



Masteroppgave i helse og sosialfag, mestring og myndiggjøring

Medisin, moral og mentalitet
- en diskursanalyse av fedmekirurgifeltet

30 studiepoeng

Anne Marte Sølsnes
Mai 2015

ABSTRACT

Weight loss surgery is a well-established treatment option, offered by both public and private treatment providers. In 2014, an extra focus on weight loss surgery was played out in the mass media, as the National Council for Quality and Prioritization in Health Services considered restrictions in who could be judged eligible for surgery. This spurred a big debate, and the media interviewed both patients and professionals about surgery. This discourse analysis is thus carried out in a period in time when a lot was at risk for the different parties in the field of obesity and weight loss surgery. This might have led discourses to become more apparent and explicitly stated, in this exact period. As a method for analysis I have built on a specification of discourse analytic theory, by Laclau and Mouffe.

I have identified four main discourses in my data material: *The medical discourse*, *the public health discourse*, *the psycho-moral discourse* and *the anti-discourse*.

The medical discourse considers obesity a serious illness, and weight loss surgery becomes a lifesaving and necessary course of action with very beneficial effects. In this discourse, weight loss surgery influences all areas of life positively. It is a problem-solving discourse, where health workers take on responsibility to help, and where the obese person is freed from responsibility and guilt for his or her situation.

The public health discourse is a discourse that gives warnings, both against weight loss surgery and against the obesity epidemic. In the public health discourse surgery is seen as unnecessary, risky and, at a societal level, a non-sustainable way of dealing with the obesity epidemic. The public health discourse is part of creating a collective panic, for both obesity and weight loss surgery. The solution to the obesity problem is prevention and structural changes, but it remains vague which concrete steps should be undertaken, and by whom.

The psycho-moral discourse builds on the claim that obesity is a problem “between the ears”. It is a discourse where mental suffering and poor choices are understood as causes of obesity, and, thus, the mental faculties or acts of strong will by the individual is in turn the solution. Weight loss surgery can be considered a tool that can help on the way to a thinner life, but is only considered helpful if the individual also “addresses the mental issues”. This is a lonely and hyper-individualistic discourse that puts the responsibility on the individual obese person.

The anti-discourse is the only discourse in which obesity is not considered a health problem for the individual or for society. Good health comes through healthy lifestyles, and there is not necessarily a connection between health and weight. In this discourse, weight loss surgery is considered unnecessary, because it changes body weight, but not lifestyle, and will therefore only have a minor effect on health. This discourse is rarely visible in media, and is only represented in one article in the data material in this study. The three first discourses are the dominating discourses in the material.

The three main discourses in the data material are all contributing to stigmatization and objectification of obese people in general and of post-surgery obese people. The discourses are part of building a form of governmentality aimed to move the population toward thinness. Weight loss surgery is a solution for many severely obese persons to escape the stigma that obese people are subjected to, and to be included as proper citizens in society. How online newspapers portray weight loss surgery can be problematic, as it can hinder the opportunity for empowerment and participation in society for obese people.

SAMMENDRAG

Fedmekirurgi er et veletablert behandlingstilbud, både i det offentlige og det private helsevesenet. I 2014 ble det ekstra fokus på fedmekirurgi i media, da Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet ville ta stilling til eventuelle endringer i restriksjoner for hvem som skulle få tilbud om fedmeoperasjon. Dette skapte stor debatt, og media intervjuet både fagpersoner og pasienter om fedmekirurgi. Denne diskursanalysen er altså gjort i en tid da mye stod på spill for de ulike interessepartene. Dette kan ha ført til at ulike diskurser kommer tydeligere frem. Jeg har som analyseverktøy tatt utgangspunkt i Laclau og Mouffe sin diskursanalyseteori.

Jeg har identifisert fire hoveddiskurser i datamaterialet: *Den medisinske diskursen, folkehelsediskursen, den psykomoralske diskursen og motdiskursen.*

Den medisinske diskursen inneholder et syn på fedme som en alvorlig sykdom, og fedmekirurgi blir her en livreddende og nødvendig handling som har svært god effekt. Fedmekirurgi er noe som virker positivt inn på alle aspekter av livet. Dette er en løsningsorientert diskurs, der helsepersonell tar ansvar for å hjelpe, og den overvektige blir fraskrevet ansvar og skyld.

Folkehelsediskursen er en diskurs hvor det advares både mot fedmekirurgi og mot fedmeepidemien. I folkehelsediskursen blir fedmekirurgi en unødvendig, risikofylt og samfunnsmessig lite bærekraftig måte å håndtere fedmeepidemien på. Folkehelsediskursen er med å skape en kollektiv angst for både fedme og fedmekirurgi. Løsningen på fedmeproblemet er her forebygging og strukturelle tiltak, men det er påfallende vagt hva dette konkret innebærer.

I den psykomoralske diskursen hevdes det at fedme er et problem som ”sitter i hodet”. Det er en diskurs der det psykiske forstås som grunnen til fedme, og der det er det psykiske eller viljen som kan løse problemet. Fedmekirurgi kan være et verktøy som hjelper en på veien til et slankere liv, men det hjelper kun dersom en også ”jobber med det psykiske”. Det er en ensom og hyper-individualistisk diskurs som legger ansvaret på den enkelte.

Motdiskursen er den eneste diskursen hvor fedme ikke sees som et problem, verken for helsen til den enkelte eller på samfunnsnivå. God helse kommer gjennom en sunn livsstil, og det forstås ikke her som at det nødvendigvis er en sammenheng mellom helse og vekt. Fedmekirurgi blir i denne diskursen en unødvendig operasjon fordi det kun endrer vekt og ikke livsstil, og derfor vil ha lite effekt på helse. Denne diskursen er svært lite synlig i media og kun representert i én artikkel i materialet. De tre andre diskursene er de dominerende diskursene i materialet.

De tre hoveddiskursene i datamaterialet er alle medvirkende til å forsterke stigmatiseringen og objektivering av overvektige og overvektsopererte. Diskursene er med å bygge opp under en governmentality som prøver å regulere alle i en tynnere retning. Fedmekirurgi blir en løsning for mange overvektige, for å komme unna stigmatiseringen som de blir utsatt for, og for å bli inkludert som fullverdige samfunnsborger. Nettavisers fremstilling av fedmekirurgi kan være problematisk fordi det kan være med å hindre muligheten for myndiggjøring og samfunnsdeltakelse for disse menneskene.

FORORD

Det er mange som har medvirket til at dette masterprosjektet og at denne masteroppgaven har kommet i havn og blitt slik den har blitt. Her er noen av de personene som fortjener en takk.

Jeg vil først rette en stor takk til min kunnskapsrike og kloke veileder, Jan Inge Sørbø. Tusen takk for at du har vært så lett tilgjengelig, oppmuntrende og alltid har hatt tid til å komme med gode råd og opplysende tanker.

Jeg vil også takke diskursgruppen ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, som tok meg inn i varmen, til tross for min nybegynnerstatus innen diskursanalyse. Tusen takk for at dere tok dere tid til å lese så grundig gjennom deler av oppgaven og komme med gode og gjennomtenkte kommentarer. Det har vært med på å øke min forståelse av diskurser og diskursanalyse, og har vært en berikelse for oppgaven.

Også en god takk til Eli Natvik, som alltid har vært tilgjengelig for diskusjon og spørsmål, og som har bidratt med gode faglige innspill og fruktbare diskusjoner. Takk til forskningsgruppen for "Folkehelse, livsstil og overvekt" i Helse Førde for faglig påfyll, og for følelsen av å være del av noe "større". Takk til mamma og pappa som har stilt opp som barnevakt midt i en travel jobbuke, eller i helgene når det egentlig har fristet mer med en skitur. Og for lån av bil.

Aller mest vil jeg takke Christian, for din alltid tilstedeværende og ubetingede støtte. Tusen, tusen takk for at du om igjen og om igjen tålmodig har lest, rettet, og kommet med kommentarer og ideer til oppgaven. Diskusjonen og innspillende fra deg har vært av uvurderlig nytte. Uten din kjærlighet og hjelp ville aldri denne masteren eller masteroppgaven vært mulig å gjennomføre. Og takk til Kasper og Timian som hver eneste dag minner meg på hva som er det viktigste her i livet. Dere tre betyr alt!

Førde, 18.05.15

Anne Marte Sølsnes

INNHALDSFORTEGNELSE

ABSTRACT	1
SAMMENDRAG	2
FORORD	3
INNLEDNING	6
MEDIEMAKT	7
FORELIGGENDE DISKURSANALYTISK FORSKNING.....	9
NORSK FORSKNING PÅ FEDME OG FEDMEKIRURGI.....	11
NYTTEN AV EN NORSK DISKURSANALYSE AV FEDMEKIRURGI	12
EGEN FORFORSTÅELSE	13
FEDME OG FEDMEBEGREPET	14
FEDME I ET HISTORISK OG KULTURELT PERSPEKTIV	14
MEDIKALISERING AV FEDME; FEDME SOM EN RISIKO; FEDMEEPIDEMIEN	15
<i>Tabell 1 – medisinsk klassifikasjon av kroppsstørrelse</i>	16
ULIKE SYN PÅ FEDME	16
<i>Det dominerende synet på fedme</i>	16
<i>Andre måter å forstå fedme på enn den medisinske og den moralske</i>	18
VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV	20
DISKURSER OG DISKURSANALYSE.....	20
<i>Subjektposisjoner</i>	23
METODE	24
DISKURSORDEN.....	26
AVGRENSING AV DISKURSENE	27
DISKURSENES INNHOLD OG ANALYSEVERKTØY	28
DATATILFANG TIL DISKURSANALYSEN.....	31
<i>Tabell 2 – Oversikt over datatilfang</i>	32
METODEDISKUSJON	33
<i>Relevans</i>	33
<i>Refleksivitet</i>	34
<i>Validitet</i>	36
<i>Overførbarhet</i>	37
<i>Etiske vurderinger</i>	38
ANALYSE	40
A) DEN MEDISINSKE DISKURSEN. DEN LØSNINGSORIENTERTE	40
<i>Hva er problemet?</i>	41
<i>Hva er løsningen?</i>	44
<i>Mennesket overlatt til kroppens vold</i>	46
<i>Fedmekirurgi er positivt for alle aspekt ved kropp, helse og velvære</i>	48
<i>Hvem har ansvaret for løse dette problemet?</i>	50
<i>Narrativ i den medisinske diskursen - historien om den vellykkede pasienten</i>	51
<i>Oppsummering av den medisinske diskursen</i>	54
B) FOLKEHELSEDISKURSEN. DEN KOLLEKTIVE ANGSTEN.	55
<i>Hva er problemet?</i>	55
<i>Risiko og kaos?</i>	55
<i>Fedmekirurgi som uetisk og risikofyllt</i>	59
<i>Bivirkninger</i>	60
<i>Hva er løsningen?</i>	62

<i>Hvem har ansvaret?</i>	64
<i>Oppsummering av folkehelsediskursen</i>	65
C) DEN PSYKOMORALSKE DISKURSEN - DEN ENSOMME OG HYPER-INDIVIDUALISTISKE.....	66
<i>Hva er problemet?</i>	67
<i>Hva er løsningen?</i>	70
<i>Hvem har ansvaret?</i>	72
<i>Narrativene til den psykomoralske diskursen</i>	73
<i>Oppsummering av den psykomoralske diskursen</i>	75
D) MOTDISKURSEN - DEN KONSPIRATORISKE?	75
<i>Hva er problemet?</i>	76
<i>Hva er løsningen?</i>	78
<i>Hvem har ansvaret?</i>	79
<i>Oppsummering av motdiskursen</i>	79
OPPSUMMERING AV DE FIRE DISKURSENE	80
<i>Tabell 3 – Oversikt over diskursene</i>	80
<i>Tabell 4 – Subjektposisjoner i de ulike diskursene</i>	81
DISKUSJON	82
HVORDAN ARTER DETTE SEG FOR BRUKEREN? GOFFMAN OG STIGMA.....	82
HVILKEN ROLLE HAR STATEN? FOUCAULT, GOVERNMENTALITY OG NORMALITET	87
ANSVARLIGHET OG MORAL - EN VITENSKAPELIG SPENNING?	91
OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BEMERKNINGER	98
REFERANSER	100
VEDLEGG	107

INNLEDNING

I denne masteroppgaven har jeg gjennomført en diskursanalyse av fedme og fedmekirurgi i norske nettaviser. Mennesker med et høyt antall kilo og en rund kroppsform blir i dag omtalt med ord som overvektig, sykkelig overvektig eller som at de har fedme. Siden det i dag er en økning i antall personer som blir definert som overvektige i Norge, har styresmaktene satt mye fokus på dette de siste årene.

