg ønsker også å takke for hennes tålmodighet for mine stadige endringer av tema i starten. Videre vil jeg takke Malin Elisabeth Norman for gode kildeveiledningstimer, og for Norsk lyd- og blindeskriftbibliotek (NLB) som har gitt meg tilgang til et bredt og stort utvalg av faglitteratur gjennom hele studietiden. Jeg vil også takke min mann, Niels Balslev for hans tålmodighet og hengivenhet, og dette på tross av at jeg de siste to årene har okkupert spisebordet med min PC, litteratur og en kort lunte. En stolt dyslektiker, som i lang tid ikke hadde å tro at en akademisk høyere utdanning var mulig for meg, leverer i dag en ferdigstilt masteroppgave.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Historisk perspektiv og definisjon av overvekt og fedme.....	2
1.2 Spenningsfelt mellom individ og samfunn	3
1.2.1 Fedme og samfunn	4
1.2.2 Fedme og individ.....	5
1.3 Diskursbegrepet og dets relevans for temaet overvekt og fedme	6
1.4 Presentasjon av problemstilling og avgrensning.....	7
1.5 Oppgavens struktur	7
2. Kunnskapsstatus	9
2.1 Tidligere forskning om overvekt og fedme.....	9
2.1.1 Mulige årsaksmekanismer for overvekt og fedme	9
2.1.2 Diskursanalytisk forskning.....	19
2.2 Oppsummering av kapittel 2 - Kunnskapsstatus.....	23
3. Vitenskapsteoretisk ståsted og teoretisk rammeverk	25
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	25
3.1.1 Sosialkonstruktivisme	25
3.1.2 Diskursteori og diskurser i sosialt arbeid	27
3.1.3 Michel Foucaults maktbegrep	28
3.2 Teoretiske perspektiver og begreper	29
3.2.1 Hva er et sosialt problem?	29
3.2.2 Personen i situasjonen	30
3.2.3 Normalitet, avvik og stigma	31
3.3 Oppsummering av kapittel 3- Vitenskapsteoretisk ståsted og teoretisk rammeverk.....	32
4. Metode	33
4.1 «What's the «problem» represented to be? ».....	34
4.2 Datainnsamling og empiri.....	37
4.2.1 Søk etter norske offentlige dokumenter	38
4.2.2 Feltet hvor materialet produseres	39
4.3 Presentasjon av inkluderte dokumenter og utvalg i dokumentene.....	40
4.4 Ethiske overveielser, min posisjon, samt svakheter ved studien	43
4.5 Oppsummering av kapittel 4 Metode.....	44

5.	Resultater - analyse av dokumenter og drøfting	45
5.1	Hvordan representeres «problemet»?.....	45
5.1.1	Resultater av representasjoner av problemet	45
5.1.2	Problemrepresentasjonen i dokumentene - «kronisk lidelse og sykdom».....	47
5.1.3	Drøfting av problemrepresentasjonen «kronisk lidelse og sykdom»	47
5.1.4	Oppsummering- representasjonen av problemet	49
5.2	Hvilke antagelser ligger til grunn for måten problemet blir representert på?	50
5.2.1	Resultater av antagelser som ligger til grunn for problemrepresentasjonen	50
5.2.2	Antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen.....	53
5.2.3	Drøfting av antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen	53
5.2.4	Oppsummering- antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen....	56
5.3	Hvordan har problemrepresentasjonen blitt til og fått aksept?	57
5.3.1	Resultater av hvordan problemrepresentasjonen blitt til og fått aksept.....	57
5.3.2	Hvordan har problemrepresentasjonen fått aksept, tatt form og antatt dominans ...	59
5.3.3	Drøfting av hvordan problemrepresentasjonen har tatt form og fått aksept.....	59
5.3.4	Oppsummering- hvordan problemrepresentasjonen har tatt form og fått aksept	60
5.4	Hva mangler i denne framstillingen av problemet?	61
5.4.1	Resultater av hva som mangler i denne framstillingen av problemet.....	62
5.4.2	Drøfting av fedme som et sosialt problem	62
5.4.3	Oppsummering- hva som mangler i framstillingen av problemet.....	63
5.5	Hvilke konsekvenser produseres gjennom måten å framstille problemet på?	64
5.5.1	Resultat av hvilke konsekvenser problemrepresentasjonen produserer	64
5.5.2	Konsekvenser av måten problemet blir representert på	65
5.5.3	Drøfting av konsekvenser for hvordan problemet blir representert på.....	65
5.5.4	Oppsummering- konsekvenser for hvordan problemet representert på.....	66
5.6	Hvordan og hvor har problematiseringen av problemet blitt produsert, formidlet og forsvart?.....	67
5.6.1	Oppsummering- hvordan problemrepresentasjonen er blitt formidlet og forsvart.	68
6.	Avslutning	70
6.1	Sammendrag, og oppgavens funn	70
6.2	Mine refleksjoner og avsluttende kommentarer.....	73
	Litteraturliste.....	75

Sammendrag

Denne oppgaven bygger på en diskursanalyse av offentlige dokumenter som skal besvare problemstillingen «*Hvordan representeres overvekt og fedme i sentrale norske offentlige dokumenter?*». Oppgaven er forankret i et sosialkonstruktivistisk perspektiv der fenomener forstås som samfunnskapt eller konstruert. Med et kritisk diskursanalytisk perspektiv utforsker jeg hvilke diskurser som er de dominerende diskurser innenfor feltet overvekt og fedme. Analysemetoden jeg har brukt i oppgaven er «What's the «problem» represented to be?» (WPR) og er utviklet av sosiologen Carol Bacchi. Bacchi har formulert seks analytiske spørsmål som stilles dokumentene for å analysere «problemrepresentasjoner» og hvordan «problemer» blir representert i offentlige policy-dokumenter. Formålet med oppgaven var et ønske om å utvide min forståelseshorisont rundt temaet overvekt og fedme. Jeg ønsket å undersøke andre sannheter enn kun den biomedisinske diskursen som jeg lenge hadde tenkt var den «eneste rette».

Analysen av materialet viser at fedme representeres som en «kronisk lidelse og sykdom». Dokumentene som er utarbeidet hovedsakelig av fagfolk innen det medisinske miljøet skildrer detaljert og beskrivende hvordan den enkelte selv kan styre «energiregnskapet» gjennom kosthold og fysisk aktivitet. Dokumentene legger derimot lite vekt på å gi en beskrivelse av samfunnsstrukturelle løsninger som kan bidra til en positiv endring i forhold til fedmeepidemien. Et sentralt funn i oppgaven er at den overvektige eller «fete» ofte får skylden for sin fedme, og at det derfor ligger et individuelt ansvar tilknyttet kroppsvekt, som igjen kan føre til stigmatisering av den overvektige eller «fete».

Videre viser funnene at problemrepresentasjonen tilhører et biomedisinsk ståsted og den dominerende diskursen i dokumentene er den biomedisinske diskursen. Den biomedisinske diskursen kommer tydelig frem i dokumentenes valg av ordbruk, både i form av å beskrive fenomenet, konsekvensene og årsakssammenhengene av fenomenet og behandlingsstrategier. Bacchi spør i sitt fjerde spørsmål om det er andre måter å representere problemet på. Mine funn foreslo at en annen måte å fremstille fedme på, er å forstå fedme som et sosialt problem. I dokumentene nevnes sosiale problemer én gang, men i betydningen at fedme fører til sosiale problemer, og ikke at fedme er et sosialt problem i seg selv. Dette på tross av at fedme er absolutt noe som angår en stor del av befolkningen i dagens samfunn.

Abstract

This thesis is based on a discourse analysis of public documents that will answer the question "How are overweight and obesity represented in central Norwegian public documents?". The assignment is rooted in a social constructivist perspective where phenomena is understood as socially created or constructed. With a critical discourse analytical perspective, I explore which discourses are the dominant discourses within the field of overweight and obesity. The analytical method I have used in the thesis is "What's the "problem" represented to be?" (WPR), developed by sociologist Carol Bacchi. The task in a WPR analysis, through a set of six questions, is to read policies with an eye to discerning how the "problem" is represented within them and to subject this problem representation to critical scrutiny. The purpose of the thesis was a desire to expand my horizon of understanding the topics of obesity and being overweight. I wanted to investigate truths other than the biomedical discourse that I had long thought was the "only correct way".

The analysis of the material shows that obesity is represented as a "chronic disorder and disease". The documents, which have been developed mainly by professionals within the medical community, describe in detail and descriptively how the individual can manage the "energy balance" themselves through diet and physical activity. The documents, on the other hand, place little emphasis on providing a description of societal structural solutions that can contribute to a positive change in relation to the obesity epidemic. A key finding in the study is that the overweight or the obese is often blamed for their obesity, and that there is an individual responsibility associated with body weight, which in turn can lead to stigmatization of the overweight or the obese.

Furthermore, the findings show that the problem representation belongs to a biomedical discourse, and the dominant discourse in the documents is the biomedical discourse. The biomedical discourse is evident in the documents' choice of words, both in terms of describing the phenomenon, the consequences and causal relationships of the phenomenon and treatment strategies. Bacchi asks in her fourth question whether there are other ways of representing the problem. My findings suggest that another way of portraying obesity is to understand obesity as a social problem. In the documents, social problems are mentioned once, but in the sense that obesity itself leads to social problems, and not that obesity is a social problem itself. This, even though obesity is certainly something that concerns a large part of the population in the society today.

1. Innledning

På Helsedirektoratets hjemmeside under kapittelet 2.2 «De største utfordringene nå og i tiden fremover» fremgår det:

«Verdens helseorganisasjon utpeker overvekt og fedme til en av de mest alvorlige helsetrusler i vår tid... Begrepet fedmeepidemi brukes både globalt og i Norge for å gjenspeile omfanget og omkostningene av denne samfunnsutfordringen. Overvekt og fedme har svært sammensatte årsaker. Ofte er det en kombinasjon av et miljø som undergraver sunne levevaner, omtalt som et fedmefremmende samfunn, og arvelige faktorer som ligger bak....Overvekt og fedme har negative konsekvenser og er en risikofaktor for å utvikle ikke-smittsomme sykdommer som blant annet hjerte/kar-sykdommer, diabetes type 2, muskel- og skjelettlidelser. I tillegg opplever personer med fedme ofte stigma og diskriminering knyttet til kropp og vekt»....

(Helsedirektoratet, 2023, s. 9-10).

I sitatet fremhever Helsedirektoratet de negative konsekvensene av overvekt og fedme, samt at det er et økende problem. Det er spesielt de siste fire-fem tiårene vi har vært vitne til denne drastiske økningen av overvekt og fedme rundt om i verden. Dette til tross for at vi i dag har en omfattende og hurtig informasjonsstrøm som informerer oss om hva som er helsefremmede og ikke (Lindelof et al., 2010), samt en slankeindustri som tjener store summer i et forsøk på å holde vekten nede (Market Research Report, 2021). Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO) var mer enn 1,9 milliarder voksne overvektige i 2016, og av disse hadde over 650 millioner det man definerer som fedme ut fra medisinske termer. Overvekt og fedme er nesten tredoblet siden 1975. Det er nå flere overvektige mennesker enn undervektige i alle regioner, for utenom Afrika sør for Sahara og Asia. Overvekt og fedme er lenger ikke bare betraktet som et problem i høyinntektsland, og forebyggende arbeid står derfor sentralt i velferdspolitikken i flere land (WHO, 2021).

I daglig tale er avgrensningen mellom overvekt og fedme ikke definert og ordene brukes om hverandre for å referere til egenskapen å ha for mye fett på kroppen (Harrison, 2012). Synet på hvor stor mengde fett som regnes som «for mye» er subjektivt. I medisinske termer er

definisjonen av fedme og overvekt imidlertid klar ved bruk av BMI (Harrison, 2012). Videre i oppgaven vil derfor begge begrepene bli benyttet.

1.1 Historisk perspektiv og definisjon av overvekt og fedme

Overvekt og fedme er ikke et nytt fenomen- man kan spore overvekt og fedme tilbake til steinalderen, men i et lite omfang (Williams & Fruhbeck, 2009, s. 3). Siden Hippokrates tid har utsagnet om et godt kosthold, mosjon og en skikkelig natts søvn vært en resept for et sunt liv (Marks, 2015). I 1728 utgav den engelske legen Thomas Short publikasjonen «A Discourse about the causes and effects of Corpulency». Publikasjonen var en av de første retningslinjer for overvektige og skildrer blant annet de negative helseeffektene av overvekt. Short foreslo at behandling av overvekt krevde en “restoration of the body’s natural balance and removal of secondary causes, ideally by living where the air was not too moist or soggy and avoiding flat, wet countries, cities and woodlands” (Williams & Fruhbeck, 2009, s. 7). Den første presidenten i American Public Health Association uttalte videre i 1874 «... the customs of society must be so changed that the physician is employed to prevent rather than cure disease» (Marks, 2015). Forebygging, god helse og vekt har dermed vært et tema som har eksistert i lengre tid.

I 1902 gjorde livsforsikringsbransjen oss oppmerksom på forholdet mellom fedme og tidlig død gjennom aktuardata, som er statistisk risikodata som blant annet gir informasjon om forventet levealder i en gitt populasjon. Dataene viste at overflødig vekt, spesielt rundt magen, var assosiert med forkortet liv (Williams & Fruhbeck, 2009). Denne risikoen ble bekreftet av et stort antall systematiske studier i en rekke befolkninger. Dermed oppsto et behov for å finne gode målevektøy for å klassifisere kroppsvekt og risiko for sykdom (Williams & Fruhbeck, 2009). Det ble gjort flere forsøk på å kvalifisere overvekt på måter som var hensiktsmessig for klinisk praksis, forskning og epidemiologi, og av spesiell interesse var forholdet mellom alvorlighetsgraden av overvekt og ulike sykdommer den disponerer for (Williams & Fruhbeck, 2009).

Den belgiske matematikeren Adolphe Quetelet (1796-1874) var en av de tidligere ledere i utvikling av mål på befolkningen. Hans skala *the Quietlet index* som først ble beskrevet i 1832, betegnes innen det medisinske miljøet som en av de beste måtene å kvantifisere

kroppsvekt på. I dag kjenner vi den som «Body mass index» (BMI)¹, på norsk Kroppsmasseindeks. BMI viser forholdet mellom personens vekt og høyde, og måles altså med høyde delt på høyde x høyde (kg/m²). Men overvekt og fedme var ikke interessen bak Quetelets utvikling av indeksen, det var å finne «den gjennomsnittlige mann» (Williams & Fruhbeck, 2009, s. 8). I 1972 tok fysiolog Ancel Keys indeksen opp igjen. Gjennom en befolkningsstudie fant han at BMI korrelerte med andel kroppsfett, og ifølge han var det en enkel metode for å estimere fettmasse (Rasmussen, 2019). Både Quetelet og Keys brukte skalaen i befolkningsstudier, men en intensjon om å bruke BMI målinger på individuelt nivå var aldri et mål (Eknoyan, 2008).

I dag bruker WHO BMI for klassifisering av overvekt og fedme både på et befolkningsnivå og på individnivå. BMI brukes for voksne, barn og ungdom. Hos barn beregnes BMI som for voksne og sammenlignes deretter med persentiler² (WHO, 2010). Sammenheng mellom BMI og helserisikofaktorer og tidlig død er godt etablert i medisinske studier (Barquera et al., 2015; Xiang et al, 2022; Dai et al., 2020). Men BMI som standardmål har også noen svakheter. BMI skiller ikke mellom fett- og muskelmasse, tar ikke hensyn til fettfordelingen på kroppen, alder, kjønn eller for etnisk bakgrunn. Det er blitt foreslått å sette høyere BMI grenser ved afrikansk etnisitet og lavere ved asiatisk etnisitet. Asiatisk etnisitet har en tendens å utvikle Diabetes² og kardiovaskulær sykdom ved lavere BMI enn WHO sine grenseverdier³ for overvekt og fedme. Motsatt sees ved afrikansk etnisitet, spesielt kvinner. Kina har allerede vedtatt sine egne modifiserte kriterier, der overvekt defineres ved en BMI på 24 og oppover (Williams & Fruhbeck, 2009, s. 29). Videre stiller professor i sosialmedisin Steinar Krogstad ved NTNU seg spørrende om det bør vurderes en endring i BMI-skalaen i Norge. Studier viser at risikoen for farlige sykdommer er lavest hvis man ligger mellom 24 og 26 i BMI, med lavest risiko for å dø med en BMI rundt 25, samt for å følge utviklingen i samfunnet (Nordmo, 2019).

1.2 Spenningsfelt mellom individ og samfunn

Dagens behandlingssituasjon innen overvekt og fedme består stort sett av møter med helseprofesjonene, mens møter med yrkesgrupper som for eksempel sosialarbeidere er

¹ Utrekning av BMI: Kroppsvekt (kg) delt på kvadratet av kroppshøyden (m²): Vekt (kg)/høyde (m)*høyde (m) = BMI.

² Barns vekstpercentiler er målingstabeller som angir gjennomsnittlig vekt og lengde eller høyde for et foster eller en baby, i henhold til deres alder. Verdens helseorganisasjon (WHO) har etablert vekststandard for å vise hvordan barn skal vokse og utvikle seg.

³ Personer med BMI under 18,5 vurderes som undervektige, BMI mellom 18,5 og 24,9 vurderes som normalvektig. Personer med BMI mellom 25 og 29,9 vurderes som overvektige, mens man med en BMI over 30 har man fedme.

foreløpig ikke en del av dagens ordinære behandlingstilbud (Grøterud, 2015). Dette på tross av at Helsedirektoratet (2023) beskriver på sin hjemmeside at overvekt og fedme har svært sammensatte årsaker hvor både miljø og arvelige faktorer ligger bak. Sentrale spenningsfelt innen sosialt arbeid er blant annet forholdet mellom individ og samfunn (Ellingsen et al, 2023, s. 57). Begrepet spenningsfelt assosieres gjerne med motpoler, men spenningsfelt forstås også som dynamisk, der fenomener både kan være motsetninger og uttrykke gjensidig avhengighet. «Det handler ikke om enten - eller, men om både - og» (Ellingsen et al, 2023, s. 57). Jeg skal i de neste to delkapitlene gjøre rede for hvilke betydning overvekt og fedme har for samfunn og individ hver for seg, og sammen.

1.2.1 Fedme og samfunn

Utfordringene med overvekt og fedme begrenser seg ikke bare til overvektens effekt på egen helse. Overvekt og fedme gir også store samfunnsmessige, sosiale og økonomiske utfordringer. I 2014 var kostnader omhandlende overvekt og fedme stipulert til å være 2,1% - 4,7% av alle helsekostnader i Norge, et beløp på rundt 3,6 milliarder kroner (Lengerke et al., 2011). For barn og unge gir fedme økt risiko for mobbing, sosial ekskludering, vektstigmatisering⁴ (Gillison, 2015) og høyere sannsynlighet for å droppe ut av videregående skole sammenlignet med «normalvektige» barn og unge (Lanza, 2015). For voksne kan det tyde på at overvekt og fedme fører til høyere sykefravær og økt risiko for vektstigma (Lehnert, 2014), lavere livskvalitet, økt sannsynlighet for ensomhet, og begrenset sosial interaksjon og intimitet (Koloktin & Andersen, 2017). Fedme *kan* også øke sannsynligheten for lavere personalinntekt og arbeidstilbud (Cawley, 2004). Av disse grunner er overvekt og fedme et fenomen som berører store deler av samfunnet.

I takt med økende samfunnsmessig overvekt og fedme og dens konsekvenser er også interessen for årsaksforhold og arbeid med overvekt og fedme økende. En av de mest fremtredende årsaksforklaringene har lenge vært at overvekt og fedme forstås som et resultat av for lite fysisk aktivitet og for høyt kaloriinntak eller usunt kosthold. Denne forståelsen innebærer at individet tilegnes et stort ansvar for sin fedme (Stefánsdóttir, 2020). Andre faktorer som trekkes fram, er sosiale forhold og ulikheter, samt sosiale helsedeterminanter⁵,

⁴ Vektstigma defineres som sosial avvisning og devaluering som fremtrer når noen ikke er innenfor rådende sosiale normer for kroppsvekt og figur (Helseinnovasjonssenteret, 2021).

⁵ Sosiale helsedeterminanter er sosiale faktorer som har konsekvenser for helsen, type ulikhet i inntekt, utdanningsnivå og boforhold.

som blant annet betydningen av boforhold, ulikhet i inntekt og utdanningsnivå. Dette er faktorer som retter blikket utover det individuelle ansvaret.

1.2.2 Fedme og individ

Helt tilbake til 1977 kan vi se en gradvis bevegelse mot at fedme skal defineres som en sykdom (Bray et al., 2017), og i 1997 erklærte WHO at vi sto ovenfor en global fedmeepidemi (Naththotuwa, 2020). Først i 2013 anerkjente The American Medical Association fedme som en sykdom, noe som ble etterfulgt av en rekke andre helsepersonellorganisasjoner, deriblant WHO (Bray et al., 2017). Erklæringen om at fedme er en sykdom og at vi står ovenfor en «epidemi» kan ifølge Harrison (2012, s. 4) fremkalle ulike forestillinger. Harrison (2012) uttaler i sin studie som omhandler diskurs rundt hvordan barn med fedme konstrueres som et økonomisk problem for samfunnet: «in the context of an epidemic, it is imperative to subject carriers of the disease to regimes of management and control in order to prevent its further spread» (Harrison, 2012, s. 4). Sitatet legger vekt på en oppfattelse om at ved bruk av kontroll og regimer kan vi «slå ned» på «smitten» som igjen kan bidra positivt i arbeidet med «fedmeepidemien». Formålet for World Obesity Federation ved å anerkjenne og behandle fedme som en sykdom, var å fjerne forestillingen om at individet er ansvarlig for overvekten og fokus rettes mot behandling av sykdommen, noe som vil gjøre det enklere for overvektige å få råd og behandling fra helsevesenet dersom de ønsker det (Bray et al., 2017). WHO i sin tur, hadde som målsetting rundt anerkjennelsen av fedme som en sykdom, å redusere stigma og skam knyttet til det å ha en stor kropp, samt å flytte fokuset fra fedme som et individuelt problem til å forstå overvekt også som et samfunnsproblem, eller et medisinsk problem der problemet bør håndteres med medisinske midler (Stefánsdóttir, 2020). Men et titalls år senere opplever fremdeles overvektige og «fete» mennesker stigma rundt sin kropp (Harrison, 2012). Retorikken rundt overvekt og fedme er at det fører til en rekke andre sykdommer og helseproblemer, noe som krever dyrere medisinske intervensjoner enn ikke-overvektige mennesker, og den overvektige blir dermed karakterisert som et økonomisk problem ovenfor samfunnet (Harrison, 2012). I de negative økonomiske belastningene overvekt og fedme har for samfunnet ligger det en undertone om at det er den overvektige og «fete» sitt individuelle ansvar å løse problemet, noe som kan gjøres ved hjelp av viljestyrke, fysisk aktivitet og kaloribegrensning (Harrison, 2012). Harrison (2012) presiserer videre i sin studie at det mangler en aksept for overflødig kroppsfett i samfunnet, og siterer: «to assert that the dominant cultures of the West in the current moment are profoundly

fat-phobic is to state the obvious. Anyone who turns on a television, listens to the radio, opens a magazine or a newspaper, or surfs entertainment sites on the internet will inevitably come across numerous images, articles, and comments concerning the «problem» of human body fat» (Harrison, 2012). Men informasjon om manglende aksept for overflødig kroppsfett sirkulerer ikke bare i medierte representasjoner, men også i det hverdagslige samspillet mellom mennesker, og mellom mennesker og miljøene vi lever i, hevder Harrison (2012).

Sosiologen Deborah Lupton er opptatt av diskurser om kropp, helse og skjønnhet. Hun anser kroppen som et dynamisk prosjekt, hvor individene konstruerer og uttrykker kroppen sin på måter ut ifra kulturen de lever i. Lupton (2015) bruker begrepet «en sivilisert kropp», når hun i sine analyser viser hvordan nåtidens ideal er en sivilisert kropp. Begrepet innebærer at individet har en bevisst og rasjonell kontroll over kroppen, noe som betyr at man følger rådende normer om å ta vare på kroppen i tråd med helse råd om hva som ansees som sunt og helsebringende. Det å fremme helse og hindre sykdom anses for å være noe som bør etterstrebes (Lupton, 1995). Overvektige beskrives i vårt vestlige samfunn med bestemte karaktertrekk som grådige, manglende selvdisciplin, hedonisme og selvopptatthet, mens en slank kropp betyr en høy grad av kontroll og en evne til å overskride kroppens ønsker (Lupton, 2014). En slik oppfattelse er formet av de dominerende diskurser på det pågjeldende historiske tidspunkt.

1.3 Diskursbegrepet og dets relevans for temaet overvekt og fedme

Diskursbegrepet anvendes i mange forskjellige sammenhenger og kan ha ulike betydninger. I min studie vil jeg la meg influere av Jørgensen & Phillips (2008) fremstilling av diskursbegrepet: «diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på» (Jørgensen & Phillips, 1999, s. 9). Diskursene konstruerer én virkelighet, fremfor en annen. Otto (2009) uttaler i boken «Folkesundhed – i et kritisk perspektiv» at sannhet skal ikke forstås som en absolutt sannhet, men som en sannhet som er blitt en sannhet ut ifra en bestemt viten i en bestemt kontekst. Det handler om at de som har makt i samfunnet også har makt til å definere virkeligheten og hvordan vi skal forstå verden. Ved å stille kritiske spørsmål til diskursene – til det som presenteres som «sannheten» om hvordan et fenomen skal forstås - kan vi bidra til endring av diskursen (Healy, 2014).

1.4 Presentasjon av problemstilling og avgrensning

Formålet med min studie er å undersøke de språklige representasjoner rundt temaet overvekt og fedme, og hvordan disse bidrar til å produsere en sosial virkelighet og forståelse av teamet. Slike representasjoner har konsekvenser for oppfatning av og arbeid med fedme og overvekt. Studien angriper jeg med et samfunnsvitenskapelig og sosialkonstruktivistisk utgangspunkt.

Problemstilling:

«Hvordan representeres overvekt og fedme i sentrale norske offentlige dokumenter?»

Jeg har formulert følgende forskningsspørsmål som skal besvares:

- Hvordan representeres betydningen av det individuelle ansvaret for overvekt og fedme i dokumentene?
- Hvordan representeres betydningen av samfunn og sosiale forhold for overvekt og fedme i dokumentene?

1.5 Oppgavens struktur

Oppgaven har seks kapitler. I kapittel 1 har jeg gitt en innføring av det historiske perspektivet og definisjonen av overvekt og fedme, samt en kort beskrivelse av begrepene spenningsfelt og diskurs. I kapittel 2 introduseres kunnskapskapittelet hvor tidligere relevant forskning på området blir presentert. I kapittel 3 presenteres teori delen, hvor jeg starter med å presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted som tar utgangspunkt i sosialkonstruktivisme og diskurs som teori, for deretter å beskrive noen teoretiske innfallsvinkler. I kapittel 4 redegjør jeg for valg av den metodiske tilnærmingen og metoden «What's the problem represented to be?» (WPR). Jeg vil her beskrive fremgangsmåten og bakgrunnen for utvelgelse av de offentlige dokumentene. Ved kapittel 5 presenterer og analyserer jeg funnene i datamaterialet mitt gjennom bruk av WPR-metoden. I analysen vil jeg avdekke hvordan politiske «problemer» er diskursivt skapt i politiske dokumenter gjennom måten «problemet» er representert på. Drøfting av resultatene vil også foregå i dette kapitlet. I oppgavens siste kapittel oppsummerer

jeg resultatene som er kommet fram i analysen og i drøftingsdelen. Jeg avslutter kapittel 6 med refleksjoner.