Verdens helseorganisasjon (WHO) sier at overvekt og fedme er en av de største helseutfordringene på verdensbasis (WHO, 2000, s. 2). Etter loven om pasientrettigheter (1999) fikk sykkelig overvektige i Norge rett til tverrfaglig vurdering og behandling i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2009, s. 3). Ett av behandlingstiltakene, som har vært i økende bruk de siste 10 årene, er fedmekirurgi. I dag blir det utført ca. 3000 fedmeoperasjoner i året i Norge, og både private klinikker og offentlige sykehus utfører disse operasjonene (Visjø, 2014).

Sykkelig overvekt har blitt en diagnose som gir rett til behandling i helsevesenet. En blir definert som sykkelig overvektig ved å ha en kroppsmasseindeks (BMI) på over 40. I Norge blir i dag 20% av voksne klassifisert som overvektige, og 2 % klassifisert som sykkelig overvektige. En ser dette som en økende trend med flere overvektige i årene fremover (Knutsen, 2013, s. 30).

Fedmekirurgi blir ansett som den mest effektive behandlingen av sykkelig overvekt når det gjelder langvarig vekttap og reduksjon i tilleggssykdommer (Natvik, Gjengedal, Moltu & Råheim, 2014, s. 1). For å få rett til fedmeoperasjon i offentlige sykehus må en ha blitt diagnostisert som sykkelig overvektig med redusert helserelatert livskvalitet, eller ha en BMI mellom 35-40 med alvorlige tilleggssykdommer, slik som for eksempel høyt blodtrykk, diabetes 2, eller søvnapné (De Regionale Helseforetakene, 2007, s. 20). I Norge er de to vanligste operasjonene *gastric sleeve* eller *gastric bypass*. Sleeve-operasjonen forminsker magesekken slik at en ikke klarer å spise store mengder mat. Gastric bypass forminsker magesekken og omkobler store deler av tynntarmen, slik at en ikke klarer å spise store mengder mat og tarmene tar opp mindre næring (Blackburn et al., 2009).

Fedmekirurgi er en omtalt og omdiskutert behandlingsmetode i både media og blant fagpersoner. Jeg har selv som fysioterapeut jobbet med pasienter som har blitt fedmeoperert,

og kjent på egne og kollegaers fordommer, både mot selve operasjonen og mot den overvektige pasienten. Mange peker på etiske spørsmål knyttet til å operere i friskt vev, at pasientene ikke vet hva de går til, og at ingen kjenner langtidskonsekvensene av operasjon. Det er heller ikke uvanlig med komplikasjoner som oppkast, diaré og underernæring etter operasjon (Natvik et al., 2014, s. 1). De som argumenterer for overvektsovervektoperasjon sier at disse pasientene ikke har noe annet valg. For den sykelig overvektige kan det stå om liv og død, og overvektsovervektoperasjon er det eneste som kan hjelpe dem til å gå ned i vekt da de har prøvd andre metoder uten å lykkes. Dersom de ikke går ned i vekt vil de dø av sykdommer forårsaket av overvekten.

Forrige avsnitt peker mot at den som gjennomgår fedmekirurgi befinner seg i komplekse normative og moralske diskurser, og får tvetydige beskjeder fra kunnskapsfeltet.

Mediemakt

Uansett hvordan en ser på fedmekirurgi, er det levende mennesker, subjekter, og ikke bare en objektiv kropp som blir snakket om og operert. Måten en omtaler og snakker om fedmekirurgi, er med på skape muligheter eller hindre for disse personene. Hvordan vi som profesjonsutøvere og som samfunnsborgere forstår overvekt og fedmekirurgi er avgjørende for hvordan disse pasientene opplever seg selv. Vi blir alle påvirket av medias fremstillinger av et fenomen (Lupton, 2012, s. 15). Foucault peker på at subjekter skapes gjennom diskursen, og brukt på fedmekirurgi betyr det måten vi i samfunnet snakker og uttaler oss om fedme og fedmekirurgi (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 24). Gjennom måten vi bruker språket og omtaler fenomenet skaper vi sosiale konstruksjoner og mulige subjektposisjoner for de overvektige og fedmeopererte. Hvilke subjektposisjoner blir skapt for fedmeopererte?

Nettavisar og media har stor innflytelse på hvordan vi konstruerer og rekonstruerer våre syn på helse og sykdom. Massemedia, og spesielt nyhetsmedia, er med å påvirke både befolkningens og politikernes syn på hvilke saker som bør komme på agendaen (Glenn et al., 2013, s. 632). Lupton hevder at folk konstruerer sin forståelse av verden like mye gjennom den informasjonen som de får gjennom massemedia som den forståelse de får gjennom egen erfaring og diskusjoner med andre. Massemedia fremstiller aspekter med helse, sykdom og helserisiko på en bestemt måte. Mange får høre om nye behandlingsmetoder og medisinsk teknologi første gang gjennom massemedia. Lupton argumenterer for at studier av medias fremstilling av medisinske fenomen gir en viktig innsikt i det sosialkulturelle aspektet av

medisin og helse (Lupton, 2012, s.15). Medias representasjoner av fedme og fedmekirurgi blir derfor en viktig flate for å studere hvilke diskurser som blir skapt rundt dette. Det vil altså være med på å styre hvordan en snakker om og ser på fedme og fedmekirurgi generelt, og vise en viktig del av vår kulturelle forståelse av fedme og fedmekirurgi.

Overvektige er en av de få gjenværende grupper i samfunnet som det er akseptert å diskriminere (Puhl & Brownell, 2001, s.788). Mennesker som blir kategorisert som overvektige, som å ha fedme, eller som er tjukke, blir utsatt for diskriminering, fordommer og ydmykelse fra ulike hold. De blir ofte utsatt for stigmatiserende kommentarer fra kollegaer, venner, familie og fremmede i det offentlig rom (Lupton, 2013, s. 5). Dette kan henge sammen med at fedme blir sett på som en uønsket tilstand (Rugseth, 2006). Stigmatiseringen av overvektige virker inn på mange områder i livet. Det har vist seg at overvektige, for eksempel, har dårligere muligheter på jobbmarkedet, de har mindre sjanse for forfremmelse i jobbsammenheng og de har lavere gjennomsnittlig inntekt. Overvektige blir møtt med mindre respekt, både av helsepersonell og av medmennesker generelt, og overvekten virker direkte inn på relasjonen til andre mennesker. Det har for eksempel blitt vist at overvektige har mindre sjanse for å bli gift enn normalvektige. Barn som er overvektige kan til og med oppleve å bli diskriminert av egne foreldre til fordel for sine slankere søsken (Lupton, 2013, s.5). Stigmatiseringen av overvektige er altså med på å hindre dem i å være fullverdige samfunnsborgere på lik linje med normalvektige.

I følge Malterud og Ulriksen (2009, s. 47) blir overvektige fremstilt i norske media som grådige, stygge og uansvarlige individ som burde skamme seg. Dickins, Thomas, King, Lewis og Holland (2011) hevder medias fokus på fedme er med på å øke stigmatiseringen. Media sees slik som å være med på å forsterke og opprettholde stigmatiseringen av overvektige. Throsby påpeker at å gjøre en overvektsoperasjon blir sett på som ”juksing”, og at en velger den ”den lette veien” istedenfor den ”rette” moralske veien gjennom livsstilsendring. Dette viser til en uvillighet til å ta ansvar for egen helse (Throsby, 2008, s.119). Er media også med på forsterke dette bildet av de som har tatt fedmekirurgi? Blir fedmeopererte utsatt for en dobbeltstigmatisering i media, gjennom å både ha latt seg bli overvektig, og deretter gå ned i vekt på ”feil” måte?

De som velger å gjennomgå fedmekirurgi er av de som er i den alvorlige delen av fedmeskalaen, og ofte de som er i størst grad er utsatt for stigmatisering og moralsk fordømmelse (Throsby, 2007, s.1562). Det er derfor viktig å se på måten media fremstiller

dette, for å belyse om det kan være med å øke stigmatiseringen av det som kan være en sårbar og utsatt gruppe mennesker.

Foreliggende diskursanalytisk forskning

Det er gjort mange diskursanalytiske studier om fedme, men få diskursanalyser om fedmekirurgi. De fleste studiene jeg har funnet er gjort i utlandet, og jeg har kun funnet én som er gjort i Norge. Jeg går i det følgende gjennom de studiene jeg har funnet i min empiriske litteraturgjennomgang.

Knutsen har i sitt Ph.D.-prosjekt gjort en diskursanalyse av intervju med norske pasienter som har gjennomgått fedmeoperasjon. Hun fulgte pasientene gjennom hele behandlingsopplegget, fra før operasjon til 9 måneder etter operasjonen. Hun har også gjort en feltstudie av informasjons- og opplæringskurs til sykkelig overvektige. Hennes funn viser at pasienter, etter å ha gått ned i vekt etter operasjon, fremdeles følte skam og skyldfølelse. Hun etterlyser mer nyansert innsikt i forhold til normalitet, skam og identitet når det gjelder intervensjoner mot overvektige. Hun problematiserer også myndiggjøringstilnærmingen (empowerment) til disse pasientene, da hun hevder denne kan være med på å bygge opp under mer skam og skyldfølelse. Myndiggjøringstilnærmingen som disse pasientene ble møtt med fokuserte på endring av kropp og livsstil, og lite på aksept og anerkjennelse av ens egen kropp slik den er (Knutsen, 2012).

Throsby har gjort en studie i England og Skottland med intervju av pasienter som har gjennomgått, eller venter på å gjennomgå, overvektsoperasjon. Hun fant at informantene opprettholdt den dominante diskursen om enkeltindividets ansvar for å ”kjempe krigen mot fedme”, og at de gjennom fedmekirurgi ble disiplinerte subjekt som klarte dette (Throsby 2007, 2008, 2009). Drew utforsket fedmeopererte pasienters diskurser rundt fedmekirurgi i USA. Hun konkluderte med at den ”ideelle pasient”-diskursen ble en ramme som pasienten omfavnet for å få tilgang til operasjon. Pasientenes selvopplevelse og forståelse ble videre sterkt påvirket av den medisinske diskursen (Drew, 2008).

Young og Burrows har gjort en diskursanalyse av to kvinner, som har gjennomgått fedmekirurgi, sin videoblogg på YouTube. De fant at kvinnene inntok ulike subjektposisjoner, som den ”nye, normale jeg ” og den ”gamle, tjukke jeg”. Disse subjektposisjonene skapte motsetninger og motstridende forventninger til en selv: Før var en den umoralske,

nyliberalistiske konsumenten, mens etter operasjon skulle en være den selvdisiplinerte og moralsk kontrollerte borger (Young & Burrows, 2013).

Alle disse studiene har gjort diskursanalyser av hvilke diskurser og subjektposisjoner pasienter bruker og inntar. Men det er også i utlandet gjort noen diskursanalyser av fedmekirurgiklinikkens fremstillinger på internett, og noen studier av medias fremstilling i Canada og USA. Salant og Santry har gjort en diskursanalyse av markedsføring av fedmekirurgi på internett. De fant at overvekt ble fremstilt som en alvorlig sykdom som en trengte profesjonell hjelp til å behandle (Salant & Santry, 2006). Groven og Hoffman har, inspirert av nettopp Salant og Santry, gjort en lignende studie av norske fedmekirurgiklinikkens markedsføring. Dette er ikke en diskursanalyse, men en tematisk analyse. Jeg nevner den allikevel her da jeg ser den som relevant for temaet til denne oppgaven. Groven og Hoffman konkluderer med at norske fedmekirurgiklinikker på sine internettsider skaper forvirring og urealistiske forventninger til de utfordringer som fedmekirurgi medfører (Groven & Hoffman, 2015).

Glenn, McGannon og Spence har gjort en kritisk diskursanalyse på artikler i canadisk nyhetsmedia som omtaler fedmekirurgi. De sier at måten fedmekirurgi blir fremstilt på er svært problematisk, fordi det forenkler forståelsen av fedmekirurgi og fedme. Fedmeoperasjoner blir fremstilt som i en eventyrfortelling og er med på forsterke stigmatiseringen av fedme. Menn som klarte å bekjempe overvekten ble fremstilt som helter, og kvinner som ble slanke fant drømmeprinsen og fikk sitt eventyrbryllup. Det er altså gjennom å være tynn at en blir attraktiv nok til å få komme innenfor slike sosiale institusjoner som ekteskap (Glenn et al., 2013).

Andre som også har gjort diskursanalyse av medias fremstilling av fedmekirurgi i USA er Bishop og Ferris. Begge disse studiene ble gjort på medias fremstillinger av kjendiser, og begge hadde med fremstillingen av den fedmeopererte Carnie Wilson. Ferris undersøkte hvordan Carnie Wilson og Tracy Gold, som hadde anorexia nervosa, ble ulikt fremstilt. Ferris konkluderte med at Wilson ble fremstilt i et usympatisk lys ved å være en som hoppet over den forventede hardtarbeidende måten å gå ned i vekt gjennom dietter og trening. Hun fremstod som svak, usunn og mislykket. Gold ble presentert som sterk, kjempende og suksessrik (Ferris, 2003). Bishop ble inspirert av Ferris og gjorde en diskursanalyse med fokus på kjønnsforskjeller. Han sammenlignet fremstillingen i media av Al Roker og Carnie Wilson, som begge var fedmeopererte. Bishop fant at Roker fikk en moralsk godkjennelse for

sin operasjon, men ikke Wilson, enda begge gjorde de livsstilsendringene som skulle til for holde vekten etter operasjonen. Det var altså en forskjell på hvordan de ble fremstilt i media og Bishop mente dette hadde en sammenheng med kjønnsforskjeller (Bishop, 2005). Carnie Wilson ble altså fremstilt i et mer negativt lys fordi hun var kvinne og ikke gikk ned i vekt på den ”riktige” måten.

Men dette er altså studier gjort på amerikansk og canadisk media. Vil norske nyhetsmedia fremstille fedmekirurgi annerledes? Er det de samme diskursene som dominerer i hele den vestlige verden?

Norsk forskning på fedme og fedmekirurgi

Det kan i denne sammenhengen være verdt å nevne at Malterud og Ulriksen (2009) gjorde en studie av norske nyhetsaviser for å finne diskurser rundt fedme. De konkluderte med at media forsterker den kulturelle stigmatiseringen av fedme, gjennom å fremme skam og skyldfølelse hos den overvektige. De hevder at denne skammen og skyldfølelsen smitter over på alle aspekter ved livet. Overvektige kan ikke flykte fra det kulturelle stigmaet, de må bare finne en måte å takle det på (Malterud & Ulriksen, 2009).

Det kan også nevnes at det er skrevet flere doktoravhandlinger på norsk materiale om pasienters erfaring med fedmekirurgi. Natvik utforsker i sin avhandling pasienters erfaringer fem år etter operasjon i et hermeneutisk-fenomenologisk perspektiv inspirert av Merleau-Ponty (Natvik et al., 2014; Natvik et al. 2015). Hun fant, mellom andre ting, at fedmeopererte opplevde å bli sett annerledes på av samfunnet rundt seg da de ble tynnere etter kirurgi, men at de i stor grad følte seg som den samme som før. Hun fant også at mennesker etter fedmeoperasjon opplevde å bli sterkt såret når de hørte andre snakke nedlatende om overvektige mennesker. Det var som om de fikk del i en stigmatisering som de skjønnte også hadde vært rettet mot dem selv tidligere (Natvik et al., 2015).

Berg har fulgt flere pasienter både før og etter operasjon og sett på dette i et mer sosiologisk perspektiv. Hun fant at overvekten var et relasjonelt fenomen og fedmekirurgi ble en frigjørende begrensning som hjalp en å bli ”normal”. Men også at behandlingen ikke alltid var en like treffsikker behandling, siden plagene en opplevde med overvekten var av relasjonell karakter (Berg, 2013). Groven har i sin avhandling intervjuet kvinner om deres erfaringer etter fedmekirurgi (Groven, Råheim, Braithwaite & Engelsrud, 2013). Dette er altså

ikke diskursanalyser, men kvalitative studier som er utforskende og beskrivende. Slike studier er interessante og viktige fordi de gir innblikk i pasienters egne erfaringer og opplevelser med fedmekirurgi. Men de er ikke ment å avdekke skjulte maktforhold, hvilke subjektposisjoner som blir tilbudt og hvilke alternative måter som er tilgjengelig for å forstå betydningen av fedmekirurgi.

Nytten av en norsk diskursanalyse av fedmekirurgi

En diskursanalyse kan gi nye vinklinger på fedmekirurgi, gjennom å vise hvordan ordene og språket vi bruker låser subjektene til gitte handlingsalternativer og utelukker andre betydninger og muligheter. Fordelen med diskursanalyse er at den kan belyse det som vi tar som en selvfølge og skape tvil om selvfølgeligheter vi har. En kan avdekke makten i språket og diskutere etiske konsekvenser av språket vi bruker. En kan se hvilke diskurser som er dominerende og hvilke diskurser som blir marginalisert. En diskursanalyse kan altså gi et annet bilde av fedmekirurgi enn hermeneutiske og fenomenologiske analyser av erfaringer av temaet kan. En kan på noen måter si at en diskursanalyse kan gi kunnskap om de rammer som erfaringer kan fremkomme innenfor.

Formålet med denne studien er å belyse og tydeliggjøre de diskursene som er rådende om fedme og fedmekirurgi i norske nettaviser. Både måten vi snakker om fedme og om fedmekirurgi er avgjørende for sosial inkludering, subjektivt meningsinnhold og videre deltakelse i fellesskapet for denne gruppen mennesker. Når både fedme og fedmekirurgi er økende, blir det helt avgjørende at det blir større inkludering og ikke mer stigmatisering. Det er derfor viktig å se på måten nyhetsmedia omtaler fedme og fedmekirurgi og på hvilke mulige subjektposisjoner som blir gitt til denne gruppen mennesker i nyhetsmedia. Ingen av studiene jeg har funnet har gjennomført en diskursanalyse av norske nyhetsmedia sin fremstilling av fedmekirurgi. Min problemstilling for denne oppgaven blir derfor:

Hvordan fremstilles fedmekirurgi i norske nettaviser?

For å svare på problemstillingen har jeg valgt å se på nettavisers fremstillinger avgrenset til året 2014. Datamaterialet består av et utvalg av det som blitt skrevet om fedmekirurgi i en viss periode, og vil i den grad bare gi oss noen konturer av hvilke diskurser som eksisterer i nettavisene (for nærmere beskrivelse av datamaterialet se avsnittet "Datatilfang" s. 27).

Egen forforståelse

Når en går inn i et felt for å studere og undersøke noe har en alltid et forhold eller en posisjon til det en skal undersøke. En har på seg noen ”briller” med forforståelse som bestemmer hva en ser, hva som er konsekvensen av det en ser og hva som blir lagt frem som resultatet.

Sannsynligvis vil det finnes andre posisjoner eller ”briller” som ser virkeligheten på en annerledes måte og dermed ville kommet frem til andre resultat og konklusjoner (Malterud, 2003; Jensen, 2010, s.191). Jeg er som sagt utdannet fysioterapeut, og har jobbet på sykehus med pasienter som skal opereres for overvekt. Mine ”briller” vil til en viss grad være preget av dette. Det at jeg har jobbet sammen med kirurger og fagpersoner som er svært positivt innstilt til fedmekirurgi kan ha farget min kunnskap og mine implisitte holdninger.

Samtidig har jeg sett hvordan grensene for hvem som blir operert blir tøyd i alle retninger. Komplikasjonene og smertene som følger av slike inngrep har gjort at jeg er svært usikker på om dette er riktig. For eller mot, fedmekirurgi er en kompleks praksis og vanskelig å ta en ensidig stilling til. Mine briller vil nok kunne være litt farget av jeg har en oppfatning av at det finnes en del stereotype fordommer som forenkler bildet av fedme og fedmekirurgi, slik jeg selv til tider har merket hos meg selv. Forforståelse vil være uunngåelig i alle fortolkende vitenskaper eller analyser. Slik sett kan det ikke sees som et hinder, men snarere en mulighet og et behov for en løpende refleksivitet (Malterud, 2003), der den som analyserer forsøker å oppøve en bevissthet om egen posisjon eller egne briller i tolkningen.

FEDME OG FEDMEBEGREPET

Siden denne oppgaven har som hovedfokus å se på fremstillingen av fedmekirurgi, henger dette også tett sammen med fremstillingen og betydningen av fedme som sådan. Jeg vil derfor her først presentere et kort historisk og kulturelt perspektiv på fedmebegrepet. Videre vil jeg vise hvordan fedme de siste tiårene har blitt et medisinsk problem. Deretter vil jeg kort presentere det som er det dominante synet på fedme og noen motforestillinger til det dominante synet på fedme.

Fedme i et historisk og kulturelt perspektiv

I vårt samfunn blir fedme sett på som noe uønsket. Dette kan gjøre det vanskelig å huske på at i et historisk og kulturelt perspektiv har ikke fedme alltid blitt sett på som noe problematisk. I andre kulturelle kontekster, både i historiske og nåværende kulturer, har fedme blitt sett på som et statussymbol som uttrykker rikdom og helse. Det har vært et tydelig tegn på god tilgang på mat (Harrison, 2012, s. 326). I kulturer som er mer tradisjonelle og mindre påvirket av det vestlige synet på fedme kan fedme også bli sett på som noe attraktivt og seksuelt (Gard & Wright, 2005, s.70). Dette viser seg at det finnes flere oppfatninger av fedme, og således at fedmes mening er kulturelt betinget. Kulick og Meneley har gjort en sosialantropologisk studie av fedme, og fant at hvordan en så på fedme var avhengig av hvem og hvor du var. Fedme kunne for eksempel bli sett på som vakkert, stygt, pornografisk, skamfullt eller magisk (Kulick & Meneley, 2005). Dette eksemplifiserer den kulturelle variasjonen i betydningen av fedme. I afrikanske kulturer kan for eksempel det å ha en stor og rund kroppsform bli kalt ”veldig tradisjonelt bygd” og være noe som er vakkert og sensuelt (McCall, 1998). En kan også fra vår egen vestlige kulturelle historie se hvordan kunstnere på 1600- og 1700-tallet uttrykte skjønnhetsidealer gjennom store, formfulle kropper og fråtseri (Knudsen, 2012, s. 28). Vi ser altså her hvordan fråtseri på dette tidspunktet i historien var en statusmarkør, i motsetning til våre dagers birkebeinertid, der disiplin, askese og kontroll er det som gir status (se avsnittet om dominerende synet på fedme for en mer detaljert gjennomgang av dette).

William Banting var en av de første som satte fokus på slanking og dietter på midten av 1800-tallet. Hans bok ”Letter on Corpulence, Addressed to the Public” ble så populær at slanking etter hans metode fikk et eget begrep; nemlig å ”bante”. I Sverige blir dette begrepet fremdeles brukt om slanking (Knudsen, 2012, s. 28; Svenaeus, 2013, s.105). Det medisinske miljøet så imidlertid Bantings bok som en trussel og advarte mot konsekvensene av slanking. Det var ikke før i 1930-årene at medisinen begynte å se på overvekt som en uønsket tilstand

(Knutsen, 2012, s. 28). Det var altså på 1800- tallet ulike oppfatninger av fedme som sameksisterte, både fedme som uønsket og ønsket tilstand.

Økt velstand har ført til overflod og overernæring i den vestlige verden gjennom de siste 50-årene. Etter andre verdenskrig har slankhet blitt det dominerende kroppsidealet i den vestlige verden. Å være slank er blitt fremmet som et ideal for sunnhet og god helse, understøttet av moteindustriens idealer om skjønnhet og seksualitet (Knutsen, 2012, s. 28). Moderne kommunikasjon gjennom massemedia, blogger, sosiale medier og moteindustrien sprer idealet om den slanke kroppen over hele verden. Det har tidligere vært mest fokus på kvinner, der den slanke, tynne, veltrente kroppen er et symbol hvor seksuelt attraktive kvinner er. Det blir argumentert for at det slanke, veltrente kroppsidealet nå også legger mer fokus og press på menn (Knutsen, 2012, s. 29). En ser altså at økt tilgang på mat i vesten har ført til at idealet har snudd fra fråtseri til disiplin og slanking.

I et historisk og kulturelt perspektiv har fedme hatt ulike betydninger opp gjennom historien. Dette har gitt ulike subjektposisjoner og meningsutfyllelse til fedme og til den overvektige. Men forståelsen av fedme har aldri vært lineær og innenfor en tidsperiode kan det ha vært ulike relevante betydninger av fedme. Hvordan er dette i vår samfunn i dag? Har vi ulike forståelser av fedme?

Medikalisering av fedme; fedme som en risiko; fedmeepidemien

I 1997 erklærte verdens helse organisasjon (WHO) krig mot det de kaller for ”den globale fedmeepidemien” (Svenaesus, 2013, s. 99). Av rapporten ”Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic” (WHO, 2000) fremgår det at fedme og overvekt er den største risikofaktoren for å utvikle alvorlige og kroniske sykdommer. Fedme og overvekt i seg selv blir sett som en kronisk sykdom (WHO, 2000, s.35). Fedme blir også definert som en epidemi, som en må forebygge og unngå (WHO, 2000).