2. Kunnskapsstatus

Kunnskapsgrunnlaget som presenteres i kapittel 2 inkluderer nasjonale og internasjonale studier omfattende temaet overvekt og fedme. Jeg starter med studier som sier noe om faktorer som er pådriver for overvekt og fedme, før jeg beveger meg videre til det jeg anser som relevant diskursanalytisk forskning gjeldende overvekt og fedme.

2.1 Tidligere forskning om overvekt og fedme

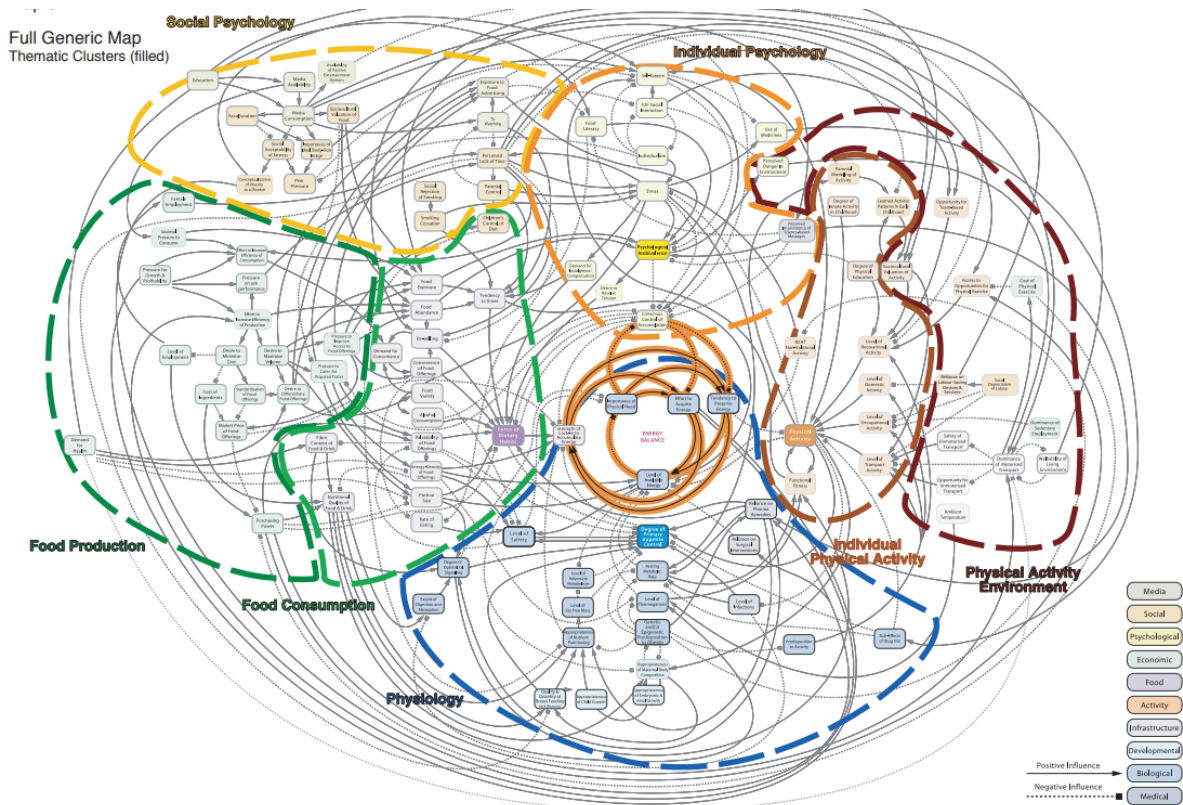
2.1.1 *Mulige årsaks mekanismer for overvekt og fedme*

Det er etter hvert bred enighet om at årsakene til overvekt og fedme er mangeartede. På et overordnet nivå handler vektøkning om et resultat av positiv energibalanse (Anekwe, 2021), men på individnivå er sammenhengene ikke like entydige (Helsedirektoratet, 2010). I følge McGlashan et al. (2018) er energiubalanse en overforenkling av kompleksiteten til faktorene som driver overvekt og fedme, og påpeker at fedme påvirkes av utallige faktorer fra individuell atferd til helse og sosiale determinanter, inkludert kosthold og fysiske aktivitetstilgjør, politiske strukturer og økonomiske systemer.

«Foresight Obesity Systems Map» er et årsakssammenhengsdiagram, utviklet i 2007 av britiske myndigheter, nærmere bestemt UK Government's Foresight Programme, for å forstå «nett» av variabler som er fedmedrivende. På Foresights hjemmeside kan man lese at målet med prosjektet var å «produce a long term vision of how we can deliver a sustainable response to obesity in the UK over the next 40 years» (Foresight, u.å.). Ifølge Susan Jebb, professor i kosthold og befolkningshelse ved Oxford universitet, har kartet vært medvirkende til å skape et mer balansert perspektiv på individets og samfunnets roller i utvikling av overvekt og fedme (Jebb, 2017). Kartet retter søkelys mot blant annet «dårlig» mat og fysisk inaktivitet som drivere til overvekt, en forståelse av at noen individer biologisk har lettere for å bli overvektige, samt oppmerksomhet rettet mot miljøets påvirkning på personlige valg, samt samspillet mellom miljøet og individet (Jebb, 2017).

Kartet inneholder 108 variabler forbundet med ca. 300 årsakssammenhenger. De 108 variablene er representert med små bokser. Årsakssammenhengene mellom to variabler er representert med piler. Kartet deles ytterligere opp i syv tematiske bolker (McGlashan et al, 2018). Kartet skiller mellom positive og negative årsakssammenhenger. En positiv årsakssammenheng innebærer at begge variablene vil endre seg i samme retning, mens en negativ sammenheng innebærer at variabler vil gå i motsatte retninger (Foresight, u.å.). Hovedhensikten med kartet er å vise hvordan faktorer henger sammen med hverandre og hvor kompleks årsakssammenheng til fedme er.

Modell 2.1: «Full Generic Map»



Jeg skal nå foreta en redegjørelse av noen av forklaringsfaktorene fra kartet som jeg anser som de mest fremtredende diskurser i ulik faglitteratur. Jeg har valgt å strukturere dem i «biomedisinske faktorer», «sosiale og samfunnsmessige faktorer» og «psykologiske faktorer».

Jeg startet med å søke i den tverrfaglige søketjenesten Scopus og den biomedisinske søketjenesten Pubmed med søkeordene «fedme» OR «overvekt» OR «obes*» OR «overwe*» i første rad, og søkeordene «årsak» OR «cause*» i andre rad. Dette resulterte i 61.784 resultater. Jeg gikk dermed over til å bruke studier som jeg har kjennskap til fra tidligere utdannelser, samt uformelt søk i søketjenesten, Pubmed, Oria og Scopus.

Biomedisinske faktorer som pådriver til overvekt

"A calorie⁶ is a calorie" (Feinman & Fine, 2004, s. 1). Sitatet indikerer oppfatningen av at kalorier inn minus kalorier ut er lik mengden fett på kroppen. Ordtaket og ligningen bygger på termodynamikkens første lov som sier at energi ikke kan oppstå eller forsvinne, men omdannes fra en form til en annen. Resultatet av for mange kalorier (energi) inn versus ut er dermed at man legger på seg, og energioverskuddet hevdes hovedsakelig om å omhandle mat og aktivitet. Christiansen et al. (2005, s. 1) beskriver det slik i sin studie: «obesity is typically developed over long time and reflected in an energy imbalance». Når man snakker om «termodynamikkens første lov», er det viktig at man også inkluderer den andre loven, da den første loven er svært forskjellig i karakter fra lov nummer to. Termodynamikkens andre lov sier at forskjellige makronæringsstoffer⁷ etter all sannsynlighet brytes ned til ulike kombinasjoner av energi, og disse variantene er ikke like tilgjengelige for kroppen. Dermed bryter termodynamikkens andre lov dictumet om at en "kalori er en kalori" som et prinsipp (Feinman & Fine, 2004). I en studie ved Nasjonalt institutt for ernærings- og sjømatforskning (NIFES) i Bergen og Københavns Universitet føret Madsen og hennes kolleger forskjellige grupper mus og rotter med samme mengde kalorier og fett. Mengden protein og karbohydrat ble justert fra gruppe til gruppe. Resultatene viste at musene trengte seks ganger mer energi for å legge på seg et gram når de hadde et høyt inntak av proteiner sammenlignet med karbohydrater. Forsøkene viser til at proteiner aktiverer mengden brune fettceller⁸ i kroppen og setter i gang forbrenningen som dermed gjør dyrene slankere, selv om de ikke spiser færre kalorier eller beveger seg mer. (Madsen, et al., 2010).

Videre skal jeg rette blikket mot Ross som i 2015 gjorde en systematisk gjennomgang mellom 1990 og 2014 av tilgjengelig litteratur i PubMed/Medline omhandlet årsakene til fedme.

⁶ Kalori er en enhet for varmeenergi (UiO, 2011).

⁷ Makronæringsstoffenes hovedoppgave å tilføre kroppen energi og inkluderer fett, protein, karbohydrat, samt alkohol.

⁸ Brune fettceller har den spesielle egenskapen at de ikke lagrer energi, men forbrenner den.

Totalt oppfylte 12 av 65 artikler inklusjonskriteriene han hadde satt. Konklusjonen til Ross (2015) var at *det eksisterer ingen konsensus på tvers av de publiserte oversiktsartikler om den primære årsaken til fedmeepidemien*. Kun tre av tolv studier konkluderte med at fedmeepidemien skyldes kombinasjonen av for mye matinntak og for lite fysisk aktivitet. To studier mente det var fysisk aktivitet alene som forklarte fedmeepidemien. Én studie mente det bare var matinntakets skyld. Resten, altså halvparten, pekte på andre årsaker eller at han ikke kunne konkludere (Ross, 2015).

Vi vet dermed at biologiske faktorer som syndromer og endokrinologiske sykdommer som blant annet Prader-Willis syndrom⁹, cushing sykdom¹⁰, lipødem, lavt stoffskifte, PCOS eller visse medikamenter kan gi en vektøkning (Abramof & Apovian, 2005). Disse syndromene og sykdommene kan gjøre at man går opp i vekt uten at man nødvendigvis spiser mer. Men forekomsten representerer kun en liten del av fedmens etiologi (Kim et al, 2021). I følge Fawcett & Barroso (2010) er arv og miljø de viktigste bidragsyterne til fedme og overvekt. De siste ti årene er det rapportert om forskjellige gener hvor mutasjoner kan føre til monogene¹¹ former for fedme hos mennesket. Melanokortin-4-reseptor (MC4R) finnes hos ca. 5 % av voksne med BMI > 40 kg/m² og barn med betydelig fedme (Farooqi, 2003). MC4R koder er et protein kalt melanokortin 4-reseptor, som hovedsakelig finnes i hypothalamus og er ansvarlig for å kontrollere appetitt og metthetsfølelse. Personer med genetiske mutasjoner i MC4R (ofte kalt MC4R-mangel) har en tendens til å gå opp i vekt allerede fra tidlig barndom (Aykut et al., 2020). Det er også bekreftet i flere populasjonsstudier at et gen kalt FTO har en kobling til overvekt eller fedme ved at en defekt versjon av genet fører til at energi fra mat blir lagret som fett i stedet for å forbrennes (Claussnitzer et al., 2015). FTO-genet spiller også en rolle i appetittreguleringen (Fawcett & Barroso, 2010). I Harvard Health Publishing (2019) siteres det at «the strength of the genetic influence on weight disorders varies quite a bit from person to person. Research suggests that for some people, genes account for just 25% of the predisposition to be overweight, while for others the genetic influence is as high as 70% to 80%». Sitatet presiserer at den genetiske påvirkningen gir store variasjoner i vektforskjeller mellom person til person.

⁹ Prader-Willis syndrom (PWS) er en medfødt, genetisk tilstand som kjennetegnes av nedsatt muskelspenning og ernæringsvansker i spedbarnsalder som kan i løpet av barneårene kan det endre seg til overspising.

¹⁰ Cushings syndrom er en sjelden tilstand og er en sykdom som skyldes overproduksjon av hormonet kortisol. Sykdommen gir økt matlyst og vektøkning der mesteparten av vekten legger seg som sentral fedme.

¹¹ Monogent arvelige sykdommer er forårsaket av mutasjoner i ett enkelt arveanlegg.

Flere evolusjonsteoretikere har forsøkt å forklare vektøkning ut ifra et evolusjonært perspektiv. Menneskets levevaner, fra jeger- og sankekultur til jordbruk og globalisering av matproduksjon, har endret seg dramatisk. En hypotese som er mye brukt siden 1960 årene er «The thrifty gene hypothesis» (TGH), som på norsk kan oversettes til hypotesen om «de sparsommelige gener». Hypotesen tar utgangspunkt i at siden mat var lite tilgjengelig gjennom det meste av vår historie så ville individer som hadde gener som oppmuntret til lagring av overflødig energi ha en tendens til å overleve bedre i perioder med hungersnød. Personer med disse fordelaktige «sparsommelige» gener ville bli foretrukket gjennom tusenvis av generasjoner. Mens nå som maten er lett tilgjengelig, vil fedme være det eneste resultatet av å ha slike gener (Siddiqui et al., 2019). Hypotesen har fått motstand hvor det antydes at hungersnød ikke har vært en stor trussel i menneskets historie (Unviversity of Cambridge, 2011), samt at i takt med den totale økningen i BMI over hele verden er det individer som har holdt seg slanke, til tross for det fedmefremmende miljøet. Biologen John Speakman fra Universitetet i Aberdeen foreslo i 2008 hypotesen «The drift gene hypothesis» (TDH) som et alternativ til TGH. TDH tar utgangspunkt i at det vil være en genetisk drift i genene i stedet for positiv seleksjon. Speakmann argumenterer med at i tidlig menneskerase, ville fedme blitt selektert på grunn av at fedme nedsetter mobiliteten og dermed evnen til å unnsnippe rovdyr og fiender samt å forflytte seg til nye jaktmarker. Ifølge Speakman er fedme heller resultatet når nedsatt mobilitet ikke lenger er en begrensende faktor, noe som skjedde da mennesket oppdaget ild, lagde våpen og da jordbruket kom (Williams & Fruhbeck, 2009). Fedmeeffekten kan vi videreføre inn i dagens samfunn i takt med industrialiseringen av mat og fremkomstmidler og en mer stillesittende livsstil.

O'Keefe (2004) forklarer videre at menneskelige genom har stort sett vært uendret siden jordbruksrevolusjonen for 10.000 år siden, men kostholdet og livsstilen vår har blitt gradvis mer avvikende fra våre gamle forfedre. Han beskriver at «socially, we are a people of the 21st century, but genetically we remain citizens of the Paleolithic era» (O'Keefe, 2004, s. 1). Akkumulerende bevis tyder på at misforholdet mellom vårt moderne kosthold og livsstil og vårt paleolittiske genom spiller en betydelig rolle i de pågående epidemiene av fedme (O'Keefe, 2004). Professor O'Rahilly ved institutt for metabolsk forskning ved Universitetet i Cambridge uttaler også at «human beings are not genetically geared up to limitless high-calorie food being available to them 24/7. We evolved as hunter gatherers. If we all reverted to the lifestyle of our ancestors, the problem of obesity would disappear....but we live in the real world where you can purchase a takeaway meal, containing enough calories for a day, for

less than £2 – so we need to look at the whole picture» (University of Cambridge, 2011). Sitatene over legger vekt på at vi i dag har en livsstil og et kosthold som muligens ikke er tilpasset vårt genom.

Jeg skal videre ta for meg O'Keefe og O'Rahilly sine resultater ovenfor ved å se den i sammenheng med den longitudinelle befolkningsbaserte helseundersøkelse i Nord- Trøndelag (HUNT-studien). Studien observerte mennesker med «høy risiko fedme gener» mot «lav risiko fedme gener». I studien deltok 67.110 personer i alderen 13–80 år i en periode fra 1966 til 2019, hvor alle deltakerne ble undersøkt med gjentatte standardiserte BMI tester og ved bruk av genotype¹². Resultatet av studien viste en relativ stabilitet i BMI fra 1960-tallet frem til 1980-tallet. Fra midten av 1980- tallet frem til starten av 2000- tallet økte BMI drastisk. Den drastiske økningen gjaldt hovedsakelig for de genetisk disponerte, mens BMI forble relativt uendret for de minst genetisk disponerte. Resultatene antyder at mens fedme og overvekt delvis er arvelige egenskaper, er den fortsatt modifiserbar av miljøfaktorer (Brandkvist et al, 2020). Brandkvist et al (2020, s. 2) beskriver situasjonen som: «while it may be possible to identify those most susceptible to environmental change, who thus have the most to gain from preventive measures, efforts to reverse the obesogenic environment will benefit the whole population and help resolve the obesity epidemic».

Sosiale og samfunnsmessige faktorer som pådriver til overvekt

Som beskrevet i kapittel 1 opplevde flere land på slutten av 1970- tallet en drastisk økning i forekomsten av overvekt og fedme. USA var et av landene som opplevde at mange utviklet overvekt eller fedme i løpet av kort tid. Anthony Rodgers, professor i global helse ved UNSW Sydney, konkluderte i sin studie «Prevalence trends tells us what did not precipitate the US obesity epidemic» med at: *“It is implausible that each age, sex and ethnic group, with massive differences in life experience and attitudes, had a simultaneous decline in willpower related to healthy nutrition or exercise”* (Rodgers, 2018). Sitatet legger til grunn for at det er liten sannsynlighet for den økte forekomsten av fedme er på grunn av at viljestyrken knyttet til sunn livstil er blitt drastisk redusert de siste årene. Andre forklaringer er ifølge Rodgers (2018) faktorer som økt matproduksjon, større matporsjoner, økt tilgjengelighet, økt eksponering, økt markedsføring og overkommelig pris på en del energitette matvarer med

¹² Genotype er den informasjonen som ligger i arvematerialet (DNA) til et individ eller en celle.

rimelige ingredienser. Forskning tyder også på at et høyt forbruk av ultraprosessert mat¹³ (UPM) er forbundet med en økning i overvekt og fedme (Pagliai, 2021). I en tverrsnittsstudie var det høyeste UPM-forbruket assosiert med en signifikant økning i risikoen for overvekt/fedme og høyere midjeomkrets (Pagliai, 2021). Ultraprosessert mat står for om lag 50-60% av energiinnholdet i det vanlige kostholdet til den gjennomsnittlige amerikanske, kanadiske eller britiske forbrukeren (Pagliai, 2021). Så med utgangspunkt i de sosiale og samfunnsmessige faktorene som pådriver for fedme ligger blant annet diskursene om at fedme er et problem skapt i samfunnet, og det «fedmefremmende» samfunnet får skylden for fedme epidemien. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening beskriver Følling (2015) med tittelen «Overvekt – livsstil eller mangel på livssjanser», at for å bekjempe vektøkningen i befolkningen bør tiltak rettes mot sosiale strukturer, på arenaer som treffer alle, uavhengig av sosioøkonomisk status og at et ensidig søkelys på livsstil kan forsterke sosiale ulikheter innenfor helse. Med betegnelsen «livssjanser» menes her hvor stor mulighet individet har til å oppnå sine mål gitt visse faktorer som den enkelte i liten grad kan påvirke, eller det vi omtaler som sosioøkonomisk status (Følling, 2015).

Jeg skal videre ta for meg de sosioøkonomiske forholdene til overvekt og fedme.

I Anekwe (2021) sin gjennomgang av temaet «Socioeconomics of Obesity», vektlegges det viktige funn som gjelder sosioøkonomiske forhold og fedme. Gjennomgangen understreker at sosioøkonomisk status (SØS) er en viktig faktor forbundet med fedme, og at sosioøkonomiske faktorer bidrar til fedme både på individ- og samfunnsnivå. Videre påpeker han den generelle negativ sammenhengen mellom utdanningsnivå og overvekt, også på tvers av etnisitet og kjønn, samt at fedme også kan sees ut ifra inntekt og yrke (Anekwe, 2021. s. 1). Anekwe beskriver også at sosioøkonomiske faktorer kan spille en betydelig rolle for ens generelle livsstil, inkludert ernæring-, kosthold- og aktivitetsvaner, samt at personer som bor i nabolag med økt fattigdom og urettferdig behandling har økt risiko for magefett.

Sammenhengen mellom sosioøkonomiske ulikheter og barndommens kroppsmasseindeks (BMI) er dokumentert i høyinntektsland (Bann, 2018). Det var imidlertid usikkerhet knyttet til hvordan vekten og BMI har endret seg over tid. Dette ville David Bann (2018) og hans kollegaer undersøke ved bruk av data fra fire britiske longitudinelle, observasjonelle, fødselskohortstudier fra 1946, 1958, 1970 og 2001. Resultatet viste at lav sosioøkonomisk

¹³ UPM betegnes som rene industriprodukter der råvarene ofte ikke lenger er gjenkjennelige i det ferdige produktet. De har ofte mange ingredienser, og mange blir fremstilt på måter som er ikke er mulige i et vanlig kjøkken (Bramat, 2022).

posisjon var forbundet med lavere vekt i barne- og ungdomsårene i de tidligere fødte kohortene (1946–70), men med høyere vekt i 2001 kohorten. Forskerne så at vektforskjellene økte fra barndom til ungdom i 2001 kohorten, noe som ikke var tilfelle ved de tre tidligere kohortene. Samfunnet har endret seg mye siden 1970, og Bann et al, (2018) hevder ut ifra deres funn at det ligger en mangel på tidlig politisk vilje for å forebygge de sosioøkonomiske ulikheter i dagens samfunn, noe som kan bidra til den økte fedmeforekomst i dagens samfunn (Bann et al, 2018). Michael Marmot, professor i epidemiologi ved University College London uttaler i en artikkel i The Lancet (2018) at «if you want to tackle obesity, then tackle the social determinants of obesity. Tackle inequality».

Mediene har også et ansvar overfor diskursen om fedme og overvekt ved at mediene kan påvirke publikums oppfatning ved å velge hva og hvordan informasjon skal presenteres (Bastian, 2011). Å fremheve noen sider og bagatellisere andre sider av et tema kan bidra til hvordan et bestemt tema blir sosialt konstruert. Temaer som får stor dekning blir også ofte prioritert i offentlige og politiske agendaer, og måten de blir fremstilt på kan påvirke offentlige oppfatninger (Bastian, 2011). Et tema som har vært oppe i media siste tiåret er spørsmålet om «sykelig» barnefedme kan betraktes som en form for forsømmelse, spesielt en medisinsk forsømmelse. Foreldrene får ofte hovedansvaret for barnets fedme, men ifølge foreldrene ligger problemet i at de synes det er vanskelig å følge de faglige rådene om kosthold og fysisk aktivitet. Årsakene til at dem ikke klarer å overholde rådene blir ikke undersøkt. Konsekvensen av det individuelle ansvaret kan resultere i diskriminering og stigmatisering, som videre kan føre til dårlig selvtillit og ytterligere forverre dårlige helseutfall og lavere sosioøkonomisk situasjon. Samtidig som søkelyset i media rettes mot foreldreansvaret, avledes oppmerksomheten fra de strukturelle problemer som blant annet matforsyning, sosioøkonomisk status og urban design (Bastian, 2011). Michael Marmot (2014) uttaler at «the time to blame and stigmatise individuals and families is over. Governments and health policy makers need to take bolder, more definitive steps to tackle the obesity epidemic—it will not be reversed without decisive leadership».

Psykologiske faktorer som pådriver til overvekt

I den medisinske diskursen er behandlingen av fedme og overvekt å hjelpe pasienten til å endre livsstil, hvor livsstilsendringene hovedsakelig ligger i en adferdsintervensjon som skal gi økt kunnskap om et sunt kosthold og viktigheten av fysisk aktivitet (Lindelof et al., 2010).

Overholdelse av en sunn livsstil er forbundet med lavere risiko for dødelighet (Loef & Walach, 2012), men å endre livsstil kan være utfordrende og vanskelig. Selv om vekttap kan oppnås på kort sikt er langtidsutsiktene ofte ubetydelige (Lindelof et al., 2010), hvor majoriteten ender opp på samme kroppsvekt som før de startet (Montesi et al., 2016). Følling et al. (2015) viste i sin doktorgrad fra NTNU i 2016 at «emosjonell bagasje» kan være en viktig barriere til livsstilsendring hos pasienter med overvekt og fedme selv om pasientene hadde kunnskap om sunn adferd. «Little is known about the background, experiences and reflections of participants. Lifestyle change depends on individual behavioural factors. Multiple individual factors as social, psychological and practical barriers can make lifestyle change hard to perform» (Følling et al, 2015, s. 1-2). Sitatet legger vekt på at det bør rettes mer oppmerksomhet på individenes bakgrunn, opplevelse og personlige barrierer. Belastende barndomsopplevelser, traumer i voksen alder, ensomhet, depresjon og Post-traumatic stress disorder (PTSD) kan øke risikoen for forstyrret spiseadferd. Emosjonell spising, matavhengighet, binge eating disorder, (overspisingslidelse) og trøstespising, er alle forstyrrede spiseadferder som er assosiert med økt BMI for både menn og kvinner (Michopoulos, 2015, Yanguas, 2018, Legendre, 2022).

Allerede i 1949 ble det observert sammenheng mellom belastende livshendelser og dramatisk vekttoppgang (Scott, 1949), og i 1998 kom den banebrytende studien Adverse Childhood Experiences Study (ACE-studien) av V. Felitti et al. 13.494 voksne informanter fikk utdelt et skjema som skulle kartlegge belastende livshendelser i barndommen. 10 spørsmål ble stilt hvor de skulle oppgi hvorvidt de har vært utsatt for emosjonelt, fysisk eller seksuelt misbruk, emosjonell eller fysisk neglekt, hvorvidt mor ble utsatt for vold i hjemmet, tilstedeværelse av rusmisbruk eller psykiske lidelser i hjemmet, om man opplevde å miste en forelder grunnet skilsmisse eller ved å bli forlatt, eller om familiemedlemmer var i fengsel. Forskerne fant sterke sammenhenger mellom belastende barndomsopplevelse og utvikling av sykdom og fedme i voksen alder. De så en proporsjonal økning mellom antall uheldige barndomsopplevelser, og helsemessig risikooppførsel og sykdomsutvikling i voksen alder (Felitti, 1998). Personer som kunne svare ja på fire eller flere av spørsmålene fra skjemaet, sammenlignet med de som ikke hadde opplevd noen, hadde 1,4 til 1,6 ganger økning i fysisk inaktivitet og alvorlig fedme (Felitti, 1998). En teori er at de som har opplevd flere «ACEs» har lettere for å ta dårligere valg, som blant annet usunt kosthold, økt alkohol inntak, røyking, enn de som har opplevd ingen eller få ACEs. Noe som dermed skulle gi en økt sannsynlighet

for sykdom og fedme i voksen alder. Lang et al. undersøkte i 2019 hvilke epigenetiske¹⁴ og assosierte biologiske endringer som er assosiert med eksponering for belastende barndomsopplevelser hos barn under 12 år. En systematisk oversikt ble utført for å besvare spørsmålet. Resultatene viste at det er betydelig mengde litteratur som støtter mulig epigenetisk modifikasjon hos de som har vært utsatt for ACEs. (Lang et al., 2019). Resultatene kan dermed tyde at hos dem som har opplevd belastende barndomsopplevelser har det ført til endringer i det genetiske uttrykket, og at «dårligere valg» nødvendigvis ikke er hele årsakene for overvekt og fedme hos dem som har opplevd belastende barndomsopplevelser. Men ifølge Lang et al (2019) så trengs mer forskning før man kan konkludere.