Den folkelige måten å omtale fedme eller overvekt er å vise til en viss grad av fett på kroppen. Hva som er fedme eller overvekt blir en subjektiv vurdering, og hva som definerer fedme og overvekt er ikke klart definert (Harrison, 2012, s.326). I medisinske termer er det derimot helt klart hva som er sykkelig overvekt. Fedme blir definert utfra vekt i forhold til høyde. Body Mass Index (BMI), eller på norsk kroppsmasseindeks (KMI), blir et diagnostisk verktøy til å klassifisere fedme, der en deler vekt på kvadrat av høyde (kg/m^2).

Normalvekt blir definert innenfor en BMI på 18,5- 24,9. BMI blir på denne måten en ”objektiv” måte å måle fedme på (Knutsen, 2012, s. 30). Den medisinske definisjonen av fedme blir altså målt i forhold til vekt og høyde, og definerer ut i fra dette hva som er normal og ikke-normal kroppsstørrelse. BMI blir ikke bare i medisinske termer et mål på kroppsstørrelse, men også et mål på helse (Boero, 2012; Harrison, 2012, s. 326). Tabellen under er hentet fra en av artiklene i materialet mitt og viser den medisinske kategorisering av fedme og kroppsstørrelse. Som et eksempel på hvordan BMI ikke bare knyttes til en beskrivelse av fedme, men også blir et mål på helse, kan en se ut fra tabell 1 i punktet om BMI på mer enn 35. Dette er per medisinsk definisjon sykelig. Den subjektive opplevelsen til mennesket med en BMI på 35, om hvorvidt en er ved god helse eller ikke, får ikke betydning i klassifikasjonen.

Tabell 1 – medisinsk klassifikasjon av kroppsstørrelse

KROPPSMASSEINDEKS
<p>Kroppsmasseindeks</p> <p>I Norge tilbys operasjon til personer med en BMI (kroppsmasseindeks) på over 40 (over 35 ved følgesykdommer som diabetes eller hjerte- og karproblematikk).</p> <p>BMI 25-30: overvekt.</p> <p>BMI 30-35: fedme.</p> <p>BMI over 35: alvorlig eller sykelig fedme.</p> <p>Du kommer frem til din BMI ved å dele vekt på høyde x høyde.</p> <p>En person på 2 meter som veier 100 kilo, har altså en BMI på 25 ($100:2 \times 2 = 100:4 = 25$).</p>

Ulike syn på fedme

Det dominerende synet på fedme

Jeg vil her gjøre rede for det som i diskurslitteraturen blir kalt den dominante diskursen om fedme i det vestlige samfunnet i dag. Jeg gjør oppmerksom på at dette altså dreier seg om fedme som sådan, og ikke fedmekirurgi som praksis, som er det som jeg skal analysere i denne oppgaven. Det er imidlertid en viktig omliggende kontekst som fedmekirurgi befinner seg innenfor, og som må beskrives når en skal inn i praksisfeltet. Den dominante diskursen er et syn som fører til en moralsk fordømmelse av fedme. I følge Throsby bygger dette synet på to hovedantakelser som fører til denne moralske fordømmelsen (Throsby, 2007, s. 1562).

Det første antakelsen er at fedme er noe som gir dårlig helse. Fedme fører til sykdommer som diabetes, hjerte- og karsykdommer, kreft og en rekke andre helseproblemer (Harrison, 2012; Rugseth, 2011, s.18). I tillegg til å gi uhelse til enkeltindividet, vil også fedme medføre store konsekvenser for sykefraværet fra arbeidslivet, og for dødeligheten. Dette har igjen følger for den samlede produksjonsevnen i samfunnet, for kapasiteten i helsevesenet, og for nasjonalbudsjettet (Rugseth, 2011, s.18). Tynnhet og slanke kropper blir fremmet som sunne og livskraftige, noe som blir idealet. Denne antakelsen peker på at fedme er noe en må forebygge eller gjøre noe med, både for individets beste og samfunnets beste (Throsby, 2007, s. 1562). Vekttap blir i en slik sammenheng ikke et valg, men en forpliktelse (Throsby, 2009, s.202).

Den andre antakelsen er at fedme kommer av for mye mat og for lite fysisk aktivitet. Fedme er altså et resultat av større energiinntak enn energiforbruk (Rugseth, 2011, s.18). Fedme blir slik sett på som et resultat av en "sedat livsførsel". Med andre ord blir overvektige fortalt at dette er et individuelt problem som kommer av mangel på viljestyrke, for lite fysisk aktivitet og for mye mat (Harrison, 2012; Malterud & Ulriksen, 2009). Fedme blir sett på som et individuelt valg og noe den enkelte kan kontrollere ved å regulere matinntak og fysisk aktivitet. Det blir en selvpåført tilstand og et resultat av latskap (Malterud & Ulriksen, 2009).

Når fedme blir sett på som et resultat av latskap kommer fedme i konflikt med vestens moralske verdier. I den vestlige verden blir verdier som hardtarbeidende, pliktoppfyllende, disiplinert og kontrollert sett på som viktige (Whitehead & Kurtz, 2008, s. 346-347). Når en beskriver fedme som et resultat av lav selvdisiplin og latskap fører dette til en moralsk fordømmelse av overvektige. Personer med høy kontroll blir sett på som veltilpassede, intellektuelle og som å ha gode muligheter for å takle utfordringer. Personer med lav kontroll blir assosiert med dårlig tilpassingsevne og lav moral (Lupton, 1995). Det blir altså her en sammenheng mellom moral og kroppsstørrelse. Fedme representerer en moralsk svakhet ved individet. Presset for å opprettholde en riktig kroppsfasong blir slik ikke bare satt i sammenheng med helse, det blir også en moralsk fordømmelse av den overvektige som blir karakterisert som lat og grådig (Evans, Rich, Davies & Allwood, 2008).

Lupton (2013) hevder at en slik fordømmelse henger sammen med den kristne kulturens tanke om at den disiplinerte og kontrollerte kroppen er nærmere Gud. Det å ha kontroll over sine kroppslige behov som sult og seksuelle drifter er bevis på en moralsk overlegenhet og en blir

mindre syndig (Lupton, 2013, s. 5; Råheim, 2008). Selv om vi i dag lever i et mer sekulært samfunn er en slik forståelse av kropp og selvdisiplin fremdeles dominerende. Dette blir reflektert i vår forståelse av kroppsstørrelse og form (Lupton, 2013, s. 7). Dette kan til og med blir forsterket i det sekulære samfunnet, når den religiøse trøsten blir borte, står bare kroppen og disiplinen igjen.

Den dominante diskursen rundt fedme er altså med på å rettferdiggjøre en moralsk frykt rundt fedme og å marginalisere alternative forståelser. Det er også med på å fremme en forenkling av vår forståelse av fedme (Glenn et al., 2013). Denne diskursen rundt det individuelle valget og ansvaret reflekterer en nyliberalistisk forståelse for helse. Helse og sykdom ligger på individnivå, og forutsetter at individet alltid gjør rasjonelle og frie valg (Groven et al., 2013, s.701).

Andre måter å forstå fedme på enn den medisinske og den moralske

I USA har det oppstått flere ulike fedmeaktivistbevegelser som er kritiske til samfunnets fordømmelse og behandling av overvektige. De forsøker å utfordre normer og verdier som stigmatiserer overvektige. Fedmeaktivister taler for et syn der en bør akseptere sin kropp uansett størrelse og at fedme er en del av normalvariasjonen. De ønsker å utfordre det sosiale idealet om tynnhet og helse (Dickins et al., 2011, s. 1681).

Det første fedmeaktivister kritiserer er sammenhengen mellom vekt og helse. Mye internasjonal forskning viser at det ikke er en slik entydig sammenheng mellom vekt og helse, men heller at stabil vekt og god fysisk form er vel så avgjørende for god helse som vektreduksjon (Campos, Saguy, Ernsberger, Oliver & Gaesser, 2006). De mener også at slanking i seg selv kan være helseskadelig, og at vektreduksjon og slanking fører til nye og uforutsette helseproblemer. Dette kan for eksempel være økt blodtrykk, økende vekt fremfor synkende vekt, og utvikling av spiseforstyrrelser (Rugseth, 2011, s.23; Evans, et al., 2008). Det blir også kritisert at helsefaren med å være overvektig blir veldig tydelig fremhevet, mens helsefaren ved å være undervektig blir underkommunisert (Gard & Wright, 2005).

Istedenfor å se på fedme som helseskadelig, bør en se på samfunnets sin stigmatisering og frykt for fedme, og at det er dette som gjøre fedme helseskadelig. Det er i dette perspektivet altså ikke fedme i seg selv som er problemet. Stigmatiseringen av fedme kan føre til en rekke

sykdommer, slik som høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdommer, depresjon, brystkreft og lav selvtillit (Glenn et al., 2013, s. 632).

Det andre argumentet som blir fremhevet mot den dominante diskursen rundt fedme er at det ikke egentlig finnes noe bevis for at det er en sammenheng mellom energiinntak og energiforbruk. I følge Gard og Wright har det vist seg at det å spise mindre og trene mer har liten effekt. Det å oppnå varig og stabil vektreduksjon etter livsstilsbehandling har også vist seg å være svært vanskelig. De hevder at en derfor ikke vet hva som er årsaken til fedme og en kan derfor ikke si at det er så enkelt som å spise mindre og trene mer (Gard & Wright, 2005). Det finnes altså motstemmer til det dominerende synet på fedme, som mener at vi må se mer kritisk på vår forståelse av fedme, og på hvordan dette virker inn på helse og livskvalitet. Stigmatisering og frykt for fedme kan i seg selv gi uhelse og i seg selv være minst like helseskadelig som fedme.

De diskursene som jeg har beskrevet her gjelder sentrale eksempler på hvilke betydninger en ser lagt til fedme, altså generelt det å være tjukk eller overvektig i samfunnet i dag. Når jeg i denne oppgaven skal gjøre en diskursanalyse av hvordan praksisfeltet fedmekirurgi blir fremstilt, så vil dette naturligvis ha paralleller til de mer overordnede diskursene som nevnes her. De menneskene som gjennomgår kirurgi vil naturligvis være betydelig overvektige før og dels etter denne kirurgien. En diskursanalyse av fedmekirurgi kan derfor være interessant gjennom å spesifisere og utdype elementer ved overordnede diskurser knyttet til fedme, ved å sette dem på spissen - eller på kniven om en vil. Men den kan også være interessant på de punkter der den skiller seg fra det overordnede diskursive feltet, for eksempel fordi kirurgisk praksis i seg selv knyttes til egne betydninger og diskurser i et moderne samfunn som vårt. Slik sett blir det avgjørende relevant for den videre diskusjonen og analysen med en kort beskrivelse av diskurser rundt fedme som sådan, slik som over her.

VITENSKAPSTEORETISK PERSPEKTIV

Diskurser og diskursanalyse

I en diskursanalyse vil teori og metode bygge på samme filosofiske fundament. Det vil si at diskursanalyse både blir brukt som et analytisk grep på datamaterialet, men også som teoretisk fundament i analysen og i diskusjonen (Jørgensen og Phillips, 2013, s.12). I diskusjonsdelen av oppgaven vil jeg også trekke frem andre teoretiske perspektiver som kan være med på å belyse funnene. I metoddelen av oppgaven vil jeg gjøre detaljert rede for fremgangsmåte og konkrete analyseverktøy som jeg har lagt til grunn. I denne delen av oppgaven vil jeg presentere hva som menes med diskurser og diskursanalyse.

Diskurs kan forstås som en sammensmelting av tekst og sosialt materiale, og en ser det språklige og materielle i et helhetlig perspektiv. En tenker seg at språket skaper kategorier, som igjen gir opphav til sosiale institusjoner (Neumann, 2001, s. 36-37). Gjennom måten vi snakker på og ytrer oss er vi med på å skape vår identitet, vår omverden og våre sosiale relasjoner (Jensen, 2010, s. 187) Gjennom å studere språket kan en altså se hvilke muligheter og begrensinger som blir skapt i det sosiale liv på grunn av måten vi snakker om et fenomen.

Jørgensen og Phillips definerer diskurs slik: *”en bestemt måte at tale om og forstå verden (eller et udsnit) på”* (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 9).

Det er altså en relativt enhetlig måte å snakke om verden på (Jensen, 2010, s.187). Diskurser fastlegger mer eller mindre betydningen av ulike fenomen. De er en reduksjon av mulige fortolkninger, og de fastlåser tegn til gitte betydninger (Jørgensen & Phillips, 2013).

Diskurser er med på kategorisere og strukturere den sosiale og den fysiske verden (Lupton, 2012, s. 9). Diskurser gir altså visse måter å forstå og organisere verden på.

Michel Foucault var en av de første som introduserte diskursbegrepet, og mye av den diskursteorien som finnes i dag er basert på eller videreutviklet fra hans filosofi. For Foucault er diskurser mer enn bare tale, tekst og skrift, diskurser er også med på bestemme hvilke utsagn som blir aksepterte som meningsfulle og sanne i en viss tidsepoke (Jensen, 2010, s.187). Ifølge Jørgensen og Phillips definerer Foucault diskurser slik: *”Diskursen består af et begrænset antal ytringer, som man kan definere mulighedsbetingelser for”* (Jørgensen & Phillips, s.22).

På denne måten er diskurser noe som begrenser en til noen spesifikke måter å snakke om et fenomen. Det vil si at det også er noen ytringer som ikke får komme til, fordi de ikke blir sett på som meningsfulle eller sanne i sin kontekst. Foucault hevder at diskurser blir produsert og kontrollert for å unngå at andre sannheter kommer til syne (Foucault, 1999, s 9). Det er altså en maktkamp om sannheter. Sannheter er diskursive konstruksjoner. Det vi ser på som sant er skapt av ulike kunnskapsregimer som definerer hva som er sant og hva som er falskt (Foucault, 1999). Dette reduserer våre mulighetsbetingelser for tolking av verden. Sannheten er regulert etter hva som blir sett på som meningsfylt å si og hva som er helt utenkelig å si. Sannheter blir noe vi tar som en selvfølge, uten å reflektere om det kan finnes andre sannheter. Slike sannhetskonstruksjoner kan bli sett på som maktrelasjoner. Konstruksjoner av sannheten er aldri nøytral, men er alltid i en relasjon til visse interesser. Dette er ikke alltid nødvendigvis bare kapitalistiske og økonomiske interesser som ligger til grunn for makt. Det er ofte mange ulike interesser og sider av makt som ligger til grunn for produksjon og reproduksjon av diskurser (Lupton, 2012, s.9).

”Sannheten” blir reproduisert gjennom språk og sosiale handlinger. Mennesker som fortolkende subjekt har i dette vitenskapsteoretiske perspektivet ikke noe direkte tilgang til en objektiv sannhet, vår tilgang til ”sannheten” og virkeligheten går gjennom språket (Jensen, 2010), og språket er det som primært skaper mening (Neumann, 2001, s. 38). Det å se på virkeligheten som sosialt skapt gjennom språket er en egen vitenskapsfilosofisk retning som kalles sosialkonstruktivisme. Sosialkonstruktivisme har ulike retninger. Den mest ytterliggående retningen vil si at den fysiske verden er konstruert av språket, mens en mer moderat sosialkonstruktivisme vil si at vår vitenskapelige kunnskap om den fysiske verden er konstruert. Det finnes altså ulike grader av hva man tenker at språket og sosiale handlinger kan konstruere (Rasborg, 2004).

Et jordskjelv vil for eksempel være et fenomen som opptrer uavhengig av språk og sosiale konstruksjoner. Det er noe virkelig som skjer. Men hvilken mening en legger i jordskjelvet vil imidlertid være kulturelt og språklig betinget. Noen kan for eksempel tolke et jordskjelv som et tegn eller straff fra en gud, og andre kan tolke det vitenskapelig som et fenomen der jordplatene beveger seg og der en kan måle styrken på en gitt skala. Hvilken sosial betydning og meninger et jordskjelv får, blir tolket gjennom og avgrenset av språket. Det altså kulturelt, historisk og språklig betinget hvilken mening en tillegger den fysiske, ytre verden.

I diskursanalyser studerer en tekst, språk og ytringer med tanke på at dette er det som skaper mening for oss. Mening er ofte en forutsetning for handling, og diskursanalyse er å studere disse forutsetningene gjennom språket (Neumann, 2001, s. 38). En studerer hvordan det eksisterer en rekke handlingsbetingelser i det uttalte, og hvordan slike uttalelser setter i gang en serie av sosial praksis (Neumann, 2001).

En diskursanalyse av fedmekirurgi vil derfor ikke sette spørsmålsteget med hva som er sant og ikke sant. En vil heller se på vår forståelse av fedmekirurgi, og på hvilken mening dette blir tillagt i vår kultur. Videre kan en studere hvordan disse meningsdannelsene fremstår som sannheter, og hvordan de ulike sannhetene gir ulike handlingsalternativer til aktørene i feltet, enten disse er helsepersonell eller mennesker som er overvektige og vurderes for kirurgi. Utgangspunktet for en diskursanalytisk tilnærming er at vi aldri kan nå virkeligheten utenom diskursen. Det blir derfor diskursene i seg selv som blir gjenstand for analysen. En ser på hvilke mønster som går igjen i utsagnene og hvilke sosiale konsekvenser forskjellige diskursive fremstillinger kan tenkes å få (Jensen, 2010, s. 191).

Når jeg i denne oppgaven undersøker hvilke diskurser som er gjeldene rundt fedmekirurgi, blir dette ikke bare en språklig, lingvistisk analyse, men også en analyse av hvilke sosiale konsekvenser disse diskursene gir. Det er altså ikke bare en studie av språk, men også en studie av sosiale og kulturelle fenomener. En kan heller aldri komme helt utenom diskurser, og denne oppgaven vil i seg selv også være med på å produsere og reprodusere diskurser. Den kan dermed også sees på som en måte å skape kunnskap på. Alle diskurser og all kunnskap er verdiladet, det vil si ikke nøytral, og en kommer ikke unna en slik posisjon. Det er viktig å være klar over at en selv er med på å produsere og reprodusere diskurser, og at ens eget personlige engasjement og egne verdier er iboende i vår bruk av diskurser (Lupton, 1995, s.13). Som eksempel, i denne oppgaven bruker jeg begreper som fedme og fedmekirurgi, og dette er ikke nøytrale, men verdiladede, ord, som gir visse assosiasjoner. Jeg kunne ha valgt mer folkelige ord som slankeoperasjon eller overvektsoperasjon. Jeg kunne også valgt det mer medisinskfaglige begrepet bariatrisk kirurgi.

Jeg har likevel valgt begrepene overvektig, fedme og fedmekirurgi da jeg synes dette ligger midt mellom det folkelige ”slankeoperasjon” og det faglige termen bariatrisk kirurgi. Men helt verdinøytral kan jeg altså ikke bli i mine ord og uttrykk. Det viktige i så måte er refleksjonen over hva de ulike valg en gjør i en analyseprosess fører til, slik som eksemplifisert i forrige avsnitt.

Subjektposisjoner

Den nyliberale subjektforståelsen i dag er at vi som individ er frie og autonome (Vetlesen, 2011). Med det menes at mennesker forstås som frie til å ha egne oppfatninger, ta egne valg og skape egen identitet. Foucault bryter med denne forståelsen og sier at subjektet skapes i diskursen. Det er i hans forståelse diskursene som appellerer til individet som subjekt. Det er ikke individet som skaper seg selv, men språket som snakker gjennom individet, og individet fungerer på den måten som et medium for språk og kultur. Dette kan for eksempel være homofili, som før har blitt snakket om som noe syndig og unormalt. Dette påførte homofile mye skam, skyldfølelse og en identitet som avviker. Språket konstituerer slik sosiale posisjoner for individet (Jørgensen & Phillips, 2013, s.24). En tenker seg at en teksts egenskaper setter grenser for hvordan den kan tolkes av mottakeren og dermed er med på konstituere subjektet. Forskjellige diskurser kan gi subjektet ulike posisjoner å snakke fra, og disse posisjonene kan være svært motstridende (Jørgensen & Phillips, 2013, s.26).

Diskursanalyse innebærer et vitenskapsteoretisk perspektiv der en ved å studere tekst og språk, kan fortolke hvordan dette reflekterer og konstituerer kultur og sosiale fenomen. Fedmekirurgi kan i denne sammenheng forstås som et sosialt fenomen, noe som finnes og får sin mening i vårt sosiale felleskap. Diskurser er med på å skape subjekter og identitet til grupper og mennesker, og legger til retter for noen handlingsalternativ og utelukker andre handlingsalternativ. Diskursanalyse handler om avdekke slike sannheter og eventuelt vise alternative måter å tenke på (Lupton, 2012, s.9).

METODE

Samfunnsfenomenen kan studeres gjennom ulike praktiske metoder. En kan for eksempel studere dem gjennom observasjoner, ved hjelp av tallrepresentasjoner eller gjennom intervju med informanter. Disse valgene retter seg mot hva som kan være data i en undersøkelse, og hvordan en kan få best tilgang til dem. Det som karakteriserer diskursanalyse er at en studerer fenomener i samfunnet gjennom språket. Diskursanalyse er slik en del av den språklige vendingen i samfunnsvitenskapen.

Betyr dette at virkeligheten og samfunnet bare består av språk? Nei, det betyr heller at alle samfunnsfenomenen kan komme til oss gjennom språket, som en av flere muligheter, og at en da kan velge å studere samfunnsfenomenen fra den vinkelen. Det betyr ikke at det er den eneste måten å studere samfunnet på. Andre metoder og tilnærminger kan gi en annen type kunnskap, og slik kan ulike metoder utfylle hverandre. En diskursanalytisk tilnærming kan også kritiseres. Kritisk realisme er for eksempel kritisk til å kun studere samfunnet gjennom språket, da en i dette perspektivet mener det er en objektiv virkelighet der ute som eksisterer uavhengig av språket.

Min tilnærming til samfunnsfenomenet fedmekirurgi vil imidlertid ta utgangspunkt i det språklige og med en tanke om at en gjennom å studere språket også kan oppnå verdifull kunnskap om dette fenomenet.

Metodisk valg i oppgaven

Jørgensen og Phillips hevder at en i diskursanalyse godt kan lage sin egen vri på hvordan en vil gå frem. En kan kombinere ulike tilganger til analyse. Dette med forbehold om at de ulike kombinasjonene hviler på samme grunnleggende filosofiske prinsipper (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 12), slik som beskrevet over, i kapittelet om vitenskapsteoretiske perspektiv – i denne oppgaven at den sosiale virkeligheten er konstruert og språket er med på å skape denne virkeligheten. Det er altså det vitenskapsteoretiske perspektivet som er det grunnleggende og fundamentale, mens en metodisk står mer fritt.

Jørgensen og Phillips legger vekt på tre tilganger til diskursanalyse. Den første er det de kaller diskursteori som tar utgangspunkt i at diskurser konstruerer den sosiale verden, slik at det altså er en ganske ren poststrukturalistisk tilgang. En tenker seg at diskurser aldri er helt fastlåst, og at det hele tiden foregår en diskursiv kamp mellom ulike diskurser om å fastlåse

betydningen av språket til visse betydninger (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 15). Den andre tilgangen er kritisk diskursanalyse, basert på Faircloughs teori. Kritisk diskursanalyse tenker seg at diskurser er med på å skape den sosiale verden, men at den sosiale praksis ikke kun består av diskurser. De skiller mellom diskursiv praksis og sosial praksis. Fokuset i analysen er her å se på forandring i tekster, og å se på hvilke diskursive praksiser som blir reproduisert og hvordan nye sammensetninger kommer til (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 15-16). Den tredje tilgangen er diskurspsykologi. Den har ikke som formål å undersøke endring og kamp mellom diskursene, men mer å se på hvordan folk konkret velger bruker de ulike diskursene til å fremstille seg selv og verden på. En ser da på hvordan en bruker diskurser i sosiale interaksjoner og på hvilke sosiale konsekvenser dette har (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 16).

Jeg vil nå videre ta for meg teorier og begreper jeg har valgt å bruke i mine analyser, og vise hvordan jeg har gått frem i min tilnærming til datamaterialet. Først vil jeg si litt overordnet om det teoretiske rammeverket jeg har brukt.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i det Jørgensen og Phillips kaller diskursteori, som bygger på Ernesto Laclau og Chantal Mouffe sitt hovedverk "Hegemony and Socialist Strategy" (1985). Jørgensen og Phillips påpeker at: "*En diskursanalyses formål er å kartlegge de prosesser, der vi kjemper om tegnets betydning*" (Jørgensen & Phillips, 2013, s 36). Språket vårt består i utgangspunktet av tomme tegn, men hvordan de forskjellige tegnene i språket blir satt sammen er avgjørende for hvilken mening de tomme tegnene blir fylt med. I denne forståelsen kan tegn være alle ord, ordbilder og materielle objekter.