En utfordring for dagens overvektige og «fete» er stigmatiseringen de opplever ovenfor sin vekt, og hvor vektstigma i seg selv kan føre til økt BMI (Tomiyama, 2018). På arbeidsplassen oppfattes ansatte med fedme som å ha lavere selvdisciplin og lavere opprykksutsikter sammenlignet med gjennomsnittsvektige jevnaldrende (Anekwe, 2021). Holdningen til overvekt og fedme som et negativt trekk hos en person starter allerede tidlig i barneårene. I 2001 utførte Latner & Stunkard (2003) en oppfølgingsstudie hvor de undersøkte hvilken effekt økt forekomst av overvekt og fedme har hatt for vektstigma hos barn. «Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities» fra 1961 (Richardson et.al, 1961) ligger til grunn for oppfølgingsstudien. 458 barn i 5. og 6. klasse skulle rangere seks bilder av likekjønnede barn etter hvor godt de likte hvert barn. Bildene viste ett barn uten synlige funksjonshemninger, ett som holdt krykker med en spenne på venstre ben, en som satt i rullestol med et teppe som dekket begge bena, en uten venstre hånd, et barn med ansiktsforstyrrelser på venstre side av munnen, og ett barn som var overvektig. Resultatene fra både studien gjort i 1961 og studien fra 2001, viste at bildet av det overvektige barnet var minst likt av de andre barna. Videre så de i studien at det overvektige barnet ble likt signifikant mindre i studien fra 2001 enn i studien fra 1961. På bakgrunn av disse resultatene hevder Latner & Stunkard at stigmatiseringen av overvektige barn har derfor økt i løpet av de siste 40 årene (Latner & Stunkard, 2003).

¹⁴ Epigenetikk: Kjernen i epigenetikk er hvordan gener og miljø spiller sammen, samt hvordan atferd og miljø kan forårsake endringer som påvirker måten genene fungerer på. I motsetning til genetiske endringer er epigenetiske endringer reversible og endrer ikke DNA-sekvensen din, men de kan endre hvordan kroppen din leser en DNA-sekvens (CDC, 2022).

2.1.2 Diskursanalytisk forskning

Jeg retter nå søkelyset mot hva som er blitt gjort tidligere innen diskursanalytisk forskning omhandlende overvekt og fedme. Den tverrfaglige søketjenesten Scopus er blitt brukt i søket. Jeg brukte søkeordene «overvekt» OR «fedme» OR «obes*» OR «overweight» i første linje, og «diskursanalyse» OR «diskurs» OR «discourse» OR «discourse analysis» i andre linje. Jeg fikk opp 87 resultater. Videre avgrenset jeg søket til å gjelde for årene fra og med 2013 til og med 2023, for å gjelde for de «vestlige land» og at dokumenttypen skulle være artikler. Dette søket gav 37 treff. Jeg vil gi en kort presentasjon av studiene jeg anser som mest relevante for denne oppgaven.

Studie 1: Rugseth & Engelsrud (2020) hadde som mål å undersøke språkbruk og meningsproduksjon om barn med overvekt i Helsedirektoratets «faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten for barn, unge og voksne» ved hjelp av en diskursanalyse. Helsedirektoratets retningslinjer fra 2010 er på nærmere 100 sider og er formulert av en arbeidsgruppe på ni medlemmer med medisinsk- og helsefaglig bakgrunn, samt en representant fra brukerorganisasjonen Landsforeningen for overvektige. Videre er dokumentet organisert i to deler og 15 kapitler. I del 1 inngår kapitler om måling av overvekt og fysisk aktivitet, årsaker, risikofaktorer og helsekonsekvenser. I del 2 blir levekår, miljø, sosialt nettverk og bosted omtalt som avgjørende betingelser for å etablere levevaner som forebygger overvekt. Disse betingelsene blir fremstilt som samfunnets ansvar og som problemer på et politisk nivå som helsetjenesten ikke kan løse. Rugseth & Engelsrud (2020) konkluderer med at fremstillingene Helsedirektoratet bruker trekker på stigmatiserende diskurser om overvektige personer uten kontroll og kunnskap. Videre påstår forfatterne at overvekt og fedme blir fremstilt som noe helsesykepleieren kan beregne og plote i kurver. Formuleringene er i tråd med kjente måter å konstruere overvekt og fedme på. De inngår i et nettverk av produktive, medisinske og helsefaglige diskurser om at forekomsten av barn med fedme utgjør en betydelig helsetrussel og en pågående epidemi som truer fremtidig individuell- og folkehelse og krever stor helsefaglig innsats. Forfatterne viser hvordan det anvendes en diskursiv orden som gir det medisinske perspektivet forrang og sykliggjør friske barn. Helsepersonell tildeles en paternalistisk posisjon i livsstilsendring, og tiltak fremmes som nødvendige til tross for et svakt evidensgrunnlag. I avslutningen uttrykker Rugseth & Engelsrud (2020) en bekymring for at de medisinske talemåter om barn og unges overvekt og fedme kan ha vidtrekkende, individuelle og samfunnsmessige konsekvenser når de legges til grunn for våre holdninger og handlinger. Det krever at tiltak er argumentert frem gjennom

vitenskapelig etterrettelig kunnskap, men gjennom deres lesning av disse retningslinjene tyder det på at tiltakene er basert på en svak kunnskapsbase (Rugseth & Engelsrud, 2020).

Studie 2: Blackburn (2019) gjennomførte en studie ved bruk av triggerfilmer hos tjue allmennleger fra Sørvest-England. En økende mengde bevis tyder på at helsepersonell ser kroppsvekt som et følsomt tema å inkludere i rutinemessige konsultasjoner og møter barrierer ved å starte samtaler angående vekttap hos pasienten (Blackburn, 2019). Blackburn ville legge til rette for samtale om kommunikasjon rundt overvekt, og undersøke de diskursive maktforholdene som former hvordan allmennleger forstår og snakker om overvekt. Studienes funn tyder på at allmennleger både reproducerer og motstår moralsk diskurs som gjelder kroppsvekt. Fastleger trekker på en diskurs som konstruerer overvekt og fedme som primært forårsaket av individuell atferd, samtidig som de trekker på diskurser som posisjonerer pasienter som maktesløse til å gå ned i vekt, samt gjenstand for dom og skyld av storsamfunnet. Deres diskursive konstruksjoner var basert på antagelser om at individer burde og kunne gå ned i vekt gjennom å endre spisevaner og/eller gjennom fysisk aktivitet (Blackburn, 2019).

Studie 3: Stefánsdóttir (2020) stiller spørsmålet «hva er de etiske bekymringene angående den vanlige medisinske diskusjonen om livene til overvektige mennesker?» Hun undersøker og sammenligner tre alternative posisjoner om den overvektige kroppen: den vitenskapelige tilnærmingen som hun mener dominerer innen medisin, det kritiske synet som hovedsakelig er reist av samfunnsforskere, og stemmene til de overvektige selv. Stefánsdóttir (2020) uttrykker at når leger snakker og beskriver den overvektige kroppen, har de en tendens til å referere til de objektive, målbare fakta som beskrives som vitenskapelig bevist. Når vi ser fedme som en sykdom, blir det en medisinsk tilstand som må reageres på, og den overvektige personen blir en lidende pasient. Stefánsdóttir (2020) trekker fram at kliniske retningslinjer, som oftest består av å gi råd om hvordan de overvektige kan endre kostholdet og livstilen sin gjennom å redusere matinntaket og øke det fysiske aktivitetsnivået, har vært på plass i flere tiår. Til tross for medisinenes innsats så har man på verdensbasis sett stigende tall i utbredelsen av overvekt og fedme (Stefánsdóttir, 2020). Stefánsdóttir (2020) presiserer dermed at *«kliniske leger har gjort liten eller ingen fremgang i å kurere den overvektige pasienten. Dette har etterlyst en ny måte å se saken på»*. De siste årene har medisinsk så vel som medieoppmerksomhet endret tilgang mot det «fedmefremmende» miljøet. Miljøet kan være resultater av politiske valg eller beslutninger av offentlige institusjoner eller private selskaper. Miljø kan omfatte matproduksjonsindustri, arkitektur og utforming av offentlige steder,

transportmidler, tilgang til sunn mat på jobb og i skoler, og til og med aksept av holdningen om at trening og bevegelse skal være en normal del av hverdagen i strukturen av skoledagen og i arrangementet av våre arbeidsfasiliteter. Medisinske og folkehelseforskere hevder at overvektsproblemet øker direkte av miljøet vi lever i og måten miljøet er strukturert på (Stefánsdóttir, 2020). Ved å se og sammenligne de tre posisjonene er det mulig å understreke kompleksiteten i problemet merket som «fedmeepidemien» og trekke oppmerksomhet til alvorlige etiske bekymringer i den vanlige medisinske diskusjonen. Det pekes på at medikalisering av overvektige mennesker begrenser søkelyset på «fedmeepidemien» der den er innrammet som privat og personlig i stedet for sosial og politisk. Det argumenteres også for at medisinske hegemoniske diskurs utelater de overvektige menneskenes sosiale forankring og ignorerer deres egne stemmer og fortellinger (Stefánsdóttir, 2020).

Studie 4: Durocher (2021) har analysert ulike diskurser fra Canadiske helsemyndigheter, ernæringseksperter og sivilsamfunnsorganisasjoner som taler for viktigheten av å konsumere og ha tilgang til «sunn» mat for å forebygge og for å forhindre utvikling av overvekt. Durocher diskuterer i sin avhandling hvordan diskursen om «sunn» mat spiller en viktig rolle i problematisering av overvekt, og legger vekt på ideen om at «sunn» mat skal «fikse» fedmeepidemien. Hun innhenter data fra kritiske mat- og overvektstudier for å adressere hvordan disse diskursene og praksisene kan bidra til ytterligere stigmatisering og marginalisering av dem som ikke har kropp som samsvarer med de dominerende ideer om god helse og «riktig» vekt. Hun trekker frem at kampen mot fedme legges frem som noe tiltalende og er delvis drevet av en kraftig «epidemisk psykologi» som består av uberettiget frykt, moraliserende handling og former for sosial stigmatisering som mulig er mer skadelig enn den faktiske biologiske risikoen ved fedme (Durocher, 2021).

Studie 5: Den neste studien jeg vil trekke frem er en kvalitativ tematisk analyse av Cain (2016). Målet med analysen var å identifisere dagens perspektiver mot overvektige mennesker representert i og gjennom digitale medier og leserkommentarer. Av særlig interesse var hvordan kritiske røster engasjerte seg i tradisjonell «antifettretorikk». Aggregering av stemmene avslørte tre sentrale diskurser som opererte samtidig: bekymring for overvekt, identifisering av de ansvarlige skyldige, og råd om hva som bør gjøres med «overvektsproblemet». Ideer om at helse i stor grad bestemmes av andre faktorer enn livsstil og kroppsvekt forble stort sett uimotsagt. Samlet sett viste også funnene at forsøk på å endre den dominerende anti- «fedme»-retorikken er på vei inn i den offentlige diskursen, selv om

den først og fremst går gjennom de mer uformelle kanalene som tilbys av kommentarfelt i digitale medier.

Studie 6: Under Covid-19 pandemien kunne vi lese i mediene at fedme gav en økt risiko for å dø av coronaviruset. Brookes (2021) har ved hjelp av korpuslingvistisk teknikk undersøkt diskursene som ble brukt av britisk presse for å representere fedme i dekingen av covid-19. Det hevdes at konteksten av pandemien har produsert en rekke diskurser rundt fedme som er mer stigmatiserende enn vanlig i både tabloidene og aviser. Personer med fedme ble konstruert som en belastning i et allerede overbelastet helsevesen. Diskursen kan knyttes til en slags ansvarliggjøring av personer med overvekt, og for å redde helsevesenet så er løsningen fremsatt av tabloidene at overvektige går ned i vekt, blant annet gjennom trening og riktig ernæring. Når skylden for påståtte problemer i samfunnet legges på individer som tilhører en bestemt gruppe, kan dette føre til at det skapes stigma. Når det gjelder overvekt, kan dette resultere i etableringen av vektstigma. Storavisenes markante frekvens indikerer at måten å utpeke overvektige på har fått enda mer fremtredende plass i tabloidene under pandemien sammenlignet med vanlig. Det kan sies at pandemikonteksten har gitt opphav til en rekke overvekts pressediskurser som kan oppfattes positivt eller negativt, avhengig av vårt perspektiv (Brookes, 2021).

Videre har jeg undersøkt om det var blitt skrevet masteroppgaver i Norge innen de ti siste årene om overvekt/fedme med en diskursanalytisk tilnærming. Det var to norske masteroppgaver jeg fant spesielt interessante og relevante. Sølsnes (2015) gjennomførte en diskursanalyse av medienes fremstilling av fedmekirurgi. Sølsnes identifiserte fire hoveddiskurser i datamaterialet sitt: den medisinske diskursen, folkehelsediskursen, den psykomoralske diskursen og antidiskursen. Den medisinske diskursen anser fedme som en alvorlig sykdom, og vekttap kirurgi blir et livreddende og nødvendig handlingsforløp med svært gunstige effekter. Det er en problemløsende diskurs, hvor helsepersonell tar ansvar for å hjelpe, og hvor den overvektige er frigjort fra ansvar og skyld for sin situasjon.

Folkehelsediskursen er en diskurs som advarer, både mot slankeoperasjon og mot fedmeepidemien. Løsningen på fedmeproblemet er forebygging og strukturelle endringer, men det er fortsatt vagt hvilke konkrete tiltak som bør iverksettes, og av hvem. Den psykomoralske diskursen bygger på at psykisk lidelse og dårlige valg forstås som årsaker til fedme. Det kan være noe ubevisst som fører til overspising, trøstespising eller noe annet. På denne måten blir spising et forsøk på å dekke andre behov. Behandlingen er at man må adresserer de mentale problemene. Dette er en ensom og hyperindividualistisk diskurs som

legger ansvaret på den enkelte overvektige person. Antidiskursen er den eneste diskursen der fedme ikke anses som et helseproblem for individet eller for samfunnet. God helse kommer gjennom sunn livsstil, og det hevdes at det ikke nødvendigvis er en sammenheng mellom helse og vekt (Sølnes, 2015). Sølnes (2015) fant de tre første diskursene som de dominerende diskursene om overvekt, mens den siste diskursen var sjeldent synlig i media. Sølnes (2015) avdekket at måten både overvektige og fedmeopererte blir fremstilt på i nettavisene er objektiviserende, og derfor undergraver menneskets subjektivitet (Sølnes, 2015).

I den andre masterstudien gjorde Kvaal (2020) en kritisk diskursanalyse av dokumentet «Nasjonale faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvektige og fedme». Hun undersøkte hvordan helsevesenets tilnærming til feltet preges av statusen «den store kroppen» har i samfunnet. Kvaal (2020) identifiserte tre hoved diskurser 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. Overvekt og fedme ses som et resultat av ubalanse mellom inntak av kalorier og fysisk aktivitet, dermed innebærer behandlingen 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 og 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. Kvaale (2020) beskriver videre at personer med overvekt og fedme opplevde stigmatisering, både i helsevesenet og samfunnet ellers. Kroppen fremstilles som et objekt som kan formes og manipuleres til en normal og akseptert størrelse (Kvaale, 2020).

2.2 Oppsummering av kapittel 2 - Kunnskapsstatus

Kapittel 2 tar for seg tidligere forskning på feltet, hvor jeg starter med å presentere forskning omhandlende mulige årsaksmekanismer for overvekt og fedme. Hovedfunnene belyser at overvekt og fedme er komplekst og mangeartede. På et overordnet nivå handler vektøkning om et resultat av positiv energibalanse, mens på individnivå er sammenhengene ikke like entydige. Faktorer som blant annet individuell atferd, psykologi, miljø, arv og gener,

sosioøkonomiske forhold, samt politiske- og samfunnsstrukturelle faktorer spiller en vesentlig rolle i forhold til «fedmeepidemien». Årsakssammenhengsdiagrammet «Foresight Obesity Systems Map» prøver å vise fedmens kompleksitet med sine 108 variabler forbundet med over 300 årsakssammenhenger. Kapittel 2.1.2 tar videre for seg tidligere diskursiv forskning på feltet. Resultatene i de inkluderte studiene legger stor vekt på den medisinske og den helsefaglige diskurs ovenfor overvekt og fedme. I studiene kommer det frem en bekymring ovenfor den medisinske talemåten som kan være med å bidra til økt vektstigma, skam og en individualisering av problemet fedme. Flere av studiene forslår at det må sees bredere på problemet og rette søkelyset mot forebygging og strukturelle endringer i samfunnet.

3. Vitenskapsteoretisk ståsted og teoretisk rammeverk

«Teori handler om antagelser og kunnskaper om virkeligheten, og uttrykker noe allment ved å vise til mønstre som kan være typiske for mange personer, og ikke til konkrete hendelser» (Johannessen et al., 2021, s. 28). Jeg vil i dette kapitlet presentere mitt vitenskapsteoretiske ståsted, hvor jeg redegjør for sosialkonstruktivismen og diskurs som teori. Videre presenterer jeg relevante teoretiske perspektiver som hva et sosialt problem er, samt begrepene normalitet, avvik og stigma.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

3.1.1 Sosialkonstruktivisme

Berger & Luckmann kan hevdes å stå for gjennombruddet til sosialkonstruktivismen i 1966 med boka «The Social Construction of Reality» (Lock & Strong 2014). Sosialkonstruktivisme er en fellesbetegnelse for flere nyere teorier om kultur og samfunn og med et vitenskapssyn som oppfatter virkeligheten som et sosialt produkt konstruert gjennom individenes bruk av blant annet begreper, kategorier og tolkninger (Aakvaag 2008). Diskursteorien som er utgangspunktet for denne oppgaven, hviler på et slikt sosialkonstruktivistisk grunnlag.

«Knowledge about society is a realization in the double sense of the word, in the sense of apprehending the objectivated social reality, and in the sense of ongoingly producing this reality» (Berger & Luckmann, 1966, s. 84). Sitatet legger vekt på at kunnskapen om den sosiale virkeligheten kontinuerlig produserer denne virkeligheten og den sosiale realiteten er avhengig av den kunnskapen vi har om den, og hadde ikke kunnskapen eksistert, hadde heller ikke fenomenene eksistert (Moen, 2018). Kunnskap om verden er ikke noe vi kan laste ned fra den naturlige verden «slik den faktisk foreligger». I stedet konstruerer vi, eller fabrikerer vi, våre egne versjoner av kunnskap i daglige interaksjoner og dialoger (Lock & Strong 2014, s. 19). Både erfaringer og opplevelser blir forstått som sosialt konstruerte, og vår virkelighet betraktes å skje i en gjensidig påvirkning mellom individ og samfunn (Berger & Luckmann, 2011).

Innen sosialkonstruktivismen er det ikke snakk om én sann virkelighet, og den beskrives gjerne gjennom fraværet av den ultimate sannhet (Skrede, 2017). Den samfunnsskape virkeligheten endres kontinuerlig (Berger & Luckmann, 2011) ved sosiale aktørers tanker, oppfatninger, beslutninger og handlinger. Disse kognitive virksomhetene har et forløp i tid og rom, og er dermed historiske størrelser (Rasborg et al, 2014). Måtene mennesker opplever og forklarer verden på, skyldes primært sosiokulturelle prosesser, og ifølge Lock & Strong (2014) har disse prosessene sine menneskelige røtter mer i historie enn i biologi.

Innen det mangfoldige feltet sosialkonstruktivisme er det ifølge Jørgensen & Phillips (1999, s. 13-14) fire generelle premisser som bindes sammen:

1. *En kritisk innstilling til tatt-for-gitte- «sannheter»:* sosialkonstruktivismen insisterer på at vi må ta et kritisk standpunkt til våre tatt-for-gitte måter å forstå verden og da også oss selv på. Vi må ha en kritisk innstilling overfor «sannheter» som fremstår som naturlige og uforanderlige. Virkeligheten er tilgjengelig for oss gjennom hvordan vi kategoriserer verden, den er ikke et speilbilde av «verden slik den er».

2. *Historisk og kulturell spesifisitet:* Vi mennesker er grunnleggende historiske og kulturelle, og vår forståelse av, og kunnskap om verdenen er et produkt av historiske interaksjoner mellom mennesker. Vi forstår og representerer dermed verden på bakgrunn av historie og kultur. Dette betyr også at vårt verdensbilde og vår identitet kunne ha vært annerledes, og kan endres over tid.

3. *Sammenheng mellom kunnskap og sosiale prosesser:* sosiale prosesser er med på å skape og opprettholde vår måte å forstå verden på. Kunnskap er produsert gjennom sosiale interaksjoner hvor vi konstruerer felles sannheter, og konkurrerer om hva som er sant og usant.

4. *Sammenheng mellom kunnskap og sosial handling:* i et bestemt verdensbilde blir noen former for handling helt naturlig, mens andre former for handling blir utenkelige. Forskjellige sosiale verdensbilder fører til forskjellige sosiale handlinger og dermed får den sosiale konstruksjonen av vitenskap og sannhet konkrete sosiale konsekvenser (Jørgensen & Phillips, 2008)

Sosialkonstruksjonisten står i opposisjon til positivistiske og empiristiske forskningstradisjoner som hevder at essensen av verden kan bli avslørt ved observasjon, og at det som eksisterer er det vi mennesker oppfatter eksisterer (Lock, 2014, Berger & Luckmann,

2011). Den mektige diskursen om det normale mennesket er et av målene for sosialkonstruksjonisten. Normalitetsdiskursen gir ikke bare føringer for det epistemologiske spørsmålet «hvordan skal jeg tenke?», men er vel så innflytelsesrik for det enda viktigere etiske spørsmålet «hvordan skal jeg handle?». Normalitetsdiskursen leder oss til å tvinge alle anomalier ut av syne, eller inn på rekke, og hjelpere blir «hjulpert» til å «hjelp» folk til å bli «normale» (Lock, 2014. s. 21-22).

3.1.2 Diskursteori og diskurser i sosialt arbeid

Diskursanalyse er en av en rekke sosialkonstruktivistiske tilnærminger (Jørgensen & Phillips 2008), og er en forlengelse av fenomenologien og hermeneutikken (Neumann, 2001).

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 beskriver Neumann (2001). I det hermeneutiske ligger en forståelse av at den sosiale virkelighet 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). Siden diskursanalyse ansees som både teori og metode innebærer det at forskeren må akseptere noen grunnleggende filosofiske premisser for hvordan mening skapes (Neumann, 2001).

I sosialkonstruktivistiske teoritradisjoner tar man også utgangspunkt i at vår mening og derfor vår virkelighet er konstruert ut fra språket i våre diskurser om den (Fook, 2016, s. 11).

Gjennom bruk av språket skaper individene en representasjon av virkeligheten. «Språket er lagringsplass for erfaringer, uten at individet må rekonstruere de opprinnelige formasjonsprosessene. Språket er med andre ord «ferdig til bruk» for de som vil eller kan, og verden blir virkelig fordi individene gjennom språket lager begreper om-, kategoriserer og tolker den» (Berger & Luckmann, 2011, s. 11). Språket blir en slags «maskin» som er med på å konstruere den sosiale verden og konstituerer sosiale identiteter og sosiale relasjoner.

Forskjellige diskurser vil utpeke forskjellige handlinger som mulig eller relevant i en gitt situasjon, og derfor får også den diskursive forståelsen sosiale konsekvenser. Det sosiale kan forandres i diskursen, gjennom diskursive kamper som forandrer og reproducerer den sosiale virkeligheten (Jørgensen & Phillips, 2008).

Karen Healy skildrer mellom tre diskurser innen helse- og sosialfag; de dominerende diskurser, de samfunnsvitenskapelige diskurser og de alternative diskurser (Healy, 2014).

Innen de dominerende diskurser finner vi blant annet den biomedisinske diskurs. Den biomedisinske diskursen har sterk innflytelse på tjenesteleveransen i mange helse- og sosialfaglige sammenhenger. Diskursen bestemmer hvem som blir sett på som kunnskapsrik eller ekspert, og kompetanse er assosiert med kunnskap om det biologiske grunnlaget for helse og sykdom (Healy, 2014). Det betyr at biomedisinen har makt til å definere hva som er problemet og hvordan problemet skal løses, samt hvilket språk/ord/begreper som brukes for å beskrive problemet (Healy, 2014, s. 38). Healy fremhever at i de siste tiårene har også de psykologiske diskurser og den sosiologiske diskursen, som man finner under de samfunnsvitenskapelige diskurser, hatt en fremgang innen helse- og sosial tjenesten (Healy, 2014, s. 69). Mens de psykologiske diskurser er forbundet med en «vitenskapelig» tilnærming til forståelse og håndtering av menneskelige problemer, så bidrar de sosiologiske diskurser med å forklare den sosiale opprinnelsen og konsekvensene av menneskelig atferd. Den sosiologiske diskursen gir en rekke perspektiver, kommentarer og fortolkninger av det sosiale livet, samt forklaringer av fenomenene sosial arbeideren møter i praksis (Healy, 2014, s.75). Mens de psykologiske diskurser er opptatt av menneskelig utvikling, menneskelig tilpasning til endring, mellommenneskelige forhold, psykologiske traumer og mental helse (Healy, 2014, s. 68). Sosiologene Davis og George kritiserer den biomedisinske diskursens manglende anerkjennelse av «måtene sykdom og helse er nært knyttet til den sosiale organisasjonen i befolkningen de forekommer i». Med andre ord antyder en sosiologisk diskurs at mange ting vi opplever som individer, for eksempel sykdom, også er sosialt organisert og produsert (Healy, 2014, s.76).