For eksempel er *en kniv* i utgangspunktet et tomt, det vil si meningsløst tegn. Men det er et tegn som kan fylles med ulikt meningsinnhold, både i relasjon til den materielle konteksten og den språklige konteksten. Innenfor en helsekontekst, både som konkret materielt objekt (et verktøy under operasjoner) og som metafor (å legge seg under kniven – altså å overgi seg til legens maktområde), vil *kniven* som tegn få gitte betydninger. Disse meningene kommer ut fra relasjonen kniven som tegn har til andre tegn i diskursen, slik som operasjonsstuen, legen, eller desinfiseringsrutinene. Kniven som tegn får i denne diskursen først en mening når den knytter seg til disse andre relevante tegnene, slik som vitenskapelig, kompetanse, lege, trygg prosedyre, og så videre. En kan videre tenke seg at *en kniv* også kan befinne seg i en kriminell kontekst, i beltet på en mann med voldshistorie. I denne konteksten vil kniven, dette i seg selv meningstomme tegnet, få sin betydning gjennom tilknytningen og relasjonen til de andre tegnene i denne diskursen, slik som voldsmakt, trussel og skade. Det blir på denne måten

tydelig at kniv ikke har en naturgitt mening eller betydning i seg selv, men får denne som en følge av hvordan tegnet inngår i en diskurs, på bestemte måter i relasjon til diskursens andre bestanddeler.

Ved å sette tegn å en bestemt måte i forhold til hverandre, er en med på å fastlåse, eller fiksere, tegnet til en bestemt betydning. Jørgensen og Phillips beskriver tegnene i språket vårt som knuter i et fiskegarn, og når vi strekker ut fiskegarnet blir knutene *fiksert* i forhold til hverandre. Det er nettopp dette diskursen er innrettet for å gjøre: den skal fiksere bestemte tegn til gitte betydninger. Dette for å skape enhetlig orden og mening i vår sosiale praksis (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 35). Men denne låsingen av tegn er aldri helt statisk, det kan alltid skje endringer eller bevegelser i fiskegarnet (Laclau & Mouffe, 2001, s. 111).

Jeg vil nå videre gjøre rede for analyseprosessen, og for hvilke analyseverktøy og begreper jeg har benyttet meg av i min analyse. Jeg vil først ta for meg de overordnede grepene jeg har gjort for å identifisere de ulike diskursene. Deretter, hvilke verktøy jeg har brukt til å analysere de enkelte diskursene og maktspeillet mellom diskursene.

Diskursorden

Diskursorden betegner forskjellige diskurser som dekker samme terreng eller sosiale område. De ulike diskursene konkurrerer om ulike innholdsutfyllelser av tegn og sosial praksis. Det første skrittet i en diskursanalyse vil være å avklare hvilken diskursorden en vil analysere. I denne oppgaven vil diskursordenen være fedmekirurgi. Jeg vil se på hvordan ulike diskurser innenfor denne diskursordenen kjemper om ulik meningsutfylling av fedmekirurgi, og videre hvilke selvfølgheter alle diskursene deler. Diskursordnene i denne oppgaven er altså noe annet en det Foucault kaller ”diskursens orden”. Diskursorden, slik jeg omtaler det, ligner mer på det Foucault kaller ”diskursiv formasjon” som rammer inn forskjellige og motstridene diskurser som opererer i samme terreng (Jørgensen og Phillips, 2013, s.70).

Gjennom å ta utgangspunkt i en diskursorden som fedmekirurgi kan en få tilgang til å avgrense og å samle noen diskurser som er rådende innenfor denne diskursordenen. En kan få analysert hvilke tegn eller sannheter det er kamp om, og en kan avdekke hvem som har tilgang til de ulike diskursene (Jørgensen og Phillips, 2013). Diskursordene har alltid en materiell og eventuell en institusjonell forankring. Diskursordenen rundt fedmekirurgi har en materiell forankring i det rent operasjonstekniske, operasjonsrommet, og sykehuset. Hvordan

det materielle blir gitt mening kommer til uttrykk gjennom språket. Det materielle vil altså være en del av diskursene, ikke bare teksten og språket.

Avgrensning av diskursene

Jørgensen og Phillips hevder at avgrensning av diskurser kan være vanskelig fordi en stadig vil møte på konflikter og kamper om tegns betydning, og fordi diskursene kan løse seg opp i mange små diskurser. Det blir derfor viktig å ta utgangspunkt i forskningsspørsmålet, som i mitt tilfelle er ”Hvordan fremstilles fedmekirurgi i nettaviser?” Dette har vært utgangspunktet for avgrensingen.

Diskurser blir et analytisk grep som jeg legger ned over den avgrensede virkeligheten for å lage en ramme rundt materialet. For å hjelpe til med å lage denne rammen har jeg også stilt noen analytiske spørsmål til datamaterialet i studien:

- Hva er problemet?
- Hva er løsningen på problemet?
- Hvem har ansvar for å løse dette problemet?

Avgrensingen skjedde ved at jeg først leste gjennom hele materialet for å få en oversikt. Deretter finleste jeg materialet og startet å sortere hvert enkeltstykke fra tekstene i kategorier utfra spørsmålene jeg stilte til teksten. Jeg prøvde ut ulike kategorier og måter å svare på analyse spørsmålene, før jeg endelig landet på fire ulike diskurser. Materialet ble på denne måten gjennomlest svært mange ganger i løpet av analyseprosessen. Det har i denne prosessen hele tiden vært en runddans mellom analyse, materiale og teoretiske begrep som har vært aktuelle å bruke.

De diskursene jeg har identifisert er noe jeg som forsker konstruerer, da det ikke finnes ferdige avgrensede diskurser i materialet. Dette blir skapt gjennom møtet mellom den som analyserer, her meg selv med mine ”*briller*” og metode, og den sosiale verden som representeres i datamaterialet. Det er noe jeg trer nedover virkeligheten og materialet mitt for å avgrense, organisere og strukturere virkeligheten.

Diskursenes innhold og analyseverktøy

Når jeg hadde fått avklart diskursordenen og begynt å se skjelettet av de ulike diskursene gjennom spørsmålene jeg stilte til teksten, kunne jeg begynne å forsøke å kartlegge de ulike diskursene. Dette er altså det Jørgensen og Phillips mener med å se på diskursenes innhold (Jørgensen og Phillips, 2013, s. 150). Jeg har analysert hvilke områder de dekket, og hvordan de på ulik måte gir betydning til verden. Jeg har sett på hvor det er åpen kamp mellom elementene, og på hvilke selvfølgheter de deler. Jeg har altså prøvd å kartlegge spillet mellom de ulike diskursene og hvilke ulike sosiale konsekvenser diskursene gir.

For å oppnå dette har jeg benyttet meg av noen analyseverktøy som jeg vil gjøre rede for videre:

a) Elementer og momenter

Laclau og Mouffe skisserer i sin diskursteori noen begreper som kan være nyttige verktøy i en konkret diskursanalyse. *Elementer* er tegn i en diskurs som ikke har fått sin helt fikserte betydning ennå, men som kan være flertydige. En diskurs vil prøve å fikserte elementer til en fast betydning. Dersom et element har fått en entydig betydning har det skjedd en *lukning* i diskursen, og elementet har blitt til et *moment*. Moment er altså et tegn som har fått en fastlåst betydning. Men en slik låsing er alltid bare midlertidig, fordi momenter kan bli elementer igjen (Laclau & Mouffe, 2001, s.106-107). Disse to begrepene blir viktige i min analyse.

b) Nodalpunkt og ekvivalenskjeder

Videre beskriver Laclau og Mouffe noe de kaller knutetegn eller *nodalpunkt*. Det er momenter som har en mer sentral plass i diskursen enn andre. Nodalpunkt er privilegerte tegn i diskursen som andre tegn ordner seg rundt (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 37; Laclau & Mouffe, 2001, s. 106- 112). I min analyse er fedme et slikt nodalpunkt, og jeg ser på hvordan i det utgangspunktet tomme tegnet fedme fylles med ulikt innhold. Slikt ulikt innhold kan for eksempel være *fedme er en sykdom* eller *fedme er vakkert*.

Jørgensen og Phillip påpeker at det neste begrepet som kan være et nyttig redskap i en diskursanalyse er *ekvivalenskjeder*. Ekvivalenskjeder er det som fyller nodalpunktene med innhold, og det gir videre noen handlingsanvisninger. Det er det som fyller de tomme tegnene med meningsinnhold. For eksempel når en sier fedme er en sykdom,

vil dette gi videre en rettighet og et krav om endring og behandling for den syke personen. Dersom en sier at fedme er vakkert gjenspeiler dette noe mer estetisk flott som en ønsker å beundre og bevare, og de overvektige blir flotte personer. En kan lage seg slike ”klynger” eller kjeder av betegnere rundt et nodalpunkt. Dette er med på å lage *identiteter* og handlingsalternativer til subjektene i diskursen (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 55). På denne måten er diskursen med på å skape den sosiale praksisen.

c) Subjektposisjoner og identitet

I følge Jørgensen og Phillips hevder Laclau at individet hele tiden prøver å finne sin identitet i diskursene. Diskursene gjør noen subjektposisjoner tilgjengelig for individet og en kan velge å innta ulike subjektposisjoner som diskursen gir. Identitet blir altså representert diskursivt. Identitet blir skapt gjennom ekvivalenskjeder, og dette er med på å sette rammer for hvordan man er og hvordan man ikke er (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 56). For eksempel kan tegnet mann settes i ekvivalenskjede med ”sterk” og ”fotball” i motsetning til ”kvinne” som kan bli satt i ekvivalenskjede med ”passiv” og ”striking”. Identitet står derfor alltid i motsetning til noe annet og er relasjonelt betinget, man er noe fordi det er noe annet man ikke er. Identiteten er som diskurser, noe som kan endre seg. Subjektet er splittet og fragmentert, og består av flere identiteter alt etter hvilken diskurs en inngår i. Identitet er noe en på tar seg, tildeles og forhandler i diskursive prosesser (Jørgensen & Phillips, 2013, s. 55- 56). Subjektposisjoner er altså noe diskursen gir og noe en velger å innta. I min analyse har jeg sett på både hvilke subjektposisjoner aktørene velger å innta og hvilke subjektposisjoner som blir gjort tilgjengelige i diskursene.

d) Konfliktanalyse

Til slutt introduserer Jørgensen og Phillips noen begreper for konfliktanalyse som blir sentrale i min analyse. Disse er to nyttige begrep fra Laclau og Mouffe. Det første er *flytende betegnere*, som er momenter som ulike diskurser kjemper om virkelighetsforståelsen eller innholdsutfyllelsen av (Laclau & Mouffe, s. 113). Slik som fedme i min analyse blir en flytende betegner som de ulike diskursene kjemper om innholdet av.

Hegemoni er det andre begrepet som kan anvendes i diskurskonflikter. Hegemoni er fastlåsing av momenter på tvers av diskurser. Det skjer der det tidligere har vært

konflikt eller antagonisme, men en diskurs overvinner en annen og får hegemoni på et området (Jørgensen og Phillips, 2013, s. 60-62).

Jeg har i tillegg til de verktøyene som Laclau og Mouffe tilbyr også analysert metaforer i diskursene og sett på noen narrativer som går igjen i materialet. Disse begrepene vil jeg gjøre rede for under.

e) Metaforer i teksten

Med en metafor forstås en ting ved hjelp av en annen (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 290). Det er da manglende sammenfall mellom den konkrete, bokstavelige betydningen og den intenderte meningen i setningen. For eksempel dersom en sier at "Hun er en rose" så menes det ikke at kvinnen en viser til er en plante, men hun tillegges visse egenskaper som en rose har (Thornquist, 1998, s. 60; Flatseth, 2003, s. 83). Metaforer viser altså til to forskjellige livsområder som settes sammen. Meningen med slike metaforer er at vi aktiverer tanker om to forskjellige ting samtidig gjennom et enkelt ord eller en frase. Metaforer virker da slik at det skjer en interaksjon mellom disse (Flatseth, 2003, s. 84). Når en kvinne blir satt sammen med rose, kan dette vise til at kvinnen er vakker men også tornete/lunefull. På den måten kan metaforer påvirke våre tanker, aktiviteter og relasjoner (Felberg, 2011, s. 183). I min analyse har jeg sett på noen metaforer som går igjen i materialet, og analysert hvilke interaksjoner en ønsker skal være sammenfallende. Metaforer kan på den måten være med å skape ekvivalenskjeder og fiksure ord til visse betydninger.

e) Narrativ

Narrativ er en fortelling eller en historie. En ser på hvilke "typiske" fortellinger som går igjen i materialet. Dette kan være en hel historie som blir fortalt eller bruddstykker fra flere informanter som blir fortettet til en historie. I en analyse vil en prøve å identifisere de typiske handlingene som typisk opptrer i historier (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 229). Jeg har i min analyse sett på de typiske narrative som er blitt fortalt i mitt materiale og knyttet de opp til de diskursene jeg tenker de faller inn under.

Datatilfang til diskursanalysen

Siden min problemstilling er ”Hvordan fremstilles fedmekirurgi i nettaviser?” må datamaterialet stå i tråd med dette. Det ble derfor naturlig å gjøre min datainnsamling på ulike avisers nettsider. Jeg laget noen kriterier og avgrensinger for hva som skulle inkluderes i datamaterialet.

I januar 2014 kom Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten med en rapport om langtidseffektene etter fedmekirurgi. Rapporten konkluderte med at det mangler gode studier som kan dokumentere langtidseffekten av fedmekirurgi. Det var i følge rapporten svært usikkert hvilken innvirkning fedmekirurgi hadde på den generelle helsetilstanden. Det var videre usikkert om fedmekirurgi reduserte den totale dødeligheten, og om det reduserte forekomsten av hjerte- og karsykdommer og diabetes 2. Dette var altså en rapport som satte spørsmålsteget ved effekten av fedmekirurgi. Rapporten kom ut i forkant av at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten skulle diskutere eventuelle restriksjoner for fedmekirurgi. Dette skapte reaksjoner i fagmiljøet, og det var en situasjon der mange følte at mye stod på spill. Det kom i nettavisene i denne perioden flere debattinnlegg og kronikker. Det var også flere intervju med både pasienter og fagpersoners meninger og syn på fedmekirurgi.

I august kom Kunnskapssenteret med et sammendrag av rapporten fra januar, og en kan se at debatten blusset opp igjen utover høsten, og det kom flere pasienthistorier og intervjuer med ulike behandlere og fagpersoner. Det kan se ut som at når det kommer en rapport som kan true eller endre prioriteringene innenfor fedmekirurgi, så kommer de ulike diskursene tydeligere frem. Dette fordi aktørene blir mer engasjerte, redde, provoserte eller ser nye muligheter for endring. Når en aktør blir veldig engasjert blir ofte argumentene ekstra tydelige, og diskursene kan komme frem og synliggjøres for analyse på en annen måte enn i andre perioder. Prosessen med kunnskapsrapporten og prioriteringsutvalget har derfor både aktualisert og muliggjort datagrunnlaget for denne oppgaven. Videre er det et argument for oppgavens legitimitet og viktighet at temperaturen i den offentlige debatten blir såpass høy som den har vært i denne perioden. Til slutt er det et argument for at oppgaven har tilgang på et betydelig datamateriale at den er gjennomført i en tid da mye stod på spill i dette feltet.

Siden det oppstod et helt spesielt engasjement rundt mitt interesseområde i media, ved debatten som hadde foregått i 2014, avgrenset jeg søket til å gjelde for året 2014.

Jeg startet derfor søket i Retriever på søkeordene ”fedmekirurgi” ”fedmeoperasjon” ”slankeoperasjon” ”slankekirurgi” ”overvektsooperasjon” og ”overvektskirurgi”, og resultatet var over 600 artikler. Jeg vurderte derfor at jeg måtte gjøre noen flere avgrensinger, da dette ville bli et for omfattende materiale for en masteroppgave. Jeg bestemte meg derfor for å avgrense datatilfanget til noen bestemte aviser.

Jeg vurderte det viktig med et datautvalg som dekket stemmene til en rekke aktører inn i dette feltet, spesielt både pasientstemmer, fagstemmer og beslutningstakerstemmer. Jeg så at mye av den sentrale debatten var i Dagens Næringsliv. Derfor ble Dagens Næringsliv en avisene jeg tok med. De andre avisene valgte jeg fordi de er av de største avisene og dermed de som er mest tilgjengelig for befolkningen i hele Norge. Jeg valgte også inkludere nrk.no sin dekning av fedmekirurgi, men da kun det som var i artikkelformat, for å med flere av debattinnleggene i fedmekirurgidebatten.

Materialet består derfor av artikler fra nettavisene til VG (vg.no), Dagbladet (db.no), Dagens Næringsliv (dn.no), Bergens Tidende (bt.no), NRK (nrk.no) og Aftenposten (ap.no). Artiklene har jeg funnet med å søke i hver nettavis sine søkeregister med samme søkeord som nevnt over, og tatt med alle artikler som inneholdt en eller flere av disse søkeordene i 2014.

Materialet består i hovedsak av to ulike typer artikler fra de valgte kanalene:

1. Kronikker
2. Intervju med ulike informanter (pasienter, fagfolk osv.) eller nyhetssaker. Jeg har valgt å ha intervju og nyhetssaker i samme kategori, fordi de fleste av nyhetssakene også inneholder intervju.

Tabell 2 viser oversikt over antall artikler fordelt på de de to ulike typene.

Tabell 2 – Oversikt over datatilfang

	Vg.no	Db.no	Dn.no	Bt.no	Ap.no	Nrk.no	Sum
Kronikk			4	1	2	2	9
Intervju/nyhetssak	5	2		9	4	1	21
Sum	5	3	4	10	6	3	30

Metodediskusjon

Jeg vil her diskutere svakheter og styrker med metoden og datainnsamlingen jeg har gjort, og da med hovedfokus på begrepene relevans, refleksivitet, validitet og overførbarhet. Å belyse svakheter og styrker med sin egen oppgave er en viktig kvalitetssikring i forskning. Jeg vil først si litt om kvalitetssikring generelt i forskning, og deretter diskutere svakheter og styrker med min egen oppgave.

I kvantitativ forskning bruker ofte tre begreper for å vurdere kvaliteten på forskningen. Det er validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Validitet viser til gyldigheten på dataene en har samlet inn, om en for eksempel måler det en har tenkt til å måle eller svarer en på problemstillingen gjennom de dataene en har samlet inn. Reliabilitet viser til metoden. Er den metoden vi har brukt pålitelig til å måle det vi ønsker å måle? Reliabel vil si at en måler det samme gang på gang, uavhengig av person og kontekst (Fangen, 2011). Generalisering viser til den grad vi kan overføre resultatene fra forskningen til andre situasjoner og kontekster. Ved kvantitativ forskning er disse kriteriene lettere å forholde seg til fordi en opererer med rene tall, som er lett for andre å kontrollere. Dette forstås i mange sammenhenger som å gi en større objektivitet enn ved kvalitativ forskning.

I kvalitativ forskning er validitet, reliabilitet og generaliserbarhet vanskeligere kriterier å oppfylle, fordi en som forsker tar utgangspunkt i tekst, tale og observasjoner som ikke nødvendigvis kan vurderes objektivt og kontrolleres av andre på samme måte som en kan i kvantitativ metode. En forstår forskeren som et subjekt som i seg selv påvirker datamaterialet og metoden en bruker. Kirsti Malterud har derfor i sin artikkel "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines" som ble publisert i *The Lancet*, et av verdens mest prestisjetunge vitenskapelige tidsskrift, argumentert for at kvalitativ forskning bør vurderes ut fra kriteriene relevans, validitet og refleksivitet (Malterud, 2001). Jeg vil her gjøre rede for disse begrepene og hvordan de er relevante i forhold til min oppgave. Jeg vil til slutt si noe om overførbarhet i kvalitativ metode.

Relevans

Med relevans mener Malterud at forskningen som blir gjort må bidra med ny kunnskap eller lære oss noe nytt. Hun mener ikke da at all forskning skal komme med ny, banebrytende kunnskap som aldri har blitt satt på dagsorden før, men det skal gi oss noe mer enn akkurat det vi vet fra før av. Kravet om relevans og originalitet kan like mye omfatte

problemstillingen som resultatet (Malterud, 2003, s.23). En diskursanalyse av fedmekirurgi som henter datamateriale fra nettaviser har ikke blitt gjort før i Norge, etter min kunnskap. Det er generelt gjort få diskursanalyser på norsk materiale rundt fedmekirurgi. Malterud har selv gjort en diskursanalyse på fedme i norske avisoverskrifter, men denne omfattet ikke fedmekirurgi (Malterud & Ulriksen, 2009). Jeg vil derfor argumentere for at min oppgave har en viss originalitet og relevans knyttet til seg. Dette både fordi materialet mitt er fra norske nettaviser og fordi det er gjort en diskursanalyse. Ut fra dette vil jeg si oppgaven har potensiale til å lære oss noe nytt. Oppgaven kan også ha en samfunnsrelevans, da debatten som er med i materialet mitt også er en politisk debatt, og diskursene her kan være med legge grunnlaget for helsepolitikken.

Refleksivitet

Refleksivitet viser til å at en som forsker eller masterstudent må ha vilje og evne til å være kritisk og reflektere over egne fremgangsmåter og konklusjoner i eget prosjekt. En må sette sine egne vurderinger i tvil og gi rom for ettertanke (Malterud, 2003, s. 26-28). Samtidig, når vi skal undersøke noe eller skrive en masteroppgave er vi også mennesker. Jeg har, fra før jeg begynte på denne oppgaven, med meg en forforståelse som styrer det blikket jeg ser på materialet mitt med.

Det var derfor viktig at jeg før jeg startet med dette prosjektet gjorde rede for min erfaring og bakgrunn, slik at både jeg selv og andre kan bli bevisst noe av min forforståelse. Selv om en aldri kan bli fullt og helt bevisst sin forforståelse, må en jobbe aktivt for å synliggjøre den for andre og seg selv. I denne oppgaven innebærer det, i tillegg til egenrefleksjonen, for eksempel at jeg presenterer min bakgrunn og tidligere forståelser og fordommer, i innledningen av oppgaven (se s. 14). Dette handler om gjennomsiktighet ("transparency", se for eksempel Malterud, 2001) i kvalitativ forskning, der en søker å gjøre den som gjennomfører en studie synlig for leseren, slik at denne kan gjøre egne gode vurderinger knyttet til undersøkelsens validitet.

Refleksivitet innebærer en aktiv, kritisk holdning til egne vurderinger og valg. En skal lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger og posisjoner (Malterud, 2003, s.27). En skal hele tiden, og på alle stadier i forskningsprosessen, stille spørsmål ved sitt eget arbeid og prøve å falsifisere (altså motbevise) egne hypoteser. Jeg har for eksempel prøvd dette når jeg, etter å ha skrevet ut analysedelen, har gått tilbake til materialet mitt og kritisk lest gjennom alt

for å se om min tolkning faktisk er logisk og ligger nær materialet. Jeg har hele tiden prøvd å vurdere hvordan det at jeg er fysioterapeut, har erfaring med arbeid fra sykehuset, og min teoretiske bakgrunn fra masterstudiet påvirker min tolkning og mitt syn på materialet.

Også den teorikunnskap jeg har lest før, og måten jeg har valgt ut materialet, virker inn på resultatet. Jeg har for eksempel valgt å studere nettavisers fremstilling i noen aviser i 2014. Dette var fordi jeg allerede visste at her var en debatt om fedmekirurgi. Denne forkunnskapen virker slik inn på hva materialet mitt inneholder. Jeg var altså på jakt etter diskurser i denne debatten og det førte til at jeg for eksempel inkluderte Dagens Næringsliv i mitt material, da det var der flere av debattinnleggene var. På den måten har jeg altså vært med på å påvirke hvilke materiale som har blitt inkludert og ekskludert. Dette er et konkret eksempel på hvordan forskerpåvirkning i en studie skjer i praksis, og en vil også se at dette selvsagt ikke begrenser seg til kvalitative studier.

Malterud peker på at det er viktig at vi erkjenner slike valg, og at dette påvirker vårt resultat. Det er viktig at vi er dette bevisst, men det er ikke en feil eller bias ved forskningen. Vi er som forskere en del av vår metode. Skjervheim viser til dette i sitt essay "Deltakar og tilskodar". Hans poeng er at vi alltid forsker på en verden som vi er inne i selv når vi forsker på menneske, og på den måten blir vi også deltakere i vårt eget forskningsprosjekt (Skjervheim, 2002).

For at en i kvalitativ metode skal gi andre mulighet til å vurdere forskningen om er gjort, må en synliggjøre sin forforståelse og hvordan refleksjon og analyse har foregått. Dette har jeg prøvd å gjøre der jeg beskriver min forforståelse, fremgangsmåte for datainnsamling og fremgangsmåte for analysen. Spørsmålet er altså ikke hvorvidt forskeren påvirker forskningen, men hvordan (Malterud, 2003, s. 43). Av den grunn blir også reliabilitet kunstig å snakke om i kvalitativ forskning, fordi samme metode utført av noen andre vil kunne gi andre resultat, men ikke nødvendigvis mindre gyldige resultat.

Ulike resultat av samme metode kan heller sees på som utfyllende til kunnskap om et fenomen (Malterud, 2001). På den måten kan ulik forforståelse og subjektive tolkninger få frem ulike perspektiver (Malterud, 2001).

Validitet

Validitet er, i følge Malterud, å stille spørsmål med kunnskapens gyldighet. Hva er det som er gyldig, og under hvilke betingelser er det gyldig (Malterud, 2003, s.178). Dette er i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener som vi ønsker å vite noe om (Kvale, 2005, s 166). Igjen knytter Malterud dette til relevans, og påpeker at viss vi ikke har valgt en relevant vei til kunnskap for å belyse problemstillingen vår, blir ikke den kunnskapen vi kommer frem til gyldig (Malterud, 2003, s. 179).