3.1.3 Michel Foucaults maktbegrep

Foucault er en sentral teoretiker innenfor nesten alle diskursanalytiske retninger og hans arkeologiske analyser av humanvitenskapen kan sies å være startskuddet til diskursanalysen (Jørgensen & Phillips, 1999; Rasborg et al, 2014). Diskurser er ifølge Foucault bestemmende og konstituerende for hvordan vi tenker om forskjellige fenomener, og setter søkelys på hvordan diskursene skaper mening i bestemte samfunnsmessige kontekster (Jørgensen & Phillips, 1999). Michel Foucault er spesielt kjent for sine begreper innenfor makt (Bacchi, 2009). Foucaults beskriver makt som en gjennomtrengelig kraft eller energi som finnes overalt, og hevder det oppstår ulike maktmekanismer eller maktteknologier som virker disiplinerende (Foucault 1982, i Aakvaag 2008). «Ettersom liberale samfunn i liten grad aksepterer autoritær styring, er bruk av makt og tvang lite anerkjent. Dette har konsekvenser

for hvordan man søker å styre eller regulere individer. Styring gjøres mindre synlig og den utformes og veves istedenfor diskret inn i programmer og strategier. Et eksempel på en diskret styringsform er styring som har som mål å lede individer til å styre seg selv» beskriver Knutsen (2019, s. 134). Panoptisk disiplinering handler om å få befolkningen til å styre seg selv gjennom godt etablerte normer i samfunnet som individene retter seg etter (Aakvaag, 2008). For å illustrere den panoptisk disiplinering bruker Foucault Jeremy Bentham's arkitektoniske idé av det optimale fengsel; Panopticon. Panopticon går ut på at selve bygningsstrukturen muliggjør en overvåkning av fangene, der fangene er fullstendig synlige, men fangene har ikke mulighet til å se sine medfanger eller voktere. Det er derfor ikke nødvendig at det er voktere i vaktårnet til enhver tid, men at fangene er bevisst om at de til enhver tid kan bli overvåket noe som gjør at fangene hele tiden må handle som om de ble overvåket. På denne måten disiplineres de ikke gjennom tvang, men gjennom en synlighet som får dem til å disiplinere seg selv (Foucault 1995, i Aakvaag 2008). Når normer for ønskelig atferd er satt i samfunnet blir mennesker videre et politisk subjekt som involverer seg i selvovervåking og selvregulering (Bacchi, 2009, s. 29). Styring med mål om å optimere befolkningens helse kalte Foucault biomakt. Et mål om å fremme helse kan for eksempel være «fem om dagen», som vi kjenner godt til. Dette er et mål som har som intensjon å påvirke folk til å leve sunnere. Intensjonen om å påvirke enkeltindividers selvstyring er basert på en styringsrasjonalitet som Foucault omtalte som «governmentality», som vil si styring rettet mot å styrke individers kapasitet til å handle på bestemte måter (Knutsen, 2019, s. 135). «Med utgangspunkt i samfunnets normer for hvordan et sunt liv skal leves, blir målet å få folk til å gjøre «det rette og sunne» ved at de påvirkes til å ønske det selv. Styringen av individer foregår derfor ved en optimalisering av kapasitet og ressurser gjennom enkeltindividers selvteknologier» forklarer Knutsen (2019, s. 134-135).

3.2 Teoretiske perspektiver og begreper

3.2.1 Hva er et sosialt problem?

Ifølge Ellingsen et al. (2023) oppstår sosiale problemer i forholdet mellom individ og samfunn. Sosiale problemer må forstås som områder hvor både samfunnsstrukturelle og individuelle forhold er av betydning. Videre beskrives det at «sosiale problemer er en påstått situasjon som bryter med en betydelig gruppe personers verdier og hvor det er enighet om at handling er nødvendig for å endre situasjonen» (Ellingsen et al., 2023, s. 41).

Meeuwisse et al. (2002) sin definisjon på sosiale problemer er at: «et sosialt problem bør oppfattes som en relasjon, som avstanden mellom det som anses som normalt og akseptabelt i et samfunn til en gitt tid, og til det som oppfattes som problematiske, ikke-ønskelige fenomener» (Meeuwisse et al., 2002, s. 136). Hva man anser som normalt og akseptabelt endrer seg i løpet av tiden, derfor vil også hva som anses som sosiale problemer endre seg. Sosiale problemer dreier seg også om uenighet. Uenighet om hvordan et aktuelt sosialt problem skal løses og hvordan det skal forstås (Halvorsen, 2017). Når individer og grupper i et samfunn tillegger fenomener betydning og mening, og bestemte forhold får karakterer av et sosialt problem, oppstår prosessen som skaper et sosialt problem (Meeuwisse et al., 2002). For å forstå hvordan sosiale problemer oppstår og opprettholdes trenger vi en forståelse av samfunnet rundt oss, alt fra samfunnet lovverk, politikk, normer og verdier (Berg et al., 2015). Sosialt arbeid skal hjelpe å løse sosiale problemer gjennom å se på relasjonen mellom personen og dens omgivelser.

Payne (Meeuwisse et al., 2002, s. 40-41) påpeker videre at utviklingen av et sosialt problem er en prosess i fire stadier. 1. Et bestemt problem defineres som sosialt. Her går problemet fra å bli oppfattet som et individuelt problem, til et problem som angår hele samfunnet. 2. Man definerer det sosiale problemet som noe man kan gjøre noe med gjennom politiske og/eller samfunnsmessige tiltak/mål. 3. Fenomenet defineres som et sosialt problem som krever en bestemt type inngrep. 4. Vise at det finnes metoder, teorier og ressurser som kan håndtere det definerte sosiale problemet.

3.2.2 *Personen i situasjonen*

Levin (2017) beskriver at sosialt arbeid som fagområde skal hjelpe med å løse sosiale problemer gjennom å se på relasjonen mellom personen og dens omgivelser. Sosialt arbeid handler som sett ovenfor, både om individet og om samfunnet. Både enkeltmennesket og gruppen, og deres forhold til samfunnet rundt er gjenstand for analyse. Formålet er å fremme likeverd og respekt, og å bidra til at mennesker får brukt sine ressurser og at deres behov blir møtt. Dette uttrykkes ofte som «personen i situasjonen», og i begrepet forstås «personen» som et kollektiv, og kan inkludere både et individ, en gruppe eller en annen enhet (Levin, 2017, s. 10, 15).

3.2.3 Normalitet, avvik og stigma

Alle samfunn er basert på regler, normer og noen felles fortolkningsrammer som varierer i både omfang og styrke. Hvis en bryter sentrale normer iverksettes ofte ulike sanksjoner, og passer en ikke inn, blir en betraktet som avviker (Eriksen, 2006).

Becker (1963) tar utgangspunkt i en definisjon av avvik, der individet ikke klarer å adlyde gruppens regler. Han ser ikke på avvik som en kvalitet ved handlingen som utføres av personen, men en konsekvens av at andre rundt sanksjonerer den etter reglene som gjelder (Becker, 1963). Beckers forståelse av avvik er derfor interaksjonistisk og relativt; det oppstår i samhandling og er avhengig av kontekst. Motsatt kaller Goffman de som ikke avviker negativt fra våre forventninger i en gitt situasjon for «de normale» (Goffman, 2009).

Normalitet kan også sees på som en sosial konstruksjon, der grensene for hva som er normalt og hva som er unormalt, hva slags institusjoner som tar hånd om avvikere og hvilke sanksjoner som iverksettes, varierer historisk og på tvers av kulturer (Becker, 1963).

Siden Adolph Quetelet oppfant BMI tabellen i søken etter «gjennomsnitt mannen», har kroppsvekt vært en viktig del av normalitetsdiskursen (Grue, 2016). BMI tabellen brukes i dag for å definere hva som klassifiseres som under-, normal-, og overvekt og fedme klasse 1, 2 og 3 (WHO, 2010). På denne måten bidrar tabellen til å klargjøre hva som betraktes som normal og avvikende kroppsvekt. Innen det medisinske miljø har normalitetsdiskursen historisk stått sterkt, både når det gjelder den medikaliserte normale kroppen som ideal, og å behandle med utgangspunkt i å gjøre noe unormalt til normalt (Grue, 2016). Ved siden av den medisinske diskursen om normalitet/avvik, beskriver Sirnes & Meyer (2004) det moderne massemedia som den fremste normaliseringsinstansen i dagens samfunn, og Grue (2016) beskriver hvordan media bombarderer oss med bilder om hvordan man bør se ut og hvilke egenskaper kroppen bør ha (Grue, 2016). «The fat body exists as a deviant, perverse form of embodiment and, in order to be accorded personhood, is expected to engage in a continual process of transformation, of becoming and, indeed, *unbecoming*» (Murray, 2005, s. 5). Så i diskursen om normalitet/avvik har derfor den store kroppen kun innpass i normaliteten gjennom et ønske om å bli mindre (Sirnes & Meyer, 2004).

Avvik er et begrep nært knyttet til stigma. Når bestemte personer blir merket av sine omgivelser fordi de innehar avviksroller, snakkes det om stigmatisering (Malterud & Ulriksen, 2010). Erving Goffman opererer med begrepet stigma, der han forklarer stigma som å bli sosialt merket, og som vil få konsekvenser for menneskets attraktivitet og egenverdi. En

person som i utgangspunktet ville blitt sosialt akseptert, innehar en egenskap som gjør at andre får et negativt forestillingsbilde og behandles deretter. Dette kan for eksempel være en person som anses som «fet» utfra medisinske normer. Overvektige og «fete» blir 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). Stigmaet kan være til skade for selvfølelse, følelse av identitet, medborgerskap og verdighet (Goffman, 2009). Goffman skiller videre mellom tre former for stigma; kroppslige feil, karaktermessige feil og feil betinget av arv. De kroppslige finnes i form av kroppslige, fysiske misdannelser. De karaktermessige gir seg til å kjenne gjennom blant annet mangel på viljestyrke, dominerende eller unaturlige lidenskaper, eller forræderske eller kompromissløse oppfatninger. Stigma knyttet til arv er rase, nasjonalitet og religion og overføres gjerne fra en generasjon til neste (Goffman, 2009).

3.3 Oppsummering av kapittel 3- Vitenskapsteoretisk ståsted og teoretisk rammeverk

I dette kapitlet har jeg redegjort for vitenskapsteoretisk ståsted og det analytiske rammeverket som danner et grunnlag for analyse. Jeg startet med å presentere sosialkonstruktivisme, før jeg bevegde meg videre til å beskrive diskursteorien som er utgangspunktet for denne oppgaven, og som også hviler på et sosialkonstruktivistisk grunnlag. I kapittel 3.2 presenterte jeg hva et sosialt problem er, samt en kort beskrivelse av de teoretiske begrepene normalitet, avvik og stigma.

4. Metode

Diskurs var et fremmedord for meg før jeg startet på masterstudiet, men da jeg lærte om diskurs som begrep første året ble jeg raskt nysgjerrig på metoden. Diskursanalyse tilhører den kvalitative forskningen, og metoden sprang opprinnelig ut av en litteraturkritisk og språkvitenskapelig tradisjon før den etablerte seg som egen forskningsmetode (Brottveit, 2021, s. 113). Diskursanalysen er spesielt opptatt av språk og hvordan meningsinnhold snakkes frem i tekster (Brottveit, 2021). Å studere tekster kritisk innebærer både en grundig lesning og at man forholder seg til tekstens innhold som datamateriale. Metoden kan derfor forstås som en dialog mellom forskeren og teksten. Dialogen utføres ved at man utforsker og stiller kritiske spørsmål til tekstens innhold og form (Brottveit, 2021, s. 110), og hvor man noen ganger også må korrigere egne fordommer og forhåndsantakelser om et felt (Brottveit, 2021). Denne måten å analysere tekst på kan bidra til en dypere forståelse og innsikt i sosiale fenomener (Aase & Fossaskåret, 2014).

Ofte eksisterer flere forskjellige diskurser om ett og samme tema, men noen diskurser er ofte mer fremtredende enn andre. De mest dominerende diskursene er ofte et uttrykk for det man betegner som den «allmenne» eller gjengse oppfatningen om et tema (Brottveit, 2021, s. 114). Dersom en representasjon møter lite motstand, eller fremstår som naturlig for oss, vil dette si at den representasjonen står i et hegemoni (Neumann, 2001). Når man har identifisert hvilke diskurser som er styrende i et samfunn, er det viktig å undersøke diskursenes opphav, hvordan den har utviklet seg og blitt formet og opprettholdt over tid. Ifølge Foucault er diskurser noe som utvikler seg over tid, gjennom ulike historiske epoker og kulturer, og de formes og opprettholdes av samfunnsutviklingen (Brottveit, 2021).

Det finnes ulike tilganger til diskursanalyse. Hvilke former for tekstanalyse som velges, avhenger av hva som er undersøkelsens tema og problemstilling, samt hvilke typer tekster som er valgt (Brottveit, 2021). Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Bacchi sin tilnærming «What's the Problem Represented to be?».

4.1 «What's the «problem» represented to be? »

«What's the «problem» represented to be? » (WPR) er utviklet av sosiologen Carol Bacchi. Analysemetoden går ut på å analysere «problemrepresentasjoner» og hvordan «problemer» blir representert i offentlige policy-dokumenter og deretter undersøke forslaget til de politiske løsningene. WPR er en kritisk fremfor enn en beskrivende form for analyse (Bacchi, 2009).

WPR tar utgangspunkt i at «problemer» i policydokumenter ikke er nøytrale og entydige, men at et problem kan presenteres på én måte å se virkeligheten og årsakssammenhenger på, som dermed representerer gitte styringsdiskurser (Ljunggren & Lauritzen, 2018). Bacchi (2009, s. xi) beskriver det slik: «... what we propose to do about something indicates what we think needs to change (“the problem”) ». Denne måten å tenke på korresponderer med et poststrukturelt makt-perspektivt syn på styring (Ljunggren & Lauritzen, 2018), og undergraver den konservative tilnærmingen til politiske dokumenter (Bacchi, 2009). Bacchi (2009) hevder at de fleste konvensjonelle tilnærminger til policyanalyse innebærer en antagelse om at formålet med politikk er å løse sosiale problemer gjennom policy-dokumenter. I følge Bacchi (2009) blir politiske dokumenter ikke forstått som dokumenter som adresserer allerede eksisterende problemer, men dokumentene bidrar til å konstruere dem. Ved å sette et «problem» som en bestemt «problemrepresentasjon», kan en rekke faktorer bli forenklet og bare deler av historien blir fortalt. Diskurser har derfor to sider, både det som ytres og representeres og det som ikke synliggjøres (Ljunggren & Lauritzen, 2018). Bacchi (2009, s. 263) forklarer det med sitatet: «problematisations are framing mechanisms; they determine what is considered to be significant and what is left out of consideration. As a result, public policies create ‘problems’ that channel and hence limit awareness of and sensitivity to the full range of troubling conditions that make up our existence. »

For å gjennomføre WPR-analyse, har Bacchi formulert seks analytiske spørsmål som kan stilles til dokumenter. Spørsmålene tilbyr en tydelig, men også en fortolkende måte å forstå hvordan «problemet» blir representert (Bacchi, 2009). Spørsmålene kan så inndeles i tre antakelser (Bacchi, 2009, s. 25): 1. Vi styres gjennom problematiseringer. 2. Vi må analysere problematiseringene fremfor «problemene». 3. Vi må stille spørsmål til problematiseringene som presenteres gjennom å kritisk granske de premissene og effektene av innholdet av problemrepresentasjonene.

1. Vi styres gjennom problematiseringer

I første antagelse ligger en oppfatning om at styringen skjer gjennom de politiske dokumentenes fremstilling av «problemet» og ikke gjennom de politiske dokumentene i seg selv (Bacchi, 2009, s. 31). Målet ved analysen blir å undersøke hvordan problematiseringene bidrar til styring (Bacchi, 2009). WPR ser også utover staten for å forstå hvordan styring skjer, noe som gjør at WPR- tilnærmingen er vesentlig forskjellig fra de fleste former for politikkanalyse hvor man antar at staten bør være det primære stede å analysere. I WPR er staten bare én aktør mens andre aktører som f.eks. samfunnsvitere, leger og ernæringsfysiologer også med på å påvirke styringen (Bacchi, 2009). Bacchi beskriver det følgende: «in a WPR approach we are focusing on the knowledges through which rule takes place, and the influence of experts and professionals on and through these knowledges, rather than examining their direct role as participants in political processes» (Bacchi, 2009, s. 26).

2. Vi må analysere problematiseringene

Den andre antakelsen handler om å analysere diskursene, eller det som fremstilles som sannheter, som former oss til objekter for styring (Bacchi, 2009). «Problemrepresentasjonene» eller diskursene har det til felles at de verken speiler virkeligheten eller er objektive sannheter, men likevel kan de gjennom normaliseringsprosesser fort blir fremstilt og oppfattet som det (Bacchi, 2009). Bacchi (2009, s. xvi) oppfordrer derfor forskere til å ta i bruk «et nytt paradigme» eller «problem-spørsmål» snarere enn «problemløsning» i arbeidet med analysen. Forskeren trenger selv ikke å akseptere at det er et problem eller akseptere problematiseringen, men hun eller han skal undersøke hvordan styresmaktene problematiserer og fremstiller «problemet». Ved å analysere hva «problemet» er representert å være, hevder Bacchi (2009) at vi kan avdekke styrestil, forutsetningene, begrunnelsen, mangler og sannsynlige ringvirkninger av en bestemt måte å se et «problem» på. Policy-dokumenter blir dermed et emne for «etterforskning» hvor ingenting skal «taes for gitt» (Bacchi, 2009).

3. Vi må undersøke hvilke effekter «problemrepresentasjonene» produserer og hvordan de kan ha negative konsekvenser for noen grupper i samfunnet

I den siste antakelsen foreslår Bacchi (2009) at man skal undersøke tre sammenkoblede og overlappende effekter: diskursive effekter, subjektiverende effekter og livseffekter. De diskursive effekter handler om hvilke grenser diskursene setter for hva som kan sies eller tenkes (Bacchi, 2009, s. 41). Subjektiverende effekter handler om hvordan subjektene blir fremstilt i problemrepresentasjonen, og hvordan de ulike subjektposisjoner blir tilgjengelige for oss gjennom hvordan den gjeldende politikken/samfunnet definerer sosiale relasjoner. De subjektiverende effektene kan for eksempel brukes til å sette grupper av mennesker i opposisjon til hverandre, eksempelvis «de overvektige» versus «de normalvektige». Livseffekter er de direkte påvirkningene problemrepresentasjonene har på befolkningen som helhet, grupper og enkeltpersoner (Bacchi, 2009).

Bacchi (2009) er også opptatt av at i WPR-analysen ønsker man å grave dypere i de måtene som mening skapes på gjennom bestemt språkbruk. Bacchi (2009) ønsker derfor at nøkkelord, kategorier og dikotomier identifiseres. Nøkkelord, nokså åpne begreper, men som folk tillegger forskjellig innhold i, er gjennomgående i den offentlige og politiske sfæren. Ifølge Fairclough (Aakvaag, 2008) er ikke valg av ord tilfeldige, men formet av sosiale krefter. Kategorier er begreper som spiller en sentral rolle i hvordan styring foregår (Bacchi, 2009) ved at man i politiske beslutningsprosesser plasserer mennesker i ulike kategorier. Slike kategorier kan for eksempel være «overvektig», «god helse» og «arbeidsledige». Kategoriene gjenspeiler en måte å organisere atferd og mennesker på, der de ulike kategorier er skapt i et samfunn. Hvordan slike kategorier av mennesker blir skapt er viktig for hvordan styring foregår (Bacchi, 2009). Videre hevder Bacchi at en stor del av offentlig debatt hviler på dikotomier, der den ene siden anses som mer verdifull eller mer viktig enn den andre, et slags hierarki. Ifølge Bacchi er dikotomiene med på å forenkle komplekse problemstillinger, og ved å være dem bevisst kan vi se hvordan de er med på å forme framstillingen av et problem (Bacchi, 2009, s. 8).

Bacchi oppfordrer til at man som forsker skal analysere *fra* løsningene *til* problemrepresentasjonene (Ljunggren & Lauritzen, 2018), der man begynner med spørsmål 1 «Hva er «problemet» fremstilt som?» som er avgjørende for å kunne gå videre med WPR-analysen. De fem neste spørsmålene går grundigere til verks for å finne ut hva som ligger bak

hvordan denne forståelsen har blitt til. Modell 4.1 tar for seg spørsmålenes formål og oppnåelse. På høyre side av modellen ser man hovedspørsmålene, mens på venstre side vises hva man skal se etter når man besvarer spørsmålene.

Modell 4.1

Spørsmål	Formål og oppnåelse av spørsmålet
1. Hvordan representeres problemet?	Spørsmålet skal gi en oversikt over situasjonen: Hva er det impliserte “problemet”? Hvilke endringer er foreslått? Kritisk tenkning; eksisterer det et <i>faktisk</i> problem?
2. Hvilke antagelser ligger til grunn for måten «problemet» blir representert på?	Avdekke den ubevisste kunnskapen og verdiene som ligger til grunn: Hvilke sannheter må være til stede for at problemrepresentasjonen er blitt til? Nøkkelbegreper, kategorier og dikotomier.
3. Hvordan har problemrepresentasjonen blitt til og fått aksept?	Reflektere og identifisere hvordan representasjonen har tatt form og fått aksept Hvilke forhold har gjort at en bestemt framstilling av et problem har tatt form og antatt dominans.
4. Hva mangler i denne framstillingen av problemet?	Måter problemet er fremstilt på er med på å både definere, påvirke og begrense politikken. Hva er det som ikke kommer til syne eller er blitt oversett? Kan «problemet» fremstilles på en annen måte?
5. Hvilke konsekvenser produseres gjennom måten «problemet» blir representert på?	Spørsmålet har en antagelse om at noen problemrepresentasjoner skaper vanskeligheter for medlemmer av noen grupper
6. Hvordan og hvor er problematiseringen av problemet blitt produsert, formidlet og forsvart?	Hvilken rolle har media?

4.2 Datainnsamling og empiri

Før man går i gang med WPR-analysen, må man bestemme seg for hvilke(t) dokument(er) man ønsker å undersøke. Bacchi (2009, s. 54) hevder at tekstvalg i seg selv er en fortolkende aktivitet. Ved tekst som datamateriale er det det utvalgte tekstbidrag som utgjør datagrunnlaget, det vil si det som skal fremstilles, fortolkes, analyseres og drøftes opp

mot undersøkelsens tema og problemstilling. Man forholder seg da til denne teksten på en grundigere og mer utdypende måte enn når man leser og anvender ulike tekster og faglitteratur for å underbygge en mening eller i forbindelse med en drøftingsdel i en oppgave (Brottveit, 2021, s. 117).

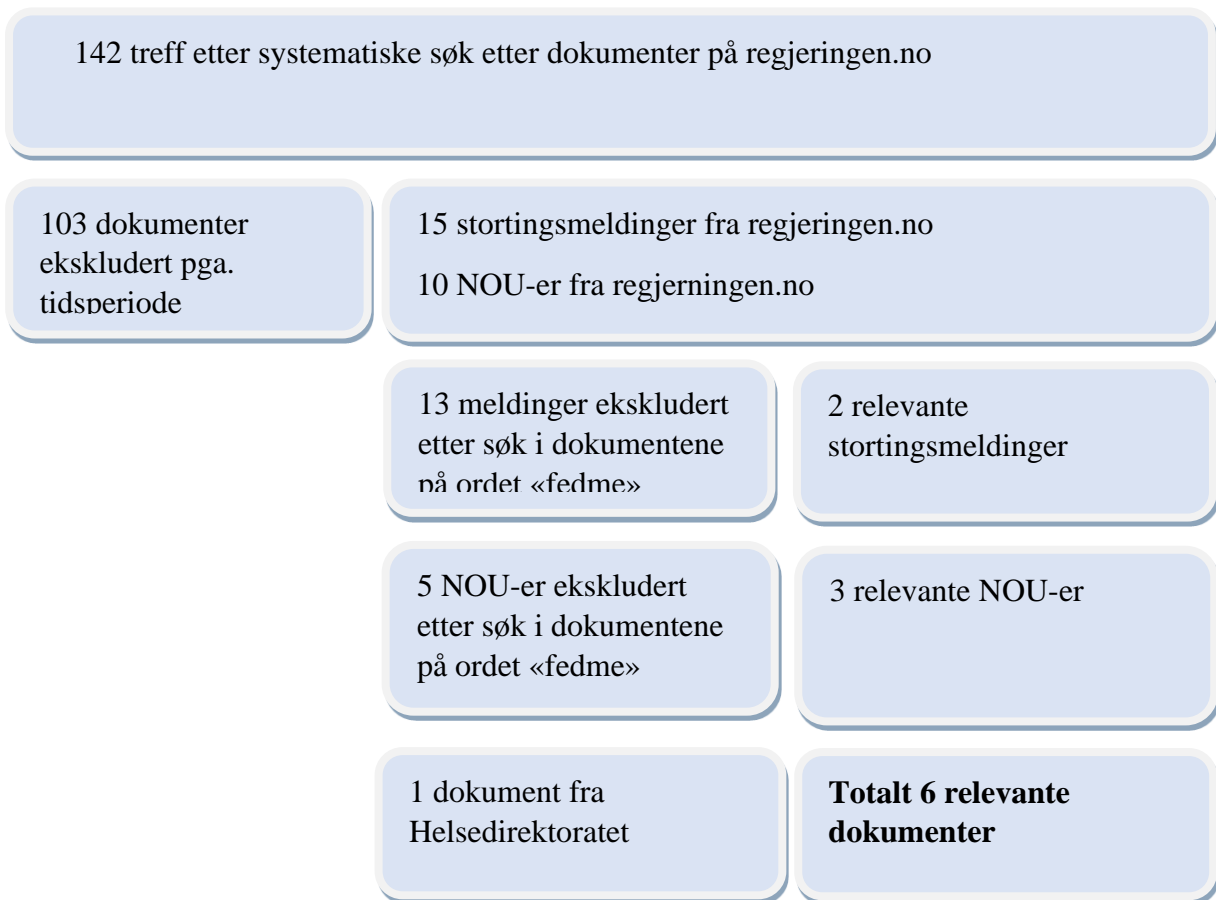
4.2.1 Søk etter norske offentlige dokumenter

Gjennom min studie innen «fedme og helse» ved NTNU i 2020 er jeg godt kjent med Helsedirektoratets faglige retningslinjer «*Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*». Dette dokumentet vil derfor være «hoveddokumentet» i min studie. I tillegg til dette dokumentet vil jeg også undersøke hvordan overvekt og fedme uttrykkes i andre norske policy-dokumenter. Offentlige myndigheter kan hevdes å være betydningsfulle meningsbærere, og for å forstå diskursen rundt overvekt og fedme i Norge vil jeg derfor undersøke NOU'er og Stortingsmeldinger. Stortingsmeldinger presenterer ofte regjeringens løsninger på problemene, hvilket implisitt gir meg tilgang til problemrepresentasjonene som er kjernen i metoden WPR.

Utvalget av stortingsmeldinger og i NOU-er er resultat av en stegvis utvelgelsesprosess med utgangspunkt i problemstillingen og de analytiske spørsmålene. Søket ble gjort på regjeringens hjemmeside www.regjeringen.no. Jeg har brukt ordene «overvekt OR fedme» i søkefeltet, men å søke på denne måten, resulterte i alle setninger som bruker ordet «overvekt» også med en annen betydning enn hva jeg søker etter i denne studien. Søket gav 1273 treff. Jeg valgte derfor å avgrense søket til bruk av ordet «fedme» i søkefeltet, et resultat på 142 treff. Jeg avgrenset videre søket til å kun gjelde for de siste 5 årene; 2019-2023. Jeg satt da igjen med 39 treff. Videre skulle søket kun gjelde «meldinger» og «NOU-er», noe som resulterte i 25 treff. Jeg startet med å åpne de 15 stortingsmeldingene og søkte i dokumentene på ordet «fedme» og «overvekt». Det samme gjorde jeg med de 10 NOU-er. Gav søket 5 treff eller mindre på ordet «fedme» leste jeg raskt gjennom avsnittene som inkluderte ordene for å se om det fremdeles var relevant å bruke dokumentet. Jeg satt til slutt igjen med 2 stortingsmeldinger og 5 NOU-er, samt Helsedirektoratets faglige retningslinjer.

Avslutningsvis gikk jeg gjennom de 8 relevante dokumentene for å undersøke om noen av dokumentene var like i innhold bare med forskjellige år eller overskrift. 2 ble ytterligere ekskludert og 6 av dokumentene ble beholdt. Søkene ble gjort i 5 steg og er illustrert i modell

Modell 4.2



4.2.2 Feltet hvor materialet produseres

Før jeg går videre ønsker jeg å danne en oversikt over materialets posisjon og hvilke organer som har ansvar for hva. Norges regjering fremmer lovforslag og saker for Stortinget. Innen regjeringen finner man forskjellige departementer, deriblant Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). HOD er et norsk departement som blant annet har ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester og helselovgivning i Norge. Departementet har som mål å bidra til å fremme god folkehelse, samt å sørge for at befolkningen får gode og likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted og økonomi (Regjeringen, u.å). Folkehelseinstituttet (FHI) og Helsedirektoratet er underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet er et fag – og myndighetsorgan (Regjeringen, u.å). Helsedirektoratet er iverksetter av vedtatt politikk og forvalter av lov og regelverk innenfor helse- og omsorgssektoren. I tillegg har Helsedirektoratet et helhetlig ansvar for den nasjonale helseberedskapen i Norge. Helsedirektoratet har også ansvar for å treffe vedtak om etablering, endring eller avvikling av

nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2023). FHI er et statlig forvaltingsorgan og har en sentral rolle som kunnskapsprodusent for hele helsesektoren. Instituttet har nasjonale oppgaver innen forskning, helseanalyse, systematisk kunnskapsoppsummering og metodevurdering, rådgivning og tjenester. Instituttet skal produsere, oppsummere og formidle kunnskap for å bidra til god folkehelse og rettsikkerhet og være kompetanseinstitusjon på områdene fysisk helse, psykisk helse, rus, miljømedisin, smittevern og rettsmedisin (Regjeringen, u.å). Norges offentlige utredninger (NOU) er statlige rapporter med formål om å presentere og drøfte kunnskapsgrunnlaget som finnes og mulige handlingsvalg eller strategier for videre utvikling og iverksetting av offentlige tiltak som skal løse samfunnsmessige problemer eller utfordringer. Utredningsarbeidet til en NOU foretas av et særskilt utvalg oppnevnt av regjeringen, dette kan f.eks. være politisk uavhengige eksperter på fagområdet eller fra norske forskningsinstitusjoner. NOU-er utgjør normalt det første trinnet i en lengre offentlig beslutningsprosess, og går ofte gjennom en politisk bearbeiding som normalt ender med utforming av en stortingsmelding som videre danner Stortingets behandling av saken (Hansen, 2020; Moen 2018). Stortingsmelding brukes når regjeringen vil presentere saker for Stortinget uten forslag til vedtak. Meldingene er en rapport til Stortinget om arbeid som er gjort på et spesielt felt, eller drøfting av framtidig politikk. Meldingene, og behandlingen av dem i Stortinget, danner ofte grunnlaget for en senere proposisjon. Melding til Stortinget benyttes også når regjeringen vil trekke tilbake et lovforslag (Stortinget.no, 2022; Moen, 2018).

4.3 Presentasjon av inkluderte dokumenter og utvalg i dokumentene

Dokumentene som er valgt ut i tråd med modell 4.2 side 39, er lange og omfattende. Bacchi (2009) ber forskeren konkretisere bakgrunnen og konteksten for tekstvalget. Etter å ha orientert meg om helheten i dokumentene gikk jeg inn på delene av dokumentet som fremsto som mest relevant for min problemstilling.

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

De nasjonale faglige retningslinjene er et nasjonalt offentlig dokument på 82 sider, utarbeidet for primærhelsetjenesten, og omhandler forebygging, utredning og behandling av overvekt og

fedme. Helsedirektoratet er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer. Dersom helsepersonell eller institusjoner velger å fravike anbefalinger i en retningslinje, skal dette dokumenteres og begrunnes (Helsedirektoratet, 2021). Retningslinjen er fra 2010 så man må ta til etterretning av det er gjort både forskning, kliniske erfaringer og utvikling av nye behandlingstilbud siden den ble utgitt. Jeg har brukt hele dokumentet til utgangspunkt for analysen.

NOU 2023:5 Den store forskjellen— Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse

Dokumentet er utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, og er på 302 sider. Dokumentet omhandler i all hovedsak utfordringer blant kvinner når det gjelder risiko og forekomst av sykdom, og bruk av helse- og omsorgstjenester. Kapitlene jeg har valgt å bruke i min analyse handler om «Vold og overgrep» generelt og hvilke helsekonsekvenser det har for individet. Jeg ser dette relevant da det handler om sosiale problemer, og trekker paralleller for det jeg beskrev i kapittel 2 om ACE-studien og dens konsekvenser i forhold til fedme og overvekt.

Analysens utgangspunkt: kapittel 5.5.2 «Helsekonsekvenser av vold», boks 5.5 «Noen er mer utsatt for overvekt enn andre», kapittel 5.6.1 «Kosthold», kapittel 5.6.2 «Vekt». I tillegg kommer kapittel 9.2 «Jenter og unge kvinners helse»

Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga— Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller

Dokumentet er en stortingsmelding utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet. I folkehelsemeldingen presenterer regjeringen innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Jeg har valgt å ta med denne stortingsmeldingen for å se hva som er diskursen i dokumentet om WHO sine målsetninger, regjeringens forebygging av fedme og overvekt, individuell tilpasning, medias påvirkning og stigma. Dette er temaer jeg har gjort rede for i kapittel 1 Innledning og kapittel 2 Kunnskapsstatus.

Analysens utgangspunkt: kapittel 4. «Levevaner og forebygging av ikkje-smittsame sjukdommar (NCD)», kapittel 4.1 «Mål», kapittel 4.3.3 «Verne barn og unge mot markedsføring av usunn mat og drikke», kapittel 4.6 «Overvekt og fedme», kapittel 8. «Førebyggande arbeid i helse- og omsorgstenesta», kapittel 8.1 «Mål», boks 8.2 «Takst for

livsstilsintervensjon», samt kapittel 11.2 «Kunnskapsbehov i det framtidige kunnskapssystemet»

NOU 2020: 16. *Levekår i byer — Gode lokalsamfunn for alle*

By- og levekårsutvalget, som er underlagt Kunnskapsdepartementet (KD) og Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD) står bak dette dokumentet. Dokumentet tar for seg utredning av levekårs- og integreringsutfordringer i områder i og rundt de store byene i Norge, samt drøfting av konsekvenser av opphopning av levekårsutfordringer både på individ- og samfunnsnivå (Regjeringen, 2021). Utvalget foreslår strategier og tiltak for å sikre at alle kan bo og vokse opp i trygge og inkluderende lokalsamfunn med gode boforhold, gode oppvekstvilkår, gode levekår og gode forutsetninger for integrering (Regjeringen, 2020). Jeg har valgt å ta med dette dokumentet da det tar opp sosiale ulikheter og fedme, som jeg skildrer i kapittel 2.1.

Analysens utgangspunkt: kapittel 6.5 «Barns helse», samt kapittel 6.5.1 «Sosial ulikhet i helse starter tidlig».

NOU 2019: 8. *Særavgiftene på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer*

I NOU om «Særavgiftene på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer» foretas det en helhetlig vurdering av dagens særavgifter på disse varene herunder helseeffekten av avgiftene og konsekvensene for bransjen og avgiftsmyndighetene, samt vurderes det om avgiftene kan og bør utformes slik at de i større grad tar hensyn til helse- og ernæringsmessige formål. Kapitlene jeg har valgt fra dette dokumentet omhandler konsumentens suverenitet, sukker og energitette matvarer, sosiale ulikheter, kosthold og fysisk aktivitet. Dokumentet ser potensialet for forebyggende fedmetiltak i et langtidsperspektiv.

Analysens utgangspunkt: kapittel 3.3 «Begrunnelse for helserelaterte avgifter», kapittel 3.3.1 «Eksternaliteter», kapittel 3.3.2 «Internaliteter», kapittel 3.4 «Særavgifter», kapittel 10.5 «Energitette, næringsfattige matvarer», boks «10.3 Folkehelsestatus i Norge», kapittel 10.6.1 «overvekt og fedme», kapittel 10.6.3 «Sosial ulikhet i kosthold og helse», kapittel 10.9 «Besparelser som følge av redusert forekomst av overvekt». I tillegg kapittel 13.3 «Effekter

av helseavgifter på mat og drikkevarer» og boks 13.1 «WHO – om virkemidler i folkehelsepolitikken», samt kapittel 15.7.2 «Helsemessige konsekvenser».

Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn

«I Folkehelsemeldingen presenterer regjeringen den samlede innsatsen for å fremme bedre folkehelse og god livskvalitet i befolkningen. Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt, og noe av formålet med denne meldingen er å samle og redegjøre arbeidet i ulike sektorer. Regjeringen vil videreføre og videreutvikle et effektivt, systematisk og langsiktig folkehelsearbeid. En viktig del av dette er å skape et trygt samfunn og fremme helsevennlige valg. Særlig på noen områder ønsker regjeringen å forsterke innsatsen. Dette gjelder områdene tidlig innsats for barn og unge, forebygging av ensomhet og mindre sosial ulikskap i helse» (Meld. St. 19, 2018-2019, s. 1). I dette dokumentet har jeg valgt å undersøke hele kapitlene 6 og 8 som omhandler gode levevaner og hva som angår politikk og folkehelsearbeidet til regjeringen.

Analysens utgangspunkt: kapittel 6. «Gode levevaner og helsevennlige val», samt kapittel 8. «Helse i all politikk».

4.4 Etiske overveielser, min posisjon, samt svakheter ved studien

I dette masterprosjektet er det ikke blitt samlet inn sensitive opplysninger, og det har derfor ikke vært nødvendig å søke om godkjenning SIKT. Datamaterialet er åpent tilgjengelig på Regjeringen og Helsedirektoratet sine sider og kan leses av alle. Men etikk handler også om objektivitet, hvordan jeg har utført studien, samt hvordan dokumentene bli behandlet- at jeg for eksempel ikke har tillagt dokumentene meninger de ikke har.

Kunnskapen om temaet overvekt og fedme som jeg har med ifra tidligere utdannelse og gjennom min yrkeserfaring, samt mitt engasjement for tematikken anser jeg både å være min styrke, men også min svakhet for studiet. Mitt store engasjement for tematikken vil kunne betraktes som støy i prosjektet ved at det kan påvirke resultatene (Tjora, 2012, s. 235), og ved gjennomlesing av sekundærlitteraturen pekte visse diskurser seg ut tidlig, noe som gjorde det mulig for meg å både avgrense hvilke diskurser som finnes, samt å fordype meg i disse diskursene. Denne prosessen har gjort meg til en handlende aktør (Jørgensen & Phillips, 1999). Med andre ord er det ikke bare datamaterialet mitt som er sosialt konstruert, jeg er

også en del av den sosiale verden, noe som dermed vil gjøre det vanskelig for meg å være helt objektiv i mine beskrivelser av dataene (Moen, 2018). Selv om WPR-tilnærmingen er systematisk er det viktig at jeg erkjenner at forskersubjektivitet kan påvirke analysen min. Jeg som forsker må ved bruk av WPR tenke kritisk om hvordan jeg konseptualiserer fedme og overvekt, og være klar over mine egne skjevheter, verdier og erfaringer med bakgrunn innen det naturvitenskapelige feltet. Ved bruk av WPR metoden har jeg også mest sannsynlig kommet frem til andre kvaliteter i dokumentene enn jeg ville gjort om jeg hadde valgt en annen metode.

Innen kvantitativ forskning snakker man ofte om reliabilitet og validitet som innebærer at samme metode skal kunne brukes av ulike forskere på det samme materiale, og de vil komme fram til samme resultat (Thurén, 2009, s. 31-32). Reliabilitet og validitet er ikke overførbart til kvalitativ forskning på samme måte og i en del sammenhenger brukes begrepene «troverdighet» og «bekreftbarhet» i stedet for når det gjelder kvalitativ forskning (Grønmo, 2004, s. 249). Selv om det finnes ulike subjektive sannheter må jeg ta høyde for at mine oppfatninger om tematikken vil kunne påvirke utførelsen og presentasjonen av studien. Som en handlende aktør er det derfor viktig at jeg tar hensyn til hvordan jeg kan styrke studiens bekræftbarhet og troverdighet. Dette kan jeg for eksempel gjøre ved å beskrive prosessen og innsamlingen av datamaterialet tydelig, reflektere rundt beslutninger som er tatt i prosjektet, kommentere saker som kan påvirke tolkning av resultater, samt å vise at resultater støttes av andre studier eller forskere. Disse faktorene skal sees i sammenheng med hva som er formålet med studien min (Tjora, 2012).

4.5 Oppsummering av kapittel 4 Metode

I dette kapittelet har jeg redegjort for valg av oppgavens metodiske tilnærming; «What's the «problem» represented to be?» (WPR). Jeg har videre beskrevet fremgangsmåten og bakgrunn for utvelgelse av de offentlige dokumentene. WPR- metoden brukes i neste kapittel for å analysere de utvalgte dokumentene som svarer på problemstillingen «hvordan representeres overvekt og fedme i sentrale norske offentlige dokumenter?». Avslutningsvis har jeg beskrevet min posisjon, etiske overveielser, samt svakheter ved studien og hensyn jeg må ta ved neste kapittels analyse.

5. Resultater - analyse av dokumenter og drøfting

I dette kapitlet presenterer og analyserer jeg funnene i datamaterialet mitt gjennom bruk av WPR-metoden. Analysen vil avdekke hvordan politiske «problemer» er diskursivt skapt i politiske dokumenter gjennom måten «problemet» er representert på. Drøfting av resultatene vil også foregå i dette kapitlet. Analysen er strukturert ved bruk av Bacchi 's seks spørsmål (se modell 4.1, side 37). Ved alle seks spørsmålene ser jeg på dokumentene samlet og anvender tekstutdrag fra datamaterialet for å belyse resultatene.

5.1 Hvordan representeres «problemet»?

Første spørsmål er selve startpunktet og grunnlaget for WPR-analysen. Det handler om å gi en oversikt over hva det impliserte «problemet» representeres som, hvilke endringer som foreslås, og kritisk tenkning omhandlende hvorvidt det *faktisk* eksisterer et problem. For å få en oversikt over hva det impliserte «problemet» representeres som, sier Carol Bacchi at vi må se nærmere på løsningsforslaget. Et politisk løsningsforslag avdekker forståelsen av at det finnes et problem, og henviser stort sett til det problemet som man politisk ønsker å løse (Bacchi, 2009).

5.1.1 Resultater av representasjoner av problemet

Når det gjelder representasjonen av «problemet» så hevder Helsedirektoratet (2010, s. 10) innledningsvis at «*fedme er en kronisk lidelse*», «*sykelig fedme er en alvorlig kronisk sykdom*», mens «*overvekt (KMI 25-30) er ingen sykdom i seg selv*». Men at både «overvekt og fedme er en risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer og plager, og kan skape alvorlige problemer for helse, trivsel og livskvalitet» påpeker dokumentene (Helsedirektoratet, 2010; NOU, 2023; Meld. St. 15, 2022–2023; NOU, 2019; Meld. St. 19, 2018- 2019). Diabetes type 2, hjerneslag, hjerte- og karsykdommer, flere former for kreft, søvnapné, muskel- og skjelettplager, ikke-alkoholisert fettlever, infertilitet og psykiske lidelser er noen av sykdommene og plagene som blir nevnt i dokumentene (Meld. St. 15, 2022–2023; Helsedirektoratet, 2010; NOU, 2019, Meld. St. 19, 2018- 2019). NOU (2019, s. 61) påpeker at overvekt og fedme er ifølge WHO den tredje viktigste risikofaktoren for tapte

leveår i høyinntektsland i verden i dag», og hevder at «beregninger fra 2016 viser 45.436 årlige tapte leveår for Norge». Helsedirektoratet (2010, s. 3, 14) mener videre at «sykelig fedme (KMI > 40 eller KMI > 35 med vektrelatert tilleggssykdom) er et alvorlig helseproblem», samt «en kronisk lidelse som krever langsiktig – om ikke livslang – oppfølging.», samt at «sykelig fedme i tillegg representerer risiko for ulike somatiske og psykiske tilleggslidelser» beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 10).

Dokumentene bemerker videre at forekomsten av fedme øker og at «fedme er et område som går i feil retning med henblikk på de globale målene om at færre skal ha ikke-smittsomme sykdommer» (Meld. St. 19, 2018–2019, s. 107). Helsedirektoratet (2010, s. 10) hevder at «vi står ovenfor en global epidemi». Helsedirektoratet (2010, s. 13) påpeker at «en av fem nordmenn har KMI > 30, noe som utgjør en dobling av andelen i befolkningen med fedme i løpet av de siste 20 årene». Videre presiserer NOU (2019, s. 19) at «rundt 50 prosent av menn og 38 prosent av kvinner har overvekt, og at blant menn mellom 45–79 år er det bare om lag 35 prosent som er normalvektige». Dokumentene forklarer at «denne utviklingen kan føre til økte helseutgifter for fellesskapet» (Meld. St. 15, 2022–2023; Meld. St. 19, 2018- 2019; Helsedirektoratet, 2010). I Helsedirektoratet (2010, s. 14) kommer de samlede kostnadene overvekt og fedme har for samfunnet frem på denne måte:

«Vektrelaterte helseproblemer står for 2–6 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land, og 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 fraværs dager fra arbeid årlig, og nærmere 1100 tilfeller av førtidspensjonering er relatert til overvekt».

I Meld. St. 15 (2022-2023, s. 63) uttales det at «for å snu utviklingen med økende overvekt og fedme er det nødvendig med strukturelle tiltak på befolkningsnivå som gjør det enkelt å ha gode kostvaner og å være fysisk aktiv i hverdag og fritid.» Helsedirektoratet (2010, s. 8) påpeker at «livsstilsbehandling har et hovedformål om å hjelpe pasienten til å endre livsstil slik at de blir mer fysisk aktive og har et riktigere kosthold.»

Helsedirektoratet (2010, s. 3, 14) hevder videre at «tidlig innsats og god oppfølging er sentralt i arbeidet med fedme», og at det er derfor «vesentlig at helsetjenesten får bedre forutsetninger for å behandle personer med overvekt og fedme». I Helsedirektoratet beskrives det at «fastleger og fysioterapeuter er sentrale i arbeidet med individrettet forebygging av vektproblemer og vektrelatert risiko og sykdom, mens ernæringsfysiologer kan være sentrale

medspillere i kostomlegging» (Helsedirektoratet, 2010, s. 23, 38). Videre beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 21) 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».

Ifølge Helsedirektoratet (2010, s. 60) så viser det seg «erfaringsmessig at det er vanskelig å oppnå varig vektreduksjon når man først er blitt overvektig, og at «en stor del av pasientene opplever tilbakefall eller manglende måloppnåelse» (Helsedirektoratet, 2010, s. 63). NOU (2019, s. 284) presiserer at «rundt 55 prosent av barn med fedme i barndommen fortsatt har fedme i ungdomsalderen, og 80 prosent av dem vil ha fedme i voksen alder. Det påpekes at «overvekt og fedme i barneårene kan ha alvorlige konsekvenser for barns helse og er en risikofaktor for sykkelighet i voksen alder» (NOU, 2020, s. 99). Videre bemerkes det at «det er en betydelig andel barn med overvekt, fedme og bukfedme som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status» (Meld. St. 15, 2020-2023), og at «utviklingen av overvekt og fedme i deler av barnebefolkningen vil kunne bidra til å opprettholde og øke sosiale helseforskjeller framover» (NOU 2020, s. 99).

5.1.2 Problemrepresentasjonen i dokumentene - «kronisk lidelse og sykdom»

Som resultatene viser representeres fedme som en «kronisk lidelse» og en «kronisk sykdom», og helt entydig som «et problem» i dokumentene. I dokumentet fra Helsedirektoratet (2010) på 83 sider omtales ordet «problem» 44 ganger. Datamaterialet skisserer at «fedme krever langsiktig - om ikke livslang - oppfølging», og hevder videre at fedme er et «alvorlig helseproblem», en «risikofaktor for utvikling av en rekke sykdommer og plager», samt å «skape alvorlige problemer for trivsel», «livskvalitet og «tapte leveår». Videre kommer det til uttrykk at vi står ovenfor en «*global epidemi*», og at «fedme er et område som går i feil retning når det holdes opp mot de globale målene om at færre skal ha ikke-smittsomme sykdommer». Avslutningsvis påpeker også dokumentene på utfordringene ved «varig vektnedgang når man først er blitt overvektig» og presiserer viktigheten av «tidlig innsats, forebygging og strukturelle tiltak på befolkningsnivå».

5.1.3 Drøfting av problemrepresentasjonen «kronisk lidelse og sykdom»

I kapittel 1.2.2 presiseres det at utenlandske helsepersonellorganisasjoner har siden 2013 anerkjent fedme som en sykdom. Problemrepresentasjonen «fedme som en kronisk lidelse og sykdom» samsvarer med innledningskapittelet, men å definere fedme som en kronisk lidelse

og sykdom (Helsedirektoratet, 2010; WHO, 2000; Bray et al., 2017) innebærer en forståelse av en negativ tilstand, som noe man sliter med og som muligens trengs behandling for. Med dette synliggjøres at innen medisinen står normalitetsdiskursen sterkt og historisk har det vært viktig å skille mellom normalitet og avvik (Sirnes & Meyer, 2004). Innen den medisinske diskursen om normalitet og avvik som to mentale skiller, vil det ligge en ubevisst forutsetning for dikotomien syk/frisk. Ved at fedme defineres som en «sykdom», vil da «fete» alltid stå i fare for å bli definert som avviker (Sirnes & Meyer, 2004).

Videre har kroppsvekt lenge vært en viktig del av normalitetsdiskursen (Grue, 2016), og ser man på Hunt undersøkelsen (Midthjell et al., 2013) så er flertallet av den voksne befolkningen i Norge definert som overvektige eller «fete» ut ifra dagens BMI (Nes et al., 2022). Med dagens klassifisering for BMI kan man anta at det er mer normalt å være overvektig enn normalvektig, men fremdeles er det å ha en BMI over 25 prinsipielt sett på som avviker fra normalen, og jo høyere BMI, jo mer avviker man. Så selv om problemrepresentasjoner eller diskursen ikke speiler virkeligheten eller er objektive sannheter, kan de gjennom normaliseringsprosesser fort blir fremstilt og oppfattet som det (Bacchi, 2009). Professor Krogstad åpner opp for spørsmålet om det bør vurderes en endring i BMI-skalaen for å følge utviklingen i samfunnet, samt den påståtte helsegevinsten ved å ha en BMI mellom 24-26 (Nordmo, 2019). Ved å stille kritiske spørsmål til hvordan fenomenet fedme skal forstås kan det bidra til endring av fedme diskursen, som igjen *kan* bidra til endring av arbeid med fedme, hvor og dersom det er nødvendig (Healy, 2014). BMI tabellen som i dag brukes innen det medisinske miljøet, både på et befolkningsnivå og på et individnivå (WHO, 2010), er med på å definere hva som skal klassifiseres som normal og avvikende kroppsvekt. Intensjon om å bruke BMI målinger på et individuelt nivå var som beskrevet i kapittel 1.1, aldri målet ved utarbeidelsen av verktøyet. Målet var som beskrevet å finne «gjennomsnitt mannen» i samfunnet (Eknoyan, 2008). Hadde man tatt utgangspunkt i å finne gjennomsnittsmannen/kvinnen i Norge ved bruk av BMI «i dag», ville den gjennomsnittlige mannen hatt en BMI på 27,6 og gjennomsnitts kvinnen en BMI på 26,9 (Midthjell et al., 2013). Med andre ord ville det «normale» i dag vært en BMI som per i dag defineres som overvektig ut ifra Adolph Quetelet sin tabell ifra 1800- tallet (Grue, 2016).

Når det angår spørsmålets diskurs er det hovedsakelig to diskurser som kommer til uttrykk i datamaterialet; den biomedisinske diskursen og samfunnsdiskursen (Healy, 2014).

Samfunnsdiskursen kommer til uttrykk i sammenhengen mellom «fedme og sosioøkonomiske forhold», samt at fedme er et «samfunnsansvar». Den biomedisinske diskursen er den dominerende diskursen i datamaterialet, noe som samsvarer også med kapittel 2.1.2 «tidligere diskursanalytisk forskning». Den biomedisinske diskursen kommer tydelig frem i dokumentenes valg av ordbruk. De biomedisinske begrepene «fedme», «sykelig fedme» og «BMI» er gjennomgående brukt i dokumentene for å beskrive og for å kvalifisere fenomenet, mens begreper som «risikofaktorer», «alvorlig helseproblem», «epidemi», «tapte leveår», «helseutfordringer», «sykdom», «helseutgifter» og «helsekostnader» blir brukt for å beskrive konsekvensene av fenomenet. Dokumentene setter også søkelyset mot den biomedisinske diskurs med henblikk på tiltak og behandling. Den overvektige er en «pasient» og fedme defineres i dokumentene som «en kronisk lidelse og sykdom som kan kreve livslang behandling». Behandlingstiltakene retter seg hovedsakelig mot «livsstils-, ernærings- og fysiske aktivitetsendringer», der «helsetjenesten» og de medisinske faggrupper som fastlegen, fysioterapeuten og ernæringsfysiologen er ansett som de mest sentrale i arbeidet med fedme.

5.1.4 Oppsummering- representasjonen av problemet

Dokumentenes impliserte «problem» representeres som at fedme er «en kronisk lidelse og kronisk sykdom», og dokumentene skisserer videre de negative helsekonsekvensene fedme har for den enkelte, samt for samfunnet. Funnene samsvarer med innlednings- og kunnskapsstatus kapitlene 1 og 2. Endringene som er foreslått i dokumentene er at det er nødvendig med tidlig innsats og god oppfølging, samt strukturelle tiltak på befolkningsnivå som gjør det enkelt å ha gode kostvaner og å være fysisk aktiv i hverdag og fritid. I drøftingsdelen setter jeg søkelyset mot normalitetsdiskursen innen det medisinske miljøet, videre tar jeg for meg temaet omhandlet BMI hvor jeg skildrer dagens bruk versus det opprinnelige formålet. Spørsmålet rundt kritisk tenkning om det faktisk eksisterer et problem, trekker jeg frem om det bør vurderes en endring i BMI-skalaen, som da tar hensyn til dagens samfunnsendringer. Videre ser man at den dominerende diskursen, som er den biomedisinske diskursen, kommer tydelig frem i dokumentenes valg av ordbruk av fenomenet, ved tiltak og ved behandling.

5.2 Hvilke antagelser ligger til grunn for måten problemet blir representert på?

I denne delen, og under dette spørsmålet hos Bacchi, handler det om å avdekke den ubevisste kunnskapen og verdiene som ligger til grunn for måten problemet blir representert på. Jeg stiller meg spørrende hva det er som gjør at fedme blir representert som en sykdom. Nøkkelbegreper, kategorier og dikotomier er her viktige ledetråder. Jeg kommer til å hovedsakelig konsentrere meg om nøkkelord i tekstene, og hva disse forteller om hvilke antakelser som ligger til grunn for representasjonen av «problemet». Nøkkelordene er subjektivt valgt ut på bakgrunn av hvilke begreper jeg opplevde å støte på flest ganger ved gjennomlesing av dokumentene i forbindelse med spørsmål 1. «Hvordan representeres «problemet?»»

Modell 5.1: Nøkkelord i dokumentene

	Hesdir. (2010)	NOU 2023: 5	Meld. St. 15	NOU 2020: 16	NOU 2019: 8	Meld. St. 19	Totalt per ord
Livsstil	18	0	3	0	0	7	28
Levevaner/levevanar	20	0	10	0	0	26	56
Kosthold/kosthald	54	8	25	0	19	44	150
Matvare	18	1	2	0	13	23	39
Energi	130	2	1	0	23	1	155
Aktivitet	265	3	18	0	3	55	344
Ernæring	18	1	2	0	2	40	63
Sukker	12	2	3	0	60	23	100
Total pr dokument:	535	17	74	0	120	219	

5.2.1 Resultater av antagelser som ligger til grunn for problemrepresentasjonen

I dokumentene fremgår det at «den fundamentale årsaken til overvekt og fedme er en ubalanse mellom energiinntak og energiforbruk, dvs. at man inntar mer energi enn man forbraker (NOU, 2019; Helsedirektoratet, 2010; NOU, 2023). «Overvekt og fedme henger videre sammen med manglende daglig fysisk aktivitet og uheldig kosthold» hevder Helsedirektoratet (2010, s. 8).

Helsedirektoratet (2010, s. 60) beskriver at «den fysiske aktiviteten relatert til vanlige hverdagssystemer er kraftig redusert siste 30 årene» og «overvekt i seg selv kan føre til fysisk inaktivitet». Videre hevder Helsedirektoratet (2010, s. 18) at også «ernæringsvanene i Norge er endret i forhold til tidligere: økte porsjoner, mer energitette måltider, samt at den norske befolkningen bruker mer penger på sukkervarer, leskedrikker og snacks samtidig som inntaket av frukt og grønnsaker er redusert». I NOU (2019, s. 61, 96) hevdes det at «det en sammenheng mellom økt inntak av sukker og økt kroppsvekt» og at «et lavere inntak kan føre til redusert forekomst av overvekt og fedme». I NOU (2019, s. 18, 62) beskrives videre «hvorvidt sukker konsumet gir helseskader gjennom for eksempel fedme, avhenger av det generelle aktivitetsnivået og energiinntaket». NOU påpeker at «et kosthold basert på matvarer med lav energitetthet kan redusere risikoen for overvekt og fedme, mens et kosthold basert på matvarer med høy energitetthet kan øke risikoen for overvekt og fedme». I St. Meld. 15 (2022-2023, s. 55) uttales det at «markedsføring av mat og drikke kan påvirke valgene til forbrukerne, som igjen kan påvirke helsen deres. Forskning viser en klar sammenheng mellom mengden reklame for usunn mat og drikke barn og unge blir eksponert for, og matpreferansene og matvanene, og dermed helsen deres». Helsedirektoratet beskriver (2010, s. 17) at «den enkelte har ansvar for sine egne valg, men ytre faktorer spiller en sentral rolle for individets reelle valgmuligheter», mens Meld. St. 15 (2022–2023, s. 41) presiserer at «levevaner ikke bare er et individuelt valg, men blir i stor grad påvirket av vilkårene i samfunnet».

Videre kan vi lese i Helsedirektoratet (2010, s. 25) at det anbefales at «alle voksne bør være fysisk aktive med moderat eller høy intensitet i minimum 30 minutter hver dag. Dette tilsvarer et kaloriforbruk på ca. 150 kcal (630 kJ)», videre beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 43) at «fysisk aktivitet alene kan gi vekttap, selv uten kostendringer, men dette krever betydelig aktivitet med et ekstra kaloriforbruk på om lag 700 kcal/dag». Helsedirektoratet (2010, s. 68) presiserer at man kan finne sitt daglige totale energibehov ved å «beregne energibehovet i hvile (resting metabolic rate = RMR) og multiplisere dette med en aktivitetsfaktor» «For eksempel vil energibehovet i hvile til en kvinne med vekt 85 kg, høyde 165 cm og alder 50 år, være 1439 kcal ($RMR = 10 \times 85 + 6.25 \times 165 - 5 \times 50 - 161 = 1439$ kcal) forklarer Helsedirektoratet (2010, s. 68).

Videre fremgår det i Helsedirektoratet (2010, s. 17) at «det er mange faktorer som kan forstyrre energibalansen, som blant annet individuell adferd, miljø, levevaner og biologiske

forutsetninger». Helsedirektoratet (2010, s. 18) beskriver også at «ulike typer medikamenter, oppvekstforhold, mobbing, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger» er faktorer som kan forstyrre energibalansen og at «psykiske belastninger igjen kan føre til forstyrret spising og overvekt». Helsedirektoratet (2010, s. 17) påpeker at «menneskers levevaner er sentralt når det gjelder å forstå bakgrunnen for fysisk inaktivitet, usunne kostvaner og overvekt». Helsedirektoratet (2010, s. 38) beskriver at «behandlingsopplegget skal individualiseres i forhold til pasientens vekthistorie, men består alltid av et program som inkluderer fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologisk støtte».

Helsedirektoratet (2010, s. 17) presiserer videre at «genetiske forhold gir ulik sårbarhet for fedmeutvikling», og at «gener som forårsaker fedme påvirker appetittreguleringen hvor personer med overspising kan ha hyperaktivitet i områder i hjernen som behandler impulser fra mat (2010, s. 18). Videre presiserer Helsedirektoratet (2010, s. 17) at det er «miljø og levevaner som avgjør om mennesker utvikler fedme» og hevder at «det er miljøet, ikke genene, som har endret seg de siste tiårene og skapt grunnlaget for fedmeepidemien». Helsedirektoratet (2010, s. 21) skildrer at fedme «er samfunnets ansvar. Helsetjenesten kan ikke løse problemer som ligger på et politisk nivå. Strukturell forebygging forutsetter at folkehelsepolitikken tar ansvar for samfunnsmessige, strukturelle og økonomiske forhold som har stor betydning for befolkningens vektutvikling, eksempelvis matvaremerking og pris- og markedsføringspolitikk».

I Helsedirektoratet (2010, s. 10) kommer det også frem at «det er en klar sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold». NOU (2023, s. 75) hevder at «sosial ulikhet slår ut på kostholdet ved at grupper med lavere utdanning og yrkesposisjon har høyere inntak av salt mat og sukkerholdig drikke, samt lavere inntak av frukt, bær og grønnsaker». Meld. St. 19 (2018–2019), beskriver at «de med lang utdanning er i tillegg mer fysisk aktive enn de med kort utdanning». NOU (2020) presiserer videre at «forekomsten av overvekt og fedme var 30 prosent høyere, og bukfedme var 80 prosent høyere, blant barn av lavt utdannede mødre enn blant barn som hadde høyt utdannede mødre». Meld. St. 15 (2022-2023, s.101) beskriver at «et mål for regjeringen er god helse uavhengig av sosial bak grunn, dermed er et viktig tiltak for helsetilstanden i befolkningen å utjevne sosiale helseforskjeller».

5.2.2 Antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen

Antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen «fedme som en kronisk lidelse og sykdom» begrunnes i dokumentene for å være skjevheten mellom inntak og forbruk av energi. «*Energibalansen*» trekkes frem som den dominerende årsaken til fedme, og det påpekes at for å forhindre fedme skal man «*ikke innta mer energi enn man forbruker*». «Dagens forståelse av overvekt som en medisinsk diagnose knyttes gjerne til manglende kontroll over matinntak» hevder Knutsen (2019, s. 150). Helsedirektoratet beskriver at «menneskers levevaner er sentralt når det gjelder å forstå bakgrunnen for fysisk inaktivitet, usunne kostvaner og overvekt». Helsedirektoratet (2010) har videre tilegnet et eget underkapittel, lydende «det kompliserte energiregnskapet». Her kan man lese om faktorer som kan påvirke «energibalansen» som blant annet; individuell adferd, miljø, levevaner og biologiske forutsetninger», «ulike typer medikamenter, oppvekstforhold, livshendelser, mobbing, livsvilkår, reklame for usunn mat og drikke, samt psykologiske forhold og belastninger». Dokumentene påpeker videre det individuelle ansvaret i forhold til «energibalansen» men presiserer at «genetiske forhold gir ulik sårbarhet for fedmeutvikling» og at «det er miljøet og ikke genene som har endret seg de siste tiårene og skapt grunnlaget for fedmeepidemien». Endringer i miljøet er blant annet «økte måltids porsjoner», «økt sukkerkonsum» og «energitette matvarer», samt reduksjon i «den fysiske aktivitetsnivå». Dokumentene trekker også frem at det er sammenheng mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold», og at «sosial ulikhet» slår ut på kosthold og fysisk aktivitetsnivå. Behandlingsopplegget retter seg derfor mot en kombinasjon som inkluderer fysisk aktivitet, endring av matvaner og mestringspsykologisk støtte. Behandlingsopplegget skal videre individualiseres i forhold til pasientens vekthistorie.

5.2.3 Drøfting av antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen

Til tross for at årsakene til overvekt og fedme beskrives i dokumentene for å være komplekse og sammensatte, er det energibalansen i form av kosthold og fysisk aktivitet, som vektlegges som den viktigste antagelsen for problemrepresentasjonen. I spørsmål 5.1.1 «Resultater av representasjoner av problemet» kunne man se at Helsedirektoratet (2010) påpeker at «livsstilsbehandling har et hovedformål om å hjelpe pasienten til å endre livsstil slik at de blir mer fysisk aktive og har et riktigere kosthold.» I sitatet ligger det en beskrivelse av at livsstilsbehandling skal lære mennesker å velge riktig, i et samfunn med stor tilgang til blant annet mat og nytelsesmidler. Intensjonen for livsstilsbehandling blir derfor å hjelpe

mennesker som ikke har kontroll, til å kontrollere seg ved å undertrykke valgfriheten (Knutsen, 2019, s. 150). Fedme kan dermed impliseres som selvvalgt hvor den overvektige enten mangler kontroll over matinntaket eller er for lite aktiv, eller en kombinasjon, noe som gjør at man ikke kommer i energibalanse. Individuell adferd i kombinasjon med samfunnsstrukturer som blant annet «økt matproduksjon, større matporsjoner, økt tilgjengelighet, økt eksponering, økt markedsføring og overkommelige priser på en del energitette matvarer med rimelige ingredienser» (Rodgers, 2018), samt et høyt forbruk av ultraprosessert mat, er ifølge kapittel 2 Kunnskapsstatus, med på å føre til økt energiinntak hos individet (Pagliai, 2021). Noen av de overstående faktorene er nevnt i dokumentene, men dokumentene gir ingen målrettet strategi på hvordan man kan best mulig endre disse samfunnsstrukturene som kan føre til et redusert kaloriinntak.

Dokumentenes vektlegging av kaloriutregninger settes i fokus (Helsedirektoratet, 2010, s. 68-71). Her ligger det et prinsipp om at «en kalori er en kalori». Funnet samsvarer med prinsippet som bygger på termodynamikkens første lov fra kapittel 2.1.1 (Feinman & Fine, 2004). Men når vi ser på termodynamikkens andre lov fra samme kapittel, bryter derimot denne overbevisningen ved at man for eksempel kan innta flere kalorier hvis kaloriene er fra proteiner, sammenlignet med kalorier fra fett og sukker (Madsen et al., 2010). «Foresight Obesity Systems Map» henviser videre i sitt kart til rundt 300 årsakssammenhenger omhandlende fedme (McGlashan et al, 2018) og ifølge Ross (2015) så eksisterer det ikke konsensus om den primære årsaken til fedme og fedmeepidemien, og påpeker at over halvparten av studiene i hans metaanalyse omhandlet andre årsaker enn for lite fysisk aktivitet eller for høyt matinntak. Så muligens kan derfor energiregnskapet som Helsedirektoratet vektlegger som den viktigste antagelsen for problemrepresentasjonen, sees å være en overforenkling av kompleksiteten til faktorene som driver av overvekt og fedme (McGlashan et al., 2018).

Det ensidige søkelyset på energibalansen kan også bidra til at man bagatelliserer betydningen av «psykiske traumer» og «belastende livshendelser» ovenfor den økende fedme problematikken. Dokumentene bærer preg av et reduksjonistisk menneskesyn der «psykiske traumer» og «belastende livshendelser» *kun* medfører forstyrret spising og hvor fedme er utfallet. Muligheten for epigenetiske endringer er derimot ikke nevnt i dokumentene. I ACE-studien av V. Felitti et al. fant forskerne en proporsjonal økning mellom antallet uheldige barndomserfaringer, og helsemessig risikooppførsel og sykdomsutvikling i voksen alder. En

teori var lenge at de som hadde opplevd flere «ACEs» hadde lettere for å ta dårligere valg, som dermed gav en økt sannsynlighet for sykdom og overvekt i voksen alder. Lang et al. (2019) viser i sin studie at det er betydelig mengde litteratur som støtter mulig epigenetisk modifikasjon hos de som er utsatt for ACEs, og at hos dem som har opplevd belastende barndomsopplevelser har det ført til endringer i det genetiske uttrykket som kan gi høyere risiko for fedme. Dermed er «dårligere valg» i form av «feil» kosthold og inaktiv livsstil nødvendigvis ikke hele årsaken for fedme hos dem som har opplevd belastende barndomsopplevelser.

Dokumentene tar også opp temaet omhandlende «sammenhengen mellom overvekt og sosioøkonomiske forhold», et funn som samsvarer med studiene til Følling (2015), Bann (2018) og Anekwe (2021) fra kapittel 2.1.1. St. Meld 15 presiserer videre at «et mål for regjeringen er god helse uavhengig av sosial bakgrunn». Men hvordan dette skal oppnås i praksis, er imidlertid uklart i dokumentene. For å bekjempe vektøkningen i befolkningen bør tiltak rettes mot sosiale strukturer, på arenaer som treffer alle, uavhengig av sosioøkonomisk status og at et ensidig søkelys på livsstil kan forsterke sosiale ulikheter innenfor helse (Følling, 2015).

Ved Bacchi's andre spørsmål kommer tre diskurser til uttrykk i empirien; den biomedisinske diskursen, den psykologiske diskursen, samt samfunnsdiskursen. Selv om en diskurs aldri kan være helt løsrevet fra andre diskurser, (Neumann, 2001), så er den biomedisinske diskursen også her den dominerende diskursen i dokumentene. I tabell 5.1 side 50 kan en beregnet ordtelling vise at ordene «kosthold» ble brukt 150 ganger, «energi» ble brukt 155 ganger, «aktivitet» ble brukt 344 ganger og «sukker» ble brukt 100 ganger i ulike sammenhenger i dokumentene. *Den utbredte bruken av disse ordenene er med på å understreke problemrepresentasjonen, samt den biomedisinske diskursen.* Andre biomedisinske ord og begreper dokumentene bruker til å beskrive årsakene til fedme er blant annet «genetikk», «biologiske prosesser», «appetittregulering» og «hyperaktivitet i områder i hjernen». Den biomedisinske diskursen kommer også tydelig frem innen behandlingsstrategier ovenfor fedme. Helsedirektoratet (2010) beskriver at behandlingsopplegget for vektreduksjon alltid skal individualiseres med hensyn til pasientens vekthistorie, og pasienten skal hjelpes til å endre livsstil hvor man skal snu ubalansen i energiomsetningen; altså spis mindre og tren/forbruk mer. Behandlingsopplegget samsvarer med kapittel 3.1.2, som er forbundet med å se «personen i situasjonen» ved at den enkeltes særegne behov blir møtt. Men den

biomedisinske behandlingsstrategien kan også oppfattes som et individuelt ansvar, hvor livsstil er noe enhver kan endre på bare med kunnskap og disiplin. Dokumentene trekker også frem faktorer som kan forstyrre «energibalansen» som blant annet oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger. Her kommer samfunnsdiskursen og den psykologiske diskursen til uttrykk i en kombinasjon med den biomedisinske diskursen. Videre finner vi samfunnsdiskursen komme til uttrykk i dokumentene hvor det skrives om sammenhengen mellom fedme og sosioøkonomiske forhold og sosiale ulikheter. Dokumentene trekker også frem mulige påvirkninger ovenfor overvekt og fedme av de miljømessige endringer vi har opplevd de siste tiårene. Dette er funn som samsvarer med kunnskapskapittelet 2.1.1, nærmere spesifikt Hunt-undersøkelsen og studiene til Rodgers (2018) og Pagliai (2021) som hevder at samfunnsmessige faktorer er pådrivere for fedmeepidemien.

5.2.4 Oppsummering- antagelsene som ligger til grunn for problemrepresentasjonen

Dokumentene legger vekt på «energiregnskapet» som den dominerende antagelsen bak problemrepresentasjonen. Kunnskapen som ligger til grunn for antagelsen baserer seg på at en kalori er en kalori, og for å unngå å øke kroppsvekten skal man ikke innta flere kalorier enn man forbraker. Dokumentene presiserer at et for høyt energiinntak versus energiuttak over lang tid vil for de fleste resultere i vektøppgang, noe som betyr at opprinnelsen for «sykdommen» er en energiubalanse over tid. Videre legger dokumentene stor vekt på at energiregnskapet hovedsakelig styres av energiinntak gjennom kosthold og energiuttak i form av fysisk aktivitet, men presiserer også at energiregnskapet kan påvirkes av andre faktorer som medikamenter, oppvekstforhold, livsvilkår, psykologiske forhold og belastninger. Dokumentenes vektlegging av kosthold og fysisk aktivitet kommer tydelig frem i tabell 5.1 ved ordene «kosthold», «energi», «aktivitet» og «sukker». Ordene ble brukt gjentatte ganger i ulike sammenhenger i dokumentene, og var med på å understreke problemrepresentasjonen og den biomedisinske diskursen. Den biomedisinske diskursen fremgår også i spørsmål to som den dominerende diskursen, hvor behandlingen går på å snu ubalansen i energiregnskapet ved å «spise mindre og trene mer». Avslutningsvis trekkes også sammenhengen mellom fedme og sosioøkonomiske forhold og sosiale ulikheter frem i dokumentene.

5.3 Hvordan har problemrepresentasjonen blitt til og fått aksept?

Jeg vil i del 5.3 se på hvilke forhold som har gjort at problemrepresentasjonen har tatt form og antatt dominans, samt reflektere over og identifisere hvordan representasjonen har fått aksept.

5.3.1 Resultater av hvordan problemrepresentasjonen blitt til og fått aksept

I Helsedirektoratet (2010, s. 65) fremgår det at «Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten - forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne» er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Arbeidsgruppens habilitet er vurdert og godkjent av Helsedirektoratet.» Videre fremkommer det at arbeidsgruppen består av:

«Sverre Mæhlum (leder), *prof. dr. med.*, sjeflege, Hjelp24 NIMI/NIH
Kirsti Malterud, *dr. med.*, *fastlege og seniorforsker*, Unifob helse Bergen
Bård Kulseng, *dr. med.*, *overlege*, St. Olavs Hospital, Regionalt senter for behandling av fedme
Serena Tonstad, *prof. dr. med.*, *avd. overlege*, Ullevål universitetssykehus
Charlotte Buhl, *spesialist i klinisk psykologi* Inger Arctander, fysioterapeut, leder av LMS, Helse Vest
Urd Andestad, *farmasøyt*, Statens legemiddelverk
Mette Svendsen, *PhD, klinisk ernæringsfysiolog*, Ullevål universitetssykehus
Per Møller Axelsen, brukerrepresentant, Landsforeningen for overvektige
Anita A. Aadland, *cand.polit./fysisk aktivitet og helserådgiver*, seniorrådgiver, Helsedirektoratet».
Samt en referansergruppe og et kommentarpanel (2010, s. 65).

Som det fremgår i oversikten, består gruppen av totalt atten medlemmer, hvor av sytten av medlemmene er utdannet og arbeider innen helsesektoren.

Helsedirektoratet (2010, s. 66) beskriver at «arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i gjeldende retningslinjer fra England, Australia og Danmark, samt nyere forskning på området». Videre beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 66) at «Guideline: Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children, utviklet av NICE ble brukt som kunnskapsgrunnlag» og «anbefalingene er gradert etter Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2001 Grades of recommendation». Noe som betyr at «kunnskap som bygger på 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.

«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. Videre presiserer Helsedirektoratet (2010, s. 66) at «de avsluttet sine søk november 2005, mens biblioteket i Helsedirektoratet har foretatt oppdateringssøk som omfatter tidsperioden 1. januar 2006 til 12. mars 2007. Helsedirektoratet beskriver at søkende er gjort i følgende baser: «Cochrane, Medline, Embase Cinahl og Norart», samt at «arbeidsgruppen har i tillegg håndسøkt på utvalgte nettsteder og søkt etter enkeltstudier for å få et så oppdatert kunnskapsgrunnlag som mulig» beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 66). *Nettstedene er alle helse- og medisinskrettet nettsteder.*

I NOU (2023) «Den store forskjellen» er avgitt «til Helse- og omsorgsdepartementet 2. mars 2023». NOU (2020) «Levekår i byene» er avgitt til Kunnskapsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet», mens NOU (2019) «Særaggiftene på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer» er avgitt til Finansdepartementet». Alle tre NOU'ene beskrives å være «utredet fra et utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon».

De tre NOU'ene oppgir navnene som er i utvalget, men beskriver ikke bakgrunnen og kompetanse for medlemmene. Med et google søk får jeg opplyst at utvalget for NOU (2023) på de atten medlemmer består av: to siviløkonomer/politikere, en menneskerettighetsarbeider/aktivist, syv leger, tre sykepleiere, en jordmor, to psykologer, en sosiolog og en postdoktor innen helse. Utvalget består med andre ord av en fordeling av 66 prosent innen helsefag, og de resterende 34 prosentene med en fordeling innen det samfunnsvitenskapelige og det psykologiske feltet. NOU (2020) består av et utvalg på 13 medlemmer: en politiker, en by-forsker, to samfunnsøkonomer, tre sosiologer, en lege, en førskolelærer, en fysiker, en pedagog og en politileder, mens NOU (2019) består av et utvalg på 10 medlemmer: tre advokater, fem økonomer, en epidemiolog og en samfunnsmedisiner. Ved begge disse NOU'ene består utvalget med en overvekt innenfor det samfunnsvitenskapelige miljøet, men inkluderer også medlemmer innenfor det medisinske miljøet. De to St.-meldelidingene jeg har inkludert i datagrunnlaget opplyser ikke om utvalget. Noe som kan ha konsekvensen at når man ikke vet hvilken fagbakgrunn de som sitter i gruppen har, kan kunnskapen fremstilles som «objektiv» og «nøytral».

5.3.2 *Hvordan har problemrepresentasjonen fått aksept, tatt form og antatt dominans*

En tilnærming til å finne svar på spørsmålet om hvordan problemrepresentasjonen har tatt form og fått dominans kan være å adressere hva slags aktører som «trekker i trådene» og hvilke retorikker som blir brukt i beskrivelsen av fenomenet.

«Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne» har i oppgave å definere hva som er den beste behandlingen for personer med overvekt og fedme. Dokumentet er det overordnede nasjonale dokumentet vi har i Norge for denne gruppen, og det ligger også en forventning til alle kommuner om å følge retningslinjen (Helsedirektoratet, 2021). Helsedirektoratet er eneste aktør med mandat til å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2021), noe som gir dokumentet en stor makt for hvordan man oppfatter fedme som et fenomen. Dokumentet er videre skrevet av et utvalg bestående av en fordeling på 94 prosent innen det medisinskfaglige miljøet, de siste 6 prosentene omhandler en brukerrepresentant innenfor Landsforeningen for overvektige. NOU'ene har et mer bredt utvalg, og man finner utvalg innen de psykologiske og samfunnsvitenskapelige miljøer. Det skal presiseres at NOU'ene ikke har fedme som hovedtema slik som dokumentet «Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne» har.

Spørsmål 5.1 «Hvordan representeres «problemet»?» setter søkelyset mot de negative konsekvensene ved fedme, både ovenfor den individuelle økte risikoen for andre sykdommer, stigma, samt livskvalitet, og som et samfunnsansvar ved økte helseutgifter og andre negative konsekvenser for samfunnet. Måten fedme blir fremstilt på gjennom dokumentene kan være med på at man aksepterer at fedme er noe svært negativt som man individuelt og samfunnsmessig ønsker å unngå.

5.3.3 *Drøfting av hvordan problemrepresentasjonen har tatt form og fått aksept*

Ved Bacchi's tredje spørsmål kommer også tre diskurser til uttrykk i datamaterialet; den biomedisinske diskursen, den psykologiske diskursen, samt samfunnsdiskursen. Den biomedisinske diskursen er også her den dominerende diskursen. Den biomedisinske diskursen har generelt stor makt i samfunnet (Healy, 2014), og de som har makt i samfunnet har også makt til å definere virkeligheten og hvem som blir sett på som kunnskapsrik eller ekspert (Healy, 2014; Otto, 2009). *94 prosent av medlemmene i dokumentet utarbeidet fra Helsedirektoratet er tilknyttet det medisinsk- og helsefaglige miljøet, både i form av*

utdannelse, arbeidserfaring og arbeidsplass. Videre er fem av seks databaser som er brukt til kunnskapssøk databaser *innen medisin, helsefag og farmakologisk og biomedisinsk forskning*. Dette kan være med på å bidra til at fedme har tatt form som en kronisk lidelse og sykdom, der fedme blir fremtonet som en naturvitenskapelig disiplin, til fordel for en annen disiplin, som f.eks. samfunnsvitenskapelig. Når leger snakker og beskriver den overvektige kroppen, har de en tendens til å referere til objektive, målbare fakta som beskrives som naturvitenskapelig bevist (Stefánsdóttir, 2020). Og ved at man representerer overvekt som en kronisk lidelse og sykdom, blir det en medisinsk tilstand som må reageres på, og den overvektige personen blir dermed en lidende pasient (Stefánsdóttir, 2020). Kliniske retningslinjer, som oftest består av å gi råd om hvordan de overvektige kan endre kostholdet og livstilen ved å redusere matinntaket og øke fysisk aktivitetsnivået, har vært på plass i flere tiår. Men til tross for medisinenes innsats så har man på verdensbasis sett stigende tall i utbredelsen av fedme (Stefánsdóttir, 2020). Stefánsdóttir (2020) hevder at «kliniske leger gjør liten eller ingen fremgang i å kurere den overvektige pasienten» og stiller spørsmål om «*det er en ny måte å se saken på*»?

Den biomedisinske diskursen representeres videre gjennom frykten for fedme, hvor den ledende tonen i dokumentene er at vi skal frykte fedme grunnet negative helsemessige- og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Dokumentene bruker en sterk retorikk med ordbruk som «store konsekvenser», «alvorlige problemer», «sykelig fedme», «kronisk lidelse med livslang behandling», «tapte leveår» og «økte helseutgifter for fellesskapet». Ved å skape frykt, kan muligens problemrepresentasjonen lettere kunne bli akseptert. Durocher (2021) som jeg gjør rede for i kapittel 2.2 i 4. studie, beskriver det som at «kampen mot overvekt legges frem som noe tiltalende og som er drevet av en kraftig «epidemisk psykologi» som består av uberettiget frykt, moraliserende handling og former for sosial stigmatisering som mulig er mer skadelig enn den faktiske biologiske risikoen ved overvekt.

5.3.4 Oppsummering- hvordan problemrepresentasjonen har tatt form og fått aksept

Ved spørsmål tre har jeg sett på hvilke forhold som har gjort at problemrepresentasjonen har tatt form og fått aksept, samt reflektert over hvordan problemrepresentasjonen har antatt dominans. Helsedirektoratets dokument trekker på den biomedisinske diskurs ved hjelp av medlemmene som har utarbeidet dokumentet og databasene som er brukt ved kunnskapssøket. Flertallet av medlemmene har medisinsk- og helsefaglig bakgrunn, samt fem av seks

databaser er innen medisin, helsefag og farmakologisk og biomedisinsk forskning. Representasjonen tilhører derfor et biomedisinsk ståsted og diskurs. Dette er faktorer som vil være med på å bidra til at fedme har tatt form som «en kronisk lidelse og sykdom». Videre representeres det gjennom dokumentene en frykt for fedme grunnet de negative helsemessige og samfunnsøkonomiske konsekvenser. Noe som muligens kan være med på å bidra til en form for aksept om at fedme er et problem som må løses. Stefánsdóttir (2020) hevder at til tross for medisinsens innsats gjennom flere tiår, så har man på verdensbasis sett stigende tall i utbredelsen av fedme, og stiller dermed spørsmålet om det er en ny måte å se saken på. Et tema jeg skal undersøke nærmere ved neste spørsmål.

5.4 Hva mangler i denne framstillingen av problemet?

Bacchi's fjerde spørsmål stiller kritiske spørsmål til hva som mangler i problematiseringen: hva forblir usagt eller oversett. Målet med spørsmålet er å avdekke hvilke begrensninger som settes for hva som er mulig handlingsrom i diskursen, og gjennom problemrepresentasjonen som finnes i tekstene. Her ligger det altså et premiss om at det er mulig å tenke annerledes rundt problemet.

I de foregående spørsmålene fremkommer det i analysen at problemrepresentasjonen legger stor vekt på den biomedisinske diskursen, både i forhold til selve problemrepresentasjonen, hva som ligger til grunn for problemrepresentasjonen, samt hvordan problemrepresentasjonen har fått aksept og blitt den dominerende «sannheten». I mange helse- og sosiale institusjoner påvirker de dominerende diskursene dyptgående det som regnes som sanne, riktige og fornuftige fremgangsmåter (Healy, 2005, s.18), og Healy peker på at når dominerende diskurser blir legitimerte som kunnskap, vil det ekskludere andre diskurser (2005). Ved å «se saken på andre måter» kan man åpne opp for at det ligger andre årsakssammenhenger og andre måter å gå frem på når det handler om tiltak og forebygging der det er nødvendig. En annen måte å fremstille fedme på er å forstå fedme som *et sosialt problem* eller som et *samfunnsproblem*. Fedme kan hevdes å ha alle kjennetegn på å være et sosialt problem ved at sosiale problem er sosialt skapte (Meeuwisse et al., 2002). Det er vi mennesker som skaper måter å ordne det sosiale eller samfunnet på som igjen kan hevdes å bidra til å konstruere fedme som problem (Halvorsen, 2017, s. 25). Dette perspektivet er svært lite til stede både i Helsedirektoratets retningslinjer for fedme, de utvalgte Stortingsmeldingene eller ved NOU'ene.

5.4.1 Resultater av hva som mangler i denne fremstillingen av problemet

Ved nøkkelordsøking i dokumentene fremkommer ikke begrepet «samfunnsproblem», mens begrepet «sosiale problemer» fremkommer én gang. Under kapittelet «langtidsoppfølginger» understreker Helsedirektoratet (2010, s. 63) at «det er viktig å tilby oppfølging og støtte til pasienter med overvekt som ikke lykkes i sine bestrebelser angående vektreduksjon...tilrettelegging i forhold til rehabilitering, yrkesrettet attføring eller søknad om uførepensjon vil det være viktige bidrag til å stabilisere en situasjon der vekten leder til funksjonstap og *sosiale problemer*». Sosiale problemer kan her tolkes som at fedme i seg selv fører til sosiale problemer, men ikke at fedme er det sosiale problemet. Ingen av dokumentene jeg har inkludert i min studie representerer fedme som et sosialt problem eller som et samfunnsproblem.

5.4.2 Drøfting av fedme som et sosialt problem

Med utgangspunkt i Payne firetrinns prosess fra del 1.2, så er et sentralt funn i dokumentanalysen at fedme blir presisert ved flere anledninger i dokumentene som «et samfunnsansvar». Man kan dermed oppfatte fedme som et problem som angår hele samfunnet og ikke bare et individuelt problem. Et problem som gjelder en person alene, er ikke et sosialt problem, men dersom problemet gjelder flere kan man si at problemet er sosialt der strukturelle forhold spiller inn (Ellingsen et al, 2023). Fedme er økende og i dag er mer enn 1,9 milliarder voksne overvektige, og av disse har over 650 millioner det man definerer som fedme ut fra medisinske termer (WHO, 2021). Fedme er absolutt noe som angår en stor del av befolkningen i dagens samfunn.

Dokumentene beskriver videre at det er behov for politiske og samfunnsmessige tiltak og mål, men hvordan dette skal oppnås i praksis, er imidlertid uklart. Et av målene for regjeringen er god helse uavhengig av sosial bakgrunn. Vi ser sosiale problemer som mønstre i samfunnet ved at fedme rammer bestemte sosioøkonomiske grupper mer enn andre. Hvis man tenker at overvekt og fedme er et resultat av blant annet sosioøkonomiske ulikheter, så forstås derfor overvekt og fedme som sosiale problemer. Dokumentene legger stor vekt på «livsstil», men ifølge Følling (2015) beskrivelse ved hjelp av Max Webers, så ligger opprinnelig begrepet «livssjanser» under begrepet «livsstil». «Livssjanser» beskrives som ganske overlappende med det vi i dag omtaler som sosioøkonomisk status» (Følling, 2015, s 1). Med utgangspunkt i

denne definisjonen kunne behandling av fedme like gjerne handlet om å fremme gode sosiale forhold, gode levekår, samt oppvekstvilkår, men det er «energiregnskapet» underliggende «kosthold» og «fysisk aktivitet» som danner den dominerende biomedisinske diskursen i dokumentene. Den medisinske diskursen i dokumentene kan dermed sees på som å fremme en forenklet forståelse av hva livsstil egentlig innebærer.

Tatt i betraktning punkt en og to, kan man tolke at dokumentene åpner opp for at fedme kan oppfattes som et sosialt problem, men ser man derimot videre på punkt tre og fire blir det noe mer uklart. Dokumentene definerer ikke direkte fenomenet fedme som et sosialt problem, ei heller vises det i dokumentene at det finnes metoder, teorier og ressurser som kan håndtere det definerte sosiale problemet. Med andre ord så er dokumentene «på vei», men det er ennå et stykke igjen før man kan hevde at dokumentene beskriver «fedme som et sosialt problem».

Arbeidet rundt overvekt og fedme er i dag, som beskrevet tidligere, bestående hovedsakelig av møter med helsepersonell. Om overvekt og fedme hadde blitt forstått som et sosialt problem for både den enkelte og for samfunnet, så kunne det åpnet opp for andre yrkesgrupper i det tverrfaglige arbeidet rundt overvekt og fedme. Sosialarbeideren kunne vært en ressurs da sosialarbeideren er opptatt av å forstå menneskene i en kontekst som krever et helhetssyn av mennesket, og situasjonen rundt mennesket (Grøterud, 2015).

5.4.3 Oppsummering- hva som mangler i framstillingen av problemet

Spørsmål fire tar opp hva som mangler i problematiseringen, samt åpner spørsmålet opp en mulighet å tenke annerledes rundt problemrepresentasjonen. En annen måte å fremstille fedme på kunne vært å forstå fedme som et sosialt problem eller som et samfunnsproblem. Det er vi mennesker som skaper måter å ordne det sosiale eller samfunnet på som igjen kan hevdes å bidra til å konstruere fedme som problem. I dokumentene fremgår det at fedme er et samfunnsansvar, men perspektivet om det sosiale problemet er svært lite til stede i dokumentene. Helsedirektoratets dokument beskriver at fedme leder til sosiale problemer, men ingenting om at fedme kan forstås som et sosialt problem.

5.5 Hvilke konsekvenser produseres gjennom måten å framstille problemet på?

Hvordan fedme representeres på politisk nivå er kritisk for offentlig forståelse av fedme og det må derfor tas hensyn til effektene av det politiske narrative. Som tatt opp tidligere har språket stor makt og hvordan politiske «problemer» er diskursivt representert kan dermed produsere noen negative konsekvenser (Healy, 2014, s. 205). Jeg vil i Bacchi's femte spørsmål undersøke hvordan og hvilke konsekvenser problemrepresentasjonen «fedme som en kronisk lidelse og sykdom» har for medlemmer av noen grupper og individer. Diskursive effekter, subjektiverende effekter og livseffekter er her viktige ledetråder. Jeg kommer til å hovedsakelig konsentrere meg om de subjektiverende effekter og livseffektene, hvor jeg undersøker hvordan disse effektene direkte påvirker befolkningen som helhet, i grupper og som enkeltpersoner.

5.5.1 Resultat av hvilke konsekvenser problemrepresentasjonen produserer

I Helsedirektoratet (2010, s. 10) fremgår det at «den overvektige får ofte skylden for sin fedme, og at «personer med vektproblemer opplever stigmatisering og fordømmelse». Videre beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 10) at «det kan virke stigmatiserende å gi alle personer med $KMI \geq 25$ «diagnosen» overvektig, uavhengig av en individuell vurdering av sykdomsstatus og fysisk form, og i Norge vil en slik klassifisering da inkludere halvparten av den voksne befolkningen».

Helsedirektoratet (2010, s. 33) beskriver videre at «pasienter opplever fordomsfulle holdninger også fra helsepersonell, noe som er et dårlig utgangspunkt for respektfullt samarbeid når fokus skal flyttes fra skam til mestring». Det kan derfor «være nyttig at legen reflekterer over sine egne holdninger til overvekt og fedme» presiseres det i Helsedirektoratet (2010, s. 33). Meld. St. 15 tilføyer «det uheldige stigma tilknyttet overvekt og fedme er noe som må tas hensyn til i det forebyggende arbeidet» (2022–2023, s. 63).

Helsedirektoratet (2010, s. 15) hevder at «kampanjer for vektreduksjon kan medføre en uønsket risikofokusering. NOU (2023, s. 120) påpeker at «de fleste jenter og unge kvinner har det godt i Norge i dag, samtidig ser vi en økning i helseproblemer knyttet til kroppsbilde, spisevaner og sosialt press». Helsedirektoratet (2010, s. 15) beskriver at «mange, særlig kvinner, slanker seg eller har ønske om å gå ned i vekt til tross for at de er normalvektige. I kampen mot fedmeepidemien blir det dermed viktig å utvikle strategier som gir en

tilfredsstillende balanse mellom positive og negative effekter på folkehelsen.»

Helsedirektoratet (2010, s. 36) beskriver videre at «opp til 30 % av kvinner som søker behandling for fedme har, eller har tidligere hatt, en spiseforstyrrelse, og at spiseforstyrrelser ofte et symptom på følelsesmessige konflikter».

5.5.2 Konsekvenser av måten problemet blir representert på

I dokumentene trekkes det frem konsekvenser som at «den overvektige ofte får skylden for sin fedme», så med andre ord ligger det et individuelt ansvar tilknyttet kroppsvekten.

Dokumentene setter søkelyset videre på at personene med vektproblemer «opplever stigmatisering og fordømmelse», samt «fordomsfulle holdninger fra helsepersonell». Videre presiseres det at «kampanjer for vektreduksjon kan medføre en uønsket risikofokusering» som blant annet økt kroppspress, «spiseforstyrrelser» og «et anstrengt forhold til mat».

5.5.3 Drøfting av konsekvenser for hvordan problemet blir representert på

I analysens femte spørsmålet ligger det en antagelse om at problemrepresentasjonen skaper vanskeligheter for medlemmer av noen grupper. Konsekvenser kan sees i form av stigmatisering og fordømmelse, samt et individuelt ansvar overfor sin vekt.

Det individuelle ansvaret: Dokumentene skildrer at «samfunnet må legge til rette for at de riktige valgene er de enkle valgene», og presiserer ved flere anledninger at «fedme er et samfunnsansvar». Men hvordan dette skal oppnås i praksis, er imidlertid uklart. Dokumentene hevder videre at «særlig utsatt for fedme er personer fra etniske minoritetsgrupper», «personer fra Finnmark» samt «personer med lav sosioøkonomisk status», men det gis ingen beskrivelse på hvorfor, eller en beskrivelse på hvordan man vil løse det. Det er derimot lagt stor vekt på hva den enkelte selv kan gjøre, som «regelmessig fysisk aktivitet og sunt kosthold». Rådene og tiltakene er detaljerte og beskrivende; «ca. 60 minutters aktivitet daglig med moderat og/eller høy intensitet er nødvendig for å forebygge vektøkning», «fem om dagen av frukt og grønnsaker», «reduisert inntak av mettet fett fra fete meieri- og kjøttprodukter», samt «energitettmat og sukker». Angående vektreduksjon så beskriver Helsedirektoratet (2010, s. 50) at anbefalingen for et vektreduserende kosthold er «energireduksjon på 500 til 1000 kcal / døgn». Et individualisert fokus og en entydig biomedisinsk diskurs rundt fedme kan dermed være med på å bidra til å opprettholde et narrativ om individuell skyld og ansvar overfor sin vekt som i sin tur kan føre til vektstigmatisering (Brookes, 2021).

Stigmatisering: «Det uheldige stigma knyttet til overvekt og fedme må tas hensyn til i det forebyggende arbeidet», heter det i St. meld 15 (2022-2023, s. 63). I dokumentene blir stigma oppgitt som en grunn til behovet for å reversere fedme epidemien, da individer som anses som «fete» sannsynligvis vil oppleve større sannsynlighet for «mobbing, diskriminering, stigmatisering og ekskludering». Dette funnet samsvarer med kunnskapskapittelet 2.1.1 hvor Tomiyama (2018) og Latner & Stunkard (2003) beskriver de negative konsekvensene ved vektstigmatisering. Men ved å definere stigma som et resultat av fedme, støtter retningslinjene narrativet om det individuelle ansvaret og behovet for atferdsendring, i stedet for å ta opp underliggende grunner som er nødvendige for å forstå disse sosiale trender og de negative konsekvensene av vektstigma. Ingen av dokumentene legger vekt på at stigma i seg selv kan øke sannsynligheten for ytterligere økt vekt (Tomiyama, 2018), og ingen av dokumentene har imidlertid en målrettet strategi på stigma i seg selv, hverken i helsesektoren, skole, jobb eller samfunnsmessig, tross alt man i dag vet de negative konsekvensene av stigma. Overvektige og «fete» blir i dag satt i sammenheng med å være ulykkelig, dum, udisiplinert og grådig, mens det å være slank blir satt i sammenheng med å være lykkelig, glamorøs, attraktiv og suksessfull (Malterud & Ulriksen, 2010). At overvektige og «fete» personer oppfattes på en bestemt måte er formet av dominerende diskurser på det pågjeldende historiske tidspunkt. Som vi så i kapittel 1.2.2 så var WHO sitt ønske ved å anerkjenne at «fedme er en sykdom», at det skulle hjelpe til å redusere stigma og skam knyttet til det å ha en stor kropp, og videre flytte fokuset fra fedme som et individuelt problem til å forstå overvekt også som et samfunnsproblem, eller et medisinsk problem der problemet bør håndteres med medisinske midler (Stefánsdóttir, 2020). Men titalls år senere oppleves det heller en økt stigma rundt fedme (Latner & Stunkard, 2003) hvor den overvektige oppfattes som et belastende økonomisk problem ovenfor samfunnet (Harrison, 2012). I narrativet ligger det derfor et stort ansvar hos individet hvor den overvektige selv skal løse «problemet» ved hjelp av viljestyrke, fysisk aktivitet og kaloribegrensning.

5.5.4 Oppsummering- konsekvenser for hvordan problemet representert på

Bacchi 's femte spørsmål tar opp antagelsen om at problemrepresentasjonen skaper vanskeligheter for medlemmer av noen grupper, og setter søkelyset mot de subjektiverende effekter, samt livseffekter. Funnene viser at livseffekten kommer tydelig frem i form av stigmatisering og fordømmelse, mens de subjektiverende effektene kan bidra til at man setter grupper av mennesker i opposisjon til hverandre; «de syke/fete» versus «de

friske/normalvektige», hvor man videre kan gruppere de «syke» som de «ulykkelig, dumme, udisiplinert og grådig» sammenlignet med de «friske» som de «lykkelig, glamorøs, attraktiv og suksessfulle». Videre viser funnene at en individualisering og en ensporet biomedisinsk diskurs rundt fedme kan bidra å opprettholde et narrativ om individuell skyld og ansvar, som igjen kan bidra til stigmatisering. Ingen av dokumentene har en målrettet strategi på stigma i seg selv, tross alt man i dag vet om de negative konsekvensene av stigma.

5.6 Hvordan og hvor har problematiseringen av problemet blitt produsert, formidlet og forsvart?

I spørsmålene opp til spørsmål seks har jeg undersøkt hva det impliserte problemet blir representert som, hvilke antagelser som ligger til grunn for måten problemet blir representert på, samt hvordan problemrepresentasjonen har blitt til og fått aksept. Jeg har dermed allerede svart på hvordan problemet er blitt produsert. Jeg vil i dette spørsmålet sette søkelyset hovedsakelig mot hvordan og hvor problemrepresentasjonen er blitt spredt og hvordan representasjonen opprettholdes i samfunnet. Jeg har i dette spørsmålet ikke analysert de utvalgte dokumentene, men rettet søkelyset mot artikler og medieoppslag for å få et bredere bilde av hvordan temaet er blitt spredt. Så kvaliteten på kildene blir dermed av en annen karakter enn ved de fem tidligere spørsmålene.

De statlige dokumentene er en viktig del av det å nå ut til blant annet yrkesgrupper som helsepersonell og politikere, men fremstillinger gjennom media har gjort at budskapene er nådd bredere ut, også til lekfolk. Mediene kan påvirke publikums oppfatning ved å velge hva og hvordan informasjon skal presenteres, noe som gir mediene et ansvar overfor diskursen om fedme og overvekt. Å fremheve noen sider og legge mindre vekt på andre sider rundt tematikken kan ha bidratt til at problemrepresentasjonen «fedme som en kronisk lidelse og sykdom», samt antagelsen for problemrepresentasjonen er blitt sosialt konstruert. Temaet fedme kan man lese om og se daglig i offentlige medier, og temaer som får stor dekning blir også ofte prioritert i offentlige og politiske agendaer, og måten de blir fremstilt på kan igjen påvirke offentlige oppfatninger (Bastian, 2011).

Gjør man et google nyhetssøk med ordet «fedme» eller «overvekt», får man opp overskrifter som: «overvekt gir økt risiko for tidlig død», «fedme linkes til 12 ulike typer kreft»,

«fedmekirurgi i Norge», «bekymret for økende fedme og overvekt blant voksne», «overvekt kostet samfunnet 238 milliarder i fjor», «livsstilsbehandling av barn og ungdom med alvorlig fedme», «hvordan hjelpe overvektige», «foreldrene har ansvar for barnas overvekt», samt «sammenheng mellom fysisk aktivitet og overvekt». Med andre ord så ligger ordlyden også i medieoppslagene på det individuelle ansvaret, hvor man skal frykte fedme grunnet negative helsemessige- og samfunnsøkonomiske konsekvenser, samt forskjellige behandlingsstrategier for fedme. Dette er faktorer som kan ha vært med på å bidra til å opprettholde problemrepresentasjonen i samfunnet. Dagens fedmediskurs er så utbredt at det kan være vanskelig å huske at menneskelig kroppsfett ikke alltid har blitt ansett som problematisk. I noen kulturelle sammenhenger, både samtidig og historisk, har fett blitt sett på som et tegn på rikdom og status, en synlig markør for tilgang til tilstrekkelig ernæring i forhold til matmangel (Harrison, 2012).

De siste årene også har imidlertid ordlyden tatt en liten dreining i norske medier. I mars 2023 kunne vi høre Hilde Østby snakke om temaet «følelser og mat», samt om temaene ensomhet, spiseforstyrrelser og uheldige barndomsopplevelser i Dagsnytt18 på NRK. Nettavisen hadde en artikkel i april 2023 med tittelen «Du må spise mindre- er et elendig råd til noen som har fedme». Fastlegen Kai Brynjar Hagen forteller videre seerne om sammenhengen mellom overvekt og følelsesregulering under Debatten på NRK i april 2023. Videre beskriver Malin Ali fra Rådgiving for spiseforstyrrelser (ROS) om kroppspositivisme og vektstigma i en kronikk i Nettavisen i mai 2022 (Nettavisen, 2022). Til slutt kan Else Kåss Furuseth nevnes, som gir innsikt til seerne om sin og flere andre deltakeres, emosjonelle overspising i programmet «Helsekost Furuseth», som var aktuelt på NRK-Tv i 2023, med oppfølgingsartikkelen «politikere gjør for lite for å forebygge fedme». Funn som samsvarer med det Stefánsdóttir (2020) skriver i sine resultater i sin studie «de siste årene har medisinsk så vel som medieoppmerksomhet endret tilgang mot det «fedmefremmende» miljøet».

5.6.1 Oppsummering- hvordan problemrepresentasjonen er blitt formidlet og forsvart

Oppgavens siste spørsmål setter søkelyset mot hvordan og hvor problemrepresentasjonen er blitt spredt og hvordan representasjonen opprettholdes i samfunnet. Problemrepresentasjonen og diskursen rundt overvekt og fedme kan tolkes ut ifra funnene som opprettholdes av blant annet politikere, helsefaglige distanser og media, samt den samfunnsmessige utviklingen. I de siste årene har vi opplevd en liten dreining i norske medier, en dreining som har gitt en større

tendens til å forstå overvekt og fedme som et sosialt problem, eller et problem som har samfunnsmessige årsaker.

6. Avslutning

Valg av tema og problemstilling var gjort med et ønske om å utvide kunnskapen, og også min egen forståelseshorisont rundt temaet overvekt og fedme. Jeg ønsket å undersøke andre sannheter enn den vi finner i den biomedisinske diskursen, som jeg lenge hadde tenkt var den «eneste rette». Under skriveprosessen åpnet jeg opp for, ved hjelp av pensum, empiri og analyse, og gjennom samtaler med veileder, å se fenomenet på andre måter. I starten av skriveprosessen hadde jeg flere vinklinger på temaet jeg ønsket å fordype meg i, som blant annet temaet «det fedmefremmende miljøet», Adversice childhood experiences (ACE) problematikken, «fedme som et sosialt fenomen», samt «fedme som et individuelt ansvar». Det er interessant å se gjennom mine tidligere forslag på tema og oppleve hvordan disse temaene er blitt en del av en og samme oppgave. Jeg håper kunnskapen jeg har presentert i denne oppgaven kan være et bidrag til å tenke nytt og annerledes om fenomenet overvekt og fedme, og at forskning omhandlende temaet i tiden fremover blir en enda større del av andre disipliner enn de innenfor det naturvitenskapelige paradigmet.

6.1 Sammendrag, og oppgavens funn

I denne studien har jeg gjennomført en diskursanalyse, og ved bruk av metoden til Bacchi «What's the problem represented to be?» besvart problemstillingen «hvordan representeres overvekt og fedme i sentrale offentlige dokumenter?». Bacchi's seks analytiske spørsmål, som videre kan deles inn i tre antakelser, har videre hjulpet meg med å besvare mine følgende forskningsspørsmål: «Hvordan representeres betydningen av det individuelle ansvaret for overvekt og fedme i dokumentene?» og «Hvordan representeres betydningen av samfunn og sosiale forhold for overvekt og fedme i dokumentene?».

Bacchi's første antakelse, som hevder at «vi styres gjennom problematiseringer», finner man i spørsmål 1 og 2, som besvares hhv. i kapittel 5.1 «Hvordan representeres problemet?» og kapittel 5.2 «Hvilke antagelser ligger til grunn for måten problemet blir representert på?». Funnene i spørsmål 1 - *Hvordan representeres problemet* - viser at dokumentene representerer fedme som en «kronisk lidelse og sykdom». BMI (kroppsmasseindeks) er det medisinske verktøyet som blir brukt i dokumentene for å definere om man har en «normal»-

eller «avvikende» vekt ifølge WHO sine grenseverdier. Det å bli definert som «syk» vil gjøre at man alltid vil stå i fare for å bli definert som avviker eller avvikende fra normalen. Kroppsvekt har lenge vært en viktig del av normalitetsdiskursen og ifølge Huntundersøkelsen så er flertallet av den voksne befolkningen i Norge definert som overvektige eller «fete» ut ifra dagens BMI, så i prinsippet kan man anta at det er mer normalt å være overvektig eller «fet» enn normalvektig, men fremdeles er det å ha en BMI over 25 prinsipielt sett på som en avviker fra normalen, og jo høyere BMI, jo mer avviker en. Så selv om problemrepresentasjoner eller diskursen ikke speiler virkeligheten eller er objektive sannheter, kan de gjennom normaliseringsprosesser fort bli fremstilt og oppfattet som det.

Bacchi hevder videre at det er gjennom problemrepresentasjonen styringen skjer og ikke gjennom de politiske dokumentene i seg selv. Funnene i spørsmål 2 – *Hvilke antakelser ligger til grunn for måten «problemet» blir representert på* - tydeliggjør hvordan problematiseringen bidrar til styring. Dokumentene skildrer detaljert og beskrivende hvordan den enkelte selv kan styre «energiregnskapet», hovedsakelig gjennom å endre individets atferd ved å redusere inntak av mat og drikkke og øke forbruket av energi gjennom fysisk aktivitet. Tiltakene er altså individrettet og orientert mot enkeltpersoners handlinger og vaner. Med dette perspektivet settes alternative årsaksforklaringer i skyggen. Dokumentene legger lite vekt på å gi en beskrivelse av samfunnsstrukturelle løsninger som kan bidra til en positiv endring i forhold til «fedmeepidemien». Videre gir befolkningens BMI en verdifull kunnskap til staten. Ved å tilegne seg denne informasjonen har staten mulighet for å utøve biomakt på en effektiv måte og det medisinske miljøet tildeles videre en paternalistisk posisjon til livsstilsendringer. Ved livsstilsbehandling lærer individene til å tenke at de kan kontrollere seg selv og leve i tråd med gjeldende diskurser om sunn livsstil (Knutsen, 2019, s. 149).

I Bacchi's andre antakelse, «vi må analysere problematiseringene», handler det om å analysere diskursene. I spørsmål 3 spørres det etter *hvordan problemrepresentasjonen har blitt til og fått aksept*, og i analysen kommer det frem at flertallet av medlemmene som har utredet dokumentet «Nasjonale faglige retningslinjer - forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne», har medisinsk- og helsefaglig bakgrunn. Videre kommer det frem at fem av seks databaser som er blitt brukt for kunnskapssøk er innen medisin, helsefag og farmakologisk og biomedisinsk forskning. Problemrepresentasjonen tilhører derfor et biomedisinsk ståsted og funnene viser videre at den dominerende diskursen i dokumentene er den biomedisinske diskursen. Den biomedisinske diskursen kommer tydelig

frem i dokumentenes valg av ordbruk, både i form av beskrivelse av fenomenet, konsekvensene og årsakssammenhengene av fenomenet overvekt og fedme, og behandlingsstrategier.

Bacchi's tredje antagelse, som hevder at «vi må undersøke hvilke effekter «problemrepresentasjonene» produserer og hvordan de kan ha negative konsekvenser for noen grupper i samfunnet», kommer til syne i spørsmål fem – *Hvilke konsekvenser produseres gjennom måten å fremstille problemet på?* Hvordan fedme representeres på politisk nivå er kritisk for offentlig forståelse av fedme, og det må derfor tas hensyn til effektene av det politiske narrative. Funnene viser at den overvektige eller «fete» ofte får «skylden» for sin fedme, så med andre ord tillegges det et individuelt ansvar for kroppsvekt. Funnene viser videre at et individualisert fokus – og ansvar - og en entydig biomedisinsk diskurs rundt overvekt og fedme, kan i sin tur føre til vektstigmatisering. I kunnskapsstatusen og i funnene kommer de negative konsekvensene av vektstigma til syne, men ingen av de offentlige dokumentene har en målrettet strategi i forhold til stigma i seg selv.

I tillegg analyserte jeg i spørsmål fire om det er andre måter å representere problemet på – *Hva mangler i denne fremstillingen av problemet?* På bakgrunn av funnene foreslo jeg at en annen måte å fremstille fedme på, er å forstå fedme som et sosialt problem. I dokumentene nevnes sosiale problemer kun én gang, men sosiale problemer tolkes i dette avsnittet i dokumentene som at fedme i seg selv fører til sosiale problemer, men ikke at fedme *er* et sosialt problem. Dette på tross av at fedme viser seg i samfunnet og globalt med en viss forekomst og som et sosialt mønster, som ved sosiale problem. Slike sosiale mønstre må forstås å ha sosiale årsaker, og må forstås på bakgrunn av samfunnsmessige forhold. Til tross for dette er det påfallende hvordan diskusjonen om fedme som sosialt fenomen og problem mangler i framstillingen av problemet i de offentlige dokumentene. Om overvekt og fedme hadde blitt forstått som et sosialt problem kunne det åpnet opp for andre yrkesgrupper i det tverrfaglige arbeidet rundt overvekt og fedme. Sosialarbeideren kunne vært en ressurs da sosialarbeideren er opptatt av å forstå menneskene i en kontekst som krever et helhetssyn av mennesket, og situasjonen rundt mennesket.

I oppgavens siste spørsmål- *Hvordan og hvor har problematiseringen av «problemet» blitt produsert, formidlet og forsvart-* viser funnene at problemrepresentasjonen og diskursen rundt overvekt og fedme opprettholdes av blant annet politikere, helsefaglige distanser og media,

samt den samfunnsmessige utviklingen. I de siste årene har vi opplevd en liten dreining i norske medier, en dreining som har gitt en større tendens til å forstå overvekt og fedme som et sosialt problem, eller et problem som har samfunnsmessige årsaker.

6.2 Mine refleksjoner og avsluttende kommentarer

En eksplisitt konklusjon vil i denne oppgaven være noe selvmotsigende, da jeg innledningsvis i oppgaven beskrev at det finnes flere sannheter rundt et fenomen, og oppgavens ambisjon var ikke å komme frem til en «absolutt sannhet», men å undersøke den dominerende problemrepresentasjonen av og diskursen rundt fenomenet. Tatt dokumentet «Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne» i betraktning, som er det overordnede nasjonale dokumentet vi har i Norge for denne målgruppen, og hvor det ligger en forventning til alle kommuner om å følge retningslinjene, kan det være grunn til å hevde at dokumentet har vist seg å være ineffektivt eller til og med ha motsatt effekt ovenfor «fedmeepidemien» enn tiltenkt. For selv om retningslinjene ovenfor overvekt og fedme har vært på plass i flere år, samt i tillegg medisinsens innsats i flere tiår, så har man i Norge, som globalt, sett stigene forekomst og utbredelse av overvekt og fedme. Helsedirektoratets dokument er 13 år gammelt, og med avsluttende søk i dokumentet allerede november 2005. De fleste studiene fra kapittel 2 Kunnskapsstatus, er fra nyere datoer enn 2005, og studiene legger stor vekt på andre årsaker som pådrivere til overvekt og fedme enn kun de biomedisinske. Studiene trekker frem betydningen av de psykososiale forholdene, sosioøkonomiske forskjeller, samt viktigheten av politiske- og samfunnsmessige strukturer. Så muligens vil en revisjon av dette sentrale dokumentet kunne gitt en endring av innhold som igjen vil legge vekt på andre diskurser og forståelser av overvekt og fedme. Hvis andre diskurser trekkes frem kan det bidra til at andre stemmer slippes til, og det kan gi en ny måte å tilnærme seg fenomenet på. Dette kan i sin tur ha påvirkning på tiltak, strategier og arbeidet med overvekt og fedme, samt forhåpning om en redusering av de negative konsekvensene som produseres gjennom måten «problemet» blir fremstilt på i dag.

Som en avslutning på oppgaven og med funnene i denne studien tatt i betraktning, så vil jeg – som ernæringsfaglig utdannet – understreke at jeg støtter et mer balansert ansvar i forståelsen av overvekt og fedme - bort fra individet og mot et større politisk samfunnsansvar. Overvekt og fedme er et problem som angår hele samfunnet og det beskrives som en epidemi, men samtidig gjøres fenomenet til et individuelt problem. Jeg mener at regjeringen må komme

med detaljerte strategier og planer blant annet ovenfor sosioøkonomiske- og sosiale ulikheter, de sosiale determinantene, samt samfunnsstrukturer ovenfor markedsførings- og matindustrien. Selv om dette er min avslutning på denne oppgaven, så håper jeg det bare er begynnelsen eller fortsettelsen på hva vi vil se fra regjeringen, media og samfunnet i forhold til overvekt og fedme i tiden fremover.

Litteraturliste

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag
- Aase, T. H. & Fossåskaret, E. (2014). *Skapte virkeligheter. Om produksjon og tolkning av kvalitative data* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Abramof, A. & Apovian, C., (2005). *Drug-induced weight gain*.
[http://doi: 10.1358/dot.2005.41.8.893630](http://doi:10.1358/dot.2005.41.8.893630)
- Anekwe, C. V., Jarrell, A., Townsend, M., Gaudier, G., Hiserodt, J., Stanford, F. (2021). *Socioeconomics of Obesity*. [https://doi: 10.1007/s13679-020-00398-7](https://doi:10.1007/s13679-020-00398-7)
- Aykut, A., Ozen, S., [Gökşen, D.](#), [Ata, A.](#), [Onay, H.](#), [Atik, T.](#), [Darcan, S.](#), [Özkinay, F.](#), (2020). *Melanocortin 4 receptor (MC4R) gene variants in children and adolescents having familial early-onset obesity: genetic and clinical characteristics*.
[https://doi: 10.1007/s00431-020-03630-7](https://doi:10.1007/s00431-020-03630-7)
- Bacchi, C. (2009). *Analyzing Policy: What's the problem represented to be?* Pearson Education Australia
- Bann, D., Johnson, W., Li, L., Kuh, D., Hardy, R., (2018). *Socioeconomic inequalities in childhood and adolescent body-mass index, weight, and height from 1953 to 2015: an analysis of four longitudinal, observational, British birth cohort studies*.
[https://doi: 10.1016/S2468-2667\(18\)30045-8](https://doi:10.1016/S2468-2667(18)30045-8)
- Bastian, M. (2011). *Representations of childhood obesity in Australian newsprint media and academic literature*. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2011.00660.x>
- Barquera, S., Pedroza, T. A., Medina, C., Barrera, L.H., Domingo, K.B., Lozano, R., Moran, A. (2015). *Global Overview of the Epidemiology of Atherosclerotic Cardiovascular Disease*. Elsevier. [http://doi: 10.1016/j.arcmed.2015.06.006](http://doi:10.1016/j.arcmed.2015.06.006)
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (1971). *The Social Construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*. Harmondsworth: Penguin Books. (1. utgivelse 1966).
- Berger, P. L. & Luckmann, T. (2011). *Den samfunnsskapte virkelighet*. Bergen: Fagbokforlaget (5. oppslag).
- Blackburn, M. (2020) *Moral discourse in general practitioners' accounts of obesity communication*. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.032>
- Brandkvist, M., Bjørngård, J. H., Ødegård, R. A., Brumpton, B., Smith, G. O., Åsvold, B. O., Sund, E., Kvaløy, K., Willer, C., Vie, G. Å., (2020). *Genetic associations with temporal shifts in obesity and severe obesity during the obesity epidemic in Norway: A*

- longitudinal population-based cohort (the HUNT Study)*. NLM.
doi: [10.1371/journal.pmed.1003452](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003452)
- 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. <https://doi.org/10.1111/obr.12551>
- Brookes, G. (2021). *'Lose weight, save the NHS': Discourses of obesity in press coverage of COVID-19*. <https://doi.org/10.1080/17405904.2021.1933116>
- Brottveit, G. (2021) *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Gyldendal
- Cain, P. (2016). *Concerns, culprits, counsel, and conflict: A thematic analysis of "obesity" and fat discourse in digital news media*.
<https://doi.org/10.1080/21604851.2017.1244418>
- Cawley, J. (2004). *An economy of scales: A selective review of obesity's economic causes, consequences, and solutions*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2015.03.001>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *What is Epigenetics?*
<https://www.cdc.gov/genomics/disease/epigenetics.htm>
- Christiansen, E., Garby, L., Sørensen, T. (2005). *Quantitative analysis of the energy requirements for development of obesity*. <https://doi.org/10.1016/j.jtbi.2004.11.012>
- Claussnitzer, M., Hui, C.C., Kellis, M. (2015). *FTO Obesity Variant Circuitry and Adipocyte Browning in Humans*. The New England Journal of Medicine.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa1502214>
- Dai, H., Alsalhe, T., Chalghaf, N., Ricco, R., Bragazzi, N., Wu, J. (2020). *The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study*. Plos Medicine.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003198>
- Dagsnytt18 (2023, 21. mars). *"Et spiseforstyrret land"*(video). NRK.no.
<https://tv.nrk.no/serie/dagsnytt-atten-tv/202303/NNFA56032123/avspiller>
- Durocher, M. (2021). *"Healthy" food and the production of differentiated bodies in "anti-obesity" discourses and practices*. <https://doi.org/10.1080/21604851.2021.1980281>
- Eknoyan, G. (2008). *Adolphe Quetelet (1796–1874)—the average man and indices of obesity*. Nephrology Dialysis Transplantation. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfm517>
- Ellingsen, I. T., Kleppe, L. C., Levin, I., Berg, B., (2023). *Sosialt arbeid en grunnbok*. (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget
- Eriksen, T. H. (2006). *Innledning: I de enøydes land*. I T.H., Eriksen & J-K. Breivik (Red.), *Normalitet* (s. 9-23). Oslo: Universitetsforlaget.
- Farooqi, I.S., Keogh J.M., Yeo G.S., Cheetham. T. (2003). *Clinical spectrum of obesity and mutations in the melanocortin 4 receptor gene*. N Engl J Med.
<https://doi.org/10.1056/NEJMoa022050>

- Fawcett, K. & Barroso, I., (2010). *The genetics of obesity: FTO leads the way*.
[https://doi: 10.1016/j.tig.2010.02.006](https://doi.org/10.1016/j.tig.2010.02.006)
- Feinman, R. & Fine, R. (2004). "A calorie is a calorie" violates the second law of thermodynamics. [https://doi: 10.1186/1475-2891-3-9](https://doi.org/10.1186/1475-2891-3-9)
- Felitti V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., et al. *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med.* P245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Foresight. (u.å). *Tackling Obesities: Future Choices – Project Report*. Government Office for Science.
<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a759da7e5274a4368298a4f/07-1184x-tackling-obesities-future-choices-report.pdf>
- Fook, J. (2016). *Social work – A critical approach to practice*. London, Sage publications Ltd.
- Følling, I., Solbjørg, M., Helvik, A. S. (2015). *Previous experiences and emotional baggage as barriers to lifestyle change - a qualitative study of Norwegian Healthy Life Centre participants*. [https://doi: 10.1186/s12875-015-0292-z](https://doi.org/10.1186/s12875-015-0292-z)
- Følling, I. (2015). *Overvekt – livsstil eller mangel på livssjanser?*
<https://tidsskriftet.no/2020/11/leder/overvekt-livsstil-eller-mangel-pa-livssjanser>
- Gillison, F. (2015). *Bullying and Victimization in Overweight and Obese Outpatient Children and Adolescents: An Italian Multicentric Study*. Plos One.
[https://doi: 10.1371/journal.pone.0142715](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142715)
- Goffman, E. (2009). *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. 2. utg. Fredriksberg: Samfundslitteratur. (1. utgivelse 1963).
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Bergen: Fagbokforlaget AS
- Grønmo, Sigmund. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Grøterud, K. B. (2015). *Inn med sosionomene!* Dagens medisin.
<https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/inn-med-sosionomene/187161>
- Hansen, T. (2020). *Norges Offentlige Utredninger (NOU)*. I Store norske leksikon.
[https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_\(NOU\)](https://snl.no/Norges_offentlige_utredninger_(NOU))
- Halvorsen, K. (2017). *Sosiale problemer. En sosiologisk innføring*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harrison, E. (2012). *The body economic: The case of 'childhood obesity'*. Feminism & Psykologi. [https://doi:10.1177/0959353512445357](https://doi.org/10.1177/0959353512445357)
- Harvard Health Publishing (2019). *Why people become overweight*.
<https://www.health.harvard.edu/staying-healthy/why-people-become-overweight>

- Healy, K. (2014). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*, 2.utg. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Healy, K. (2005). *Social work theories in context: Creating frameworks for practice*. 1.utg. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/overvekt-og-fedme-hos-voksne>
- Helsedirektoratet. (2023). 2.2. *De største utfordringene nå og i tiden fremover*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livslopsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livslopet-barn-og-unge/de-storste-utfordringene-na-og-i-tiden-fremover>
- Helsedirektoratet. (2023). 2. *Introduksjon til virksomheten og hovedtall*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helsedirektoratets-arsrapport-2022/introduksjon-til-virksomheten-og-hovedtall>
- Helsedirektoratet. (2021). 10.1. *Hva er nasjonale retningslinjer*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/meningeomer-hos-voksne-handlingsprogram/metode-og-prosess/hva-er-nasjonale-retningslinjer>
- Helseinnovasjonssenteret. (2021). *Vekstigma*. <https://www.helseinnovasjonssenteret.no/b/vektstigma>
- Jebb, S. (2017). *Dusting off Foresight's obesity report*. GOV.UK. <https://foresightprojects.blog.gov.uk/2017/10/04/dusting-off-foresights-obesity-report/>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6.utg). Abstrakt forlag.
- Jørgensen, M. W og Phillips, L. (2008): *Diskursanalyse som teori og metode*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Kim, S. J., Cho, S. O., Jin, D. K. (2021). *Prader-Willi syndrome: an update on obesity and endocrine problems*. [https://doi: 10.6065/apem.2142164.082](https://doi:10.6065/apem.2142164.082)
- Knutsen, I. (2019). *Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykkelig overvekt* i Larsen, R., (Red), *Kritiske perspektiver i helsefagene*. Cappelen Damn Akademisk.
- Koloktin, R.L. & Andersen, J.R. (2017). *A systematic review of reviews: exploring the relationship between obesity, weight loss and health-related quality of life*. Clinical Obesity. [https://doi: 10.1111/cob.12203](https://doi:10.1111/cob.12203)
- Kvaale, S. B. (2020). «Når energiregnskapet skal gjøres opp» *En kritisk diskursanalyse av Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme*. Masteroppgave: Norges arktiske universitet.

- Lanza, I. (2015). *Is obesity associated with school dropout? Key developmental and ethnic differences*. Journal of School Health. [https://doi: 10.1111/josh.12295](https://doi.org/10.1111/josh.12295)
- Lehnert, T. (2015). Sick leave days and costs associated with overweight and obesity in Germany. Journal of Occupational and Environmental Medicine. [https://doi: 10.1097/JOM.000000000000065](https://doi.org/10.1097/JOM.000000000000065)
- Lang, J., McKie, J., Smith, H., McLaughlin, A., Gillberg, C., Shiels, P. G., Minnis, H. (2019). *Adverse childhood experiences, epigenetics and telomere length variation in childhood and beyond: a systematic review of the literature*. [https://doi: 10.1007/s00787-019-01329-1](https://doi.org/10.1007/s00787-019-01329-1)
- Latner, Janet D & Albert J. Stunkard (2003): *Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children*. *Obesity Research*. [https://doi: 10.1038/oby.2003.61](https://doi.org/10.1038/oby.2003.61)
- Legendre, M., Sabourin, S., Begin, C. (2022). *Maladaptive Eating Behaviors and Childhood Trauma: A Focus on Food Addiction*. [https://doi: 10.7759/cureus.26966](https://doi.org/10.7759/cureus.26966)
- Lengerke, T., Krauth, C. (2011). *Economic costs of adult obesity: A review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2011.04.005>
- Levin, I. (2017). Hva er sosialt arbeid. (4.utg). Universitetsforlaget AS
- Lindelof, A., Nielsen, C., Pedersen, B. (2010). Obesity treatment—more than food and exercise: a qualitative study exploring obese adolescents' and their parents' views on the former's obesity. Taylor & Francis Online. Article: 5073. [https://doi: 10.3402/qhw.v5i2.5073](https://doi.org/10.3402/qhw.v5i2.5073)
- Ljunggren, B. & Lauritzen, T. (2018). *Likestillingsintegrering i kvinnedominerte sektorer – horisontale styringsutfordringer*. <https://doi-org.ezproxy.nord.no/10.18261/issn.1504-291X-2018-02-0>
- Lock, A., & Strong, T. (2014). *Sosial konstruksjonisme – teorier og tradisjoner*. Bergen: Fagbokeforlaget.
- Loef, M. & Walach, H. (2012). *The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/10.1016/j.ypped.2012.06.017>
- Lupton, D. (1995): *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London. Thousand Oaks. New Delhi: Sage Publications.
- Lupton, D. (2014). “How do you Measure up?” Assumptions About “Obesity” and Health-Related Behaviors and Beliefs in two Australian “Obesity” Prevention Campaigns. Fat Studies. <https://doi.org/10.1080/21604851.2013.784050>
- Madsen, L., Pedersen, L., Liaset, B. (2008). *cAMP-dependent Signaling Regulates the Adipogenic Effect of n-6 Polyunsaturated Fatty Acids**. <https://doi.org/10.1074/jbc.M707775200>

- 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*. <https://doi:10.1016/j.pec.2009.10.022>
- Market Research Report. (2021). *Anti-obesity Drug Market size*. Fortune Business insights. <https://www.fortunebusinessinsights.com/anti-obesity-drugs-market-104783>
- Marks, D. (2015). *Homeostatic theory of obesity*. *Health Psychology Open*. <https://doi:10.1177/2055102915590692>
- Marmot, M. & Allen, J. (2014). *Social Determinants of Health Equity*. <https://doi:10.2105/AJPH.2014.302200>
- McGlashan, J., Hayward, J., Brun, A., Owen, B., Millar, L., Johnstone, M., [Creighton, D.](#), [Allender, S.](#) (2018). *Comparing complex perspectives on obesity drivers: action-driven communities and evidence-oriented experts*. <http://doi:10.1002/osp4.306>
- Meeuwisse, A., Swärd, H., Sunesson, S. (2002). *Socialt arbejde: en grundbog*. Hans Reitzels Forlag
- Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. *The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating*. <https://doi:10.1016/j.appet.2015.03.036>
- Midthjell, K., Lee, C., Langhammer, E., Krogstad, S., Holmen, T., Hveem, K., Golagiuri, S., Holmen, J., (2013). *Trends in overweight and obesity over 22 years in a large adult population: the HUNT Study, Norway*. <https://doi:10.1111/cob.12009>
- Murray, S. (2005). *(Un)Be)Coming Out? Rethinking Fat Politics*. *Social Semiotics: Thinking Fat*. s.153-163. <https://doi:10.1080/10350330500154667>
- Moen, C. N. (2018). *En skjult ekskludering?* (Masteroppgave). OsloMet.
- Montesi, L., El Ghoch, M., Brodosi, L., Calugi, S., Marchesini, G. & Dalle Grave, R. (2016). *Long-term weight loss maintenance for obesity: a multidisciplinary approach. Diabetes, metabolic syndrome and obesity*. <https://doi:10.2147/DMSO.S89836>
- Nathothuwa, R., Wijeyaratne, C., Senarath, U. (2020). *Chapter 1 - Worldwide epidemic of obesity*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-817921-5.00001-1>
- Nettavisen, 2022. *Kroppspositivisme handler ikke om å promotere overvekt*. <https://www.nettavisen.no/norsk-debatt/kroppspositivisme-handler-ikke-om-a-promotere-overvekt/o/5-95-499104>
- Neumann, I. B. (2001). *Mening, materialitet, makt : en innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordmo, M. (2019). *The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments*. *Obesity reviews*. <https://doi.org/10.1111/obr.12949>.

- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen — Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- NOU 2020: 16 (2020). *Levekår i byer — Gode lokalsamfunn for alle*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-16/id2798280/>
- NOU 2019: 8 (2019). *Særavgiftene på sjokolade- og sukkervarer og alkoholfrie drikkevarer*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-8/id2640964/>
- O'Keefe, J. H. (2004). Mayo clinic proceeding. *Cardiovascular Disease Resulting From a Diet and Lifestyle at Odds With Our Paleolithic Genome: How to Become a 21st-Century Hunter-Gatherer*. <https://doi.org/10.4065/79.1.101>
- Otto, L. (2009). Sundhed i praksis. I: S. Glasdam (red.). *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv* (s. 31-53). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Pagliai, P., Dinu, M., Madarena, M., Bonaccioia, M., Lacoviello, M., Sofi, F. (2020) *Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis*. [https://doi: 10.1017/S0007114520002688](https://doi:10.1017/S0007114520002688)
- Rasborg, K., Fuglsang, L., Olsen P. B. (2014). *Videnskabsteori i samfundsvidenskabene. På tværs af fagkulturer og paradigmer*. (3.utg.) Fredriksberg: Samfundslitteratur.
- 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*. <https://doi:10.1002/jhbs.21991>
- Regjeringen.no (u.å). *Helse og omsorg*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/id917/>
- Regjeringen (2021). *Høring NOU 2020:16 Levekår i byer – Gode lokalsamfunn for alle*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-ina/id2829236/>
- Richardson, S., Goodman, N., Hastorf, A., Dornbusch, S., (1961). *Cultural Uniformity in Reaction to Physical Disabilities*. <https://doi.org/10.2307/2089861>
- Rodgers, A., Woodwars, A., Swimburd, B., Dietz, W. (2018). *Prevalence trends tell us what did not precipitate the US obesity epidemic*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30021-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30021-5)
- Ross, S., (2015). *What is really causing the obesity epidemic? A review of reviews in children and adults*. <http://doi.org/10.1080/02640414.2015.1093650>
- Rugseth, G & Engelsrud, G. (2020). *Aktiv på egne premisser? En diskursanalyse av faglige retningslinjer*. <https://nih.brage.unit.no/nih-xmlui/bitstream/handle/11250/2727062/Rugseth+Fysioterapeuten+2020.pdf?sequence=1>
- Scott, I. M. (1949). *Sudden obesity and psychological trauma*. *Br Med J*. 1949;2(4634):951-6.

- Siddiqui, K., Scaria Joy, K., Nawaz, S. (2019). *Impact of Early Life or Intrauterine Factors and Socio-Economic Interaction on Diabetes - An Evidence on Thrifty Hypothesis*.
[http://doi: 10.15280/jlm.2019.9.2.92](http://doi:10.15280/jlm.2019.9.2.92)
- Sirnes, T. & Meyer, S. (2004). *Normalitet og identitetsmakt i Norge*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Skrede, J. (2017). *Kritisk diskursanalyse*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stefánsdóttir, A. (2020). *Three positions on the fat body: Evaluating the ethical shortcomings of the obesity discourse*. Sage Journals. <https://doi.org/10.1177/1477750920903455>
- St.meld. nr 15 (2022–2023). *Folkehelsemeldinga— Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>
- St.meld. nr 19 (2018–2019). *Folkehelsemeldinga — Gode liv i eit trygt samfunn*.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-20182019/id2639770/>
- Stortinget.no. (2022). *Om regjeringens publikasjoner*.
<https://www.stortinget.no/no/Stortinget-og-demokratiet/Arbeidet/Om-publikasjonene/Regjeringens-publikasjoner/>
- Sølsnes, A. M. (2015). *Medisin, moral og mentalitet. En diskursanalyse av fedmekirurgi*. In. Masteroppgave: Høgskulen i Volda.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- The Lancet. (2018). *Tackling obesity seriously: the time has come*.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30053-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30053-7)
- Thurén, Torsten. (2009). *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Tomiya, A., Carr, D., Grandberg, E., Major, B., Robinson, E., Sutin, A., Brewis, A. (2018). *How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health*. BMC Medicine. <http://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
- UiO. (2011). *Kalori*.
<https://www.mn.uio.no/ibv/tjenester/kunnskap/plantefys/leksikon/k/kalori.html>
- University of Cambridge (2011). *Obesity theories from thrifty to drifty: why some people are lean and others fat*. <https://www.cam.ac.uk/news/obesity-theories-from-thrifty-to-drifty-why-some-people-are-lean-and-others-fat>
- WHO (2010). *A healthy lifestyle - WHO recommendations*.
<https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- WHO (2021). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Williams, G., Fruhbeck, G. (2009). *Obesity: Science to Practice*, (ed) Wiley-Blackwell.
- Xiang, H., Yang, R., Tu, J., Xi, G., Tao, X. (2022). *Health Impacts of High BMI in China: Terrible Present and Future*. National Library of Medicine.
<https://doi:10.3390/ijerph192316173>
- Yanguas, J., Hernandis, S. P., Santabalbina, F. J. (2018). *The complexity of loneliness*.
<https://doi:10.23750/abm.v89i2.7404>