Kvale og Brinkmann sier at validitet i kvalitativ forskning er å være djevelens advokat i alle stadier av forskningsprosessen. En må altså være svært kritisk til egne vurderinger, helst fra starten av prosessen, og en må prøve å falsifisere egne tolkninger (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 254). En må stille seg spørsmålene: Er dette er relevant vei til kunnskap? Er det en relevant versjon av virkeligheten (Malterud, 2003, s. 179)? Er den tolkningen som er gjort logisk (Kvale & Brinkmann, 2014, s. 253)? Svarene på disse spørsmålene blir hele tiden preget av vår forforståelse. Det blir derfor igjen svært viktig at en i kvalitativ forskning hele tiden gjør rede for de valgene en har gjort og den forforståelse en har, slik at leseren selv kan vurdere om dette er en gyldig fremgangsmåte og resultat.

Det er en fordel at flere leser gjennom samme materialet og komme med sine tolkninger (Malterud, 2003, s. 181). En svakhet ved denne oppgaven at det er kun jeg som har lest igjennom og analysert materialet. Jeg har imidlertid hele tiden hatt god kommunikasjon med veileder, og han har lest mine første tematiseringer av sitater før analyse. Jeg har videre fått hans innspill og veiledning både tidlig og sent i analyseprosessen. En slik dialogisk prosess styrker analysen.

Jeg har introdusert mine analyser og lesninger til andre forskere, blant annet en diskursgruppe på Høgskulen i Sogn og Fjordane. Deltakerne her, som alle holdt på med andre diskursanalyser, kom med mange ulike innspill. Dette mener jeg er med å på å styrke min analyse og tolkningenes validitet. Men det er også sånn som Malterud skriver at det ikke nødvendigvis styrker validiteten at mange er enige om det samme (Malterud, 2003, s. 181). Det som mange er enige om er ikke nødvendigvis rett, da det også kan være utrykk for en kulturell enighet rundt et fenomen og være med på stenge for nye tolkninger og ny kunnskap (Malterud, 2003, s.181). Diskursgruppen jeg var med i var imidlertid sammensatt av personer fra ulike fagtradisjoner og profesjoner, og flere fra utenfor helsekonteksten. Jeg vurderer

derfor at de tilbakemeldingene jeg fikk var svært fruktbare, perspektiverende og berikende for oppgaven.

I presentasjonen i analysen blir det viktig at en illustrerer med gode sitat som representerer funnene en har, og derfor viser til de konklusjonene en har truffet. På den måten kan leseren gjøre seg opp sin egen mening om dette er en logisk tolkning. Jeg har prøvd å bruke mange sitat i min analysedel slik at de tolkningene jeg har gjort blir synlige, og slik at lesere kan vurdere grunnlaget for slutninger. Det er likevel jeg som har plukket hvilke sitat som skal være med og hva som ikke skal være med. Det er derfor viktig at en som forsker hele tiden har et reflektert forhold til dette, og ikke overser fenomen som ikke passer inn i analysen. Det er viktig i kvalitativ forskning at en prøver å finne ”negative funn” i sitt materiale, altså funn som ikke stemmer overens med ens forforståelse eller hypotese (Kvale, 2005). I kvalitativ metode er ikke målet å bekrefte sin hypotese, men heller utforske ulike sider ved en hypotese og eventuelt motbevise den. Dette har jeg hele tiden prøvd i min analyse.

I en diskursanalyse vil det alltid være noen sitat som er mer i gråsonen av en diskurs og noen sitat som er mer talende og beskrivende for en diskurs. Det kan nok være at jeg i min presentasjon av diskursene har tatt med flest sitater som passer mer midt i diskursen, enn de som er mer i gråsonen mellom diskursene. Sett på denne måten vil enhver analyse medføre en forenkling av virkeligheten, eller en reduksjon av variasjonen i det sosiale feltet. Dette kan også dels være et mål med forskning, at en skal ta noe komplekst og gjøre det forståelig og kommuniserbart. Jeg har også i denne oppgaven lagt ved linker til alle nettavisartiklene som er med i materialet mitt (se Vedlegg, s. 113). Det er på den måten mulig for andre å dobbeltsjekke mine konklusjoner og lese hele mitt materiale dersom det skulle være av interesse.

Overførbarhet

I kvalitativ forskning snakker en mer om overførbarhet enn generalisering (som en ofte bruker i kvantitativ forskning). Det vil altså si i hvilken grad en kan overføre den kunnskapen som kommer frem i en studie til andre situasjoner. I kvalitativ forskning vil en ofte ikke kunne si noe sikkert om overføringen av kunnskap fra en situasjon til en annen, og det er heller ikke alltid et mål i kvalitativ forskning (Denscombe, 2010). En vil i stedet kunne antyde mulige overføringer av kunnskap. Det som blir viktig i kvalitativ forskning er, som tidligere nevnt, at en gjør tydelig rede for sin fremgangsmåte og sin forforståelse, slik at leseren selv kan avgjøre

overførbarheten (Malterud, 2001). En god beskrivelse av datamaterialet og utvalgskriterier blir viktig for at leseren skal kunne avgjøre om dette er overførbart til andre situasjoner som er relevant for leseren. Det blir derfor like viktig at leseren kan vurdere overførbarheten som at forskeren selv gjør dette.

I oppgaven har jeg derfor lagt vekt på å gi en grundig beskrivelse av materialet mitt og fremgangsmåten min, slik at det blir mulig for leseren å vurdere overførbarheten. En kan for eksempel tenke seg at det at jeg valgte å se på det nettavisen skriver om fedmekirurgi i 2014, da det samtidig var en faglig debatt som foregikk i nettavisene, gjør at resultatet er mindre overførbart til andre år. Samtidig kan dette også sees på som det Denscombe kaller ekstremtilfeller, og at dette har gjort diskursene mer synlig enn de ellers ville ha vært. En kan da kanskje oppdage fenomenen, eller i mitt tilfelle diskurser, som ellers ville ha vært vanskeligere å få øye på (Denscombe, 2010, s. 187).

Etiske vurderinger

Jeg er normalvektig og har ingen egenerfaring med å ha fedme eller en stor kropp. Det at jeg tar utgangspunkt i å gjøre en diskursanalyse rundt fedme og fedmekirurgi, gjør at jeg indirekte sier at de som har gjennomgått fedmekirurgi er en gruppe i en avmaktssituasjon. De trenger hjelp til å øke sin status i samfunnet og dette kan i seg selv virke nedlatende, stigmatiserende og kategoriserende. Dette viser til at denne studien ikke er en studie av objekter, den er en handling i forhold til levende mennesker, og det er levende mennesker som blir beskrevet i oppgaven.

Andre etiske vurderinger er at ytringer og uttalelser kan bli tatt ut av sammenheng og personer kan føle seg misforstått. Det kan også i denne oppgaven komme frem holdninger eller ytringer som kan virke nedlatende eller støtende for enkeltpersoner eller grupper. Når jeg skriver en slik oppgave har jeg en etisk forpliktelse til å ikke henge ut eller prøve å støte enkeltpersoner eller grupper. Det kan likevel forekomme tolkninger der den som har uttalt seg ikke ville vært enig i min analyse. Jeg har derfor gjort det tydelig i min analyse hva som er direkte sitat fra materialet mitt, og hva som er min tolkning.

Materialet jeg har brukt er ikke primært laget for å bli brukt til forskning, og det er derfor ingen av de som er blitt sitert i oppgaven som har gitt samtykke til at sitatene blir brukt i denne oppgaven. Alt materiale som er blitt brukt har blitt hentet fra åpne sider på nettet som

er tilgjengelige for alle. Jeg har derfor ikke spurt om samtykke til å bruke dette materialet, da det ikke er noe konfidensielt ved materialet, og da de som har ytret seg i materialet frivillig og vitende har lagt disse ytringene ut i det offentlige rom, i mitt tilfelle i massemedia.

ANALYSE

Jeg har ut fra metoden som beskrevet i metodekapittelet identifisert fire hoveddiskurser i materialet mitt:

- A. Den medisinske diskursen - den løsningsorienterte
- B. Folkehelsediskursen - den kollektive angsten
- C. Den psykomoralske diskursen - den ensomme, hyper-individualistiske
- D. Motdiskursen - den konspiratoriske?

Jeg vil nå presentere diskursene hver for seg. Jeg vil i presentasjonen gjør rede for ekvivalenskjeder, momenter, elementer, nodalpunkt og subjektposisjoner i diskursene. Det vil også underveis bli gjort rede for noen flytende betegnere som diskursene kjemper om ulik meningsutfyllelse av. Jeg vil i presentasjonen ta utgangspunkt i analysespørsmålene mine og presentere diskursene ut i fra dem

- Hva er problemet?
- Hva er løsningen på problemet?
- Hvem har ansvar for å løse dette problemet?

Jeg har også identifisert to ulike narrativ som er gjennomgående i intervjuer med pasienter som er presentert i datamaterialet mitt. Disse narrativene har jeg knyttet opp til den medisinske diskursen og til den psykomoralske diskursen. De vil bli presentert på slutten av hver av disse diskursene. Målet med å presentere narrativ knyttet til disse diskursene er å levendegjøre presentasjonen og diskusjonen noe, og å synliggjøre at selv om vi snakker om språk og strukturer her, så er det ekte levende mennesker som befolker disse betydningene.

A) Den medisinske diskursen. Den løsningsorienterte.

Den medisinske diskursen kommer i hovedsak frem hos representanter fra spesialisthelsetjenesten. Det er ofte leger, kirurger eller andre helseprofesjonelle som uttaler seg. Den medisinske diskursen kommer tydelig frem i diskusjonen i nettavisene etter at kunnskapssenteret sin rapport om ”Langtidseffekter etter fedmekirurgi” kom ut. Kirurger og andre leger ble en dominerende del av debatten. Mye av grunnlaget for beskrivelsen av den medisinske diskursen i analysen ligger i disse debattinnleggene, men også i intervjuer av ulike fagpersoner og pasienter. Fedmekirurgi blir her sett på som livsnødvendig og helt avgjørende

for den overvektiges helse og livskvalitet: Betydningen er at dette er den mest effektive måten å gå ned i vekt på. Dette er den løsningsorienterte diskursen.

Hva er problemet?

I den medisinske diskursen blir fedme et problem fordi det blir fremstilt som en sykdom. Fedme blir et moment låst til sykdom og uhelse. Sykdom blir i denne diskursen et nodalpunkt, og jeg vil videre nedover illustrere hvordan det å fiksere fedme og sykdom sammen lager en rekke ekvivalenskjeder og fører til gitte handlinger og subjektposisjoner. Jeg starter med et sitat fra en artikkel i Aftenposten der de har et intervju med Serena Tonstad, en aktør i det medisinske feltet:

“Det er ikke noe som pasientene vil mer enn å lykkes med vektreduksjon og oppnå varige resultater. Realiteten er at fedme for noen er en uhelbredelig sykdom utenom fedmekirurgi. Hun vet at mange som sliter med fedme har prøvd det meste, og at det eneste pasientene vil er å lykkes med vektreduksjon”. (Aftenposten, 10.02.14)

Sykdomsbegrepet blir en forklaring på hvorfor noen ikke klarer å gå ned i vekt uten hjelp. Noe inne i kroppen har tatt kontroll over kroppen, og dette noe blir ute av personens egen kontroll å kunne gjøre noe med. Det er en svakhet eller en feil inne i kroppen som fører til en sykdom. Kroppen, heller enn personen, er ansvarlig for overvekten. Gjennom den medisinske diskursen blir ikke fedme noe selvforskyldt gjennom dårlige valg eller lav moral. Fedme blir rettferdiggjort ved at det er en sykdom og utenfor personlig kontroll. Dette reduserer skyld og ansvar hos pasienten.

Når fedme blir en sykdom, blir det imidlertid også noe en *ikke vil ha*, noe *det ikke er mulig å ville ha*, noe en *“sliter”* med eller *“lider”* av. Det blir et problem og noe en ønsker å endre, og endringen ligger i å *“lykkes med vektreduksjon”*. Det blir således helt utenkelig at noen kan tenke seg å ville ha fedme eller ikke ville ønske å være normalvektig. En må, som en følge av dette, underlegge seg hjelp hos medisinsk ekspertise.

Salant og Santry sier at en sykdomsdefinisjon av fedme gir personer med en stor kroppsform en passiv subjektposisjon (Salant & Santry, 2006, s. 2447), og en blir et offer for egen kropps uansvarlighet. Dette kan vi se i sitatene fra intervjuene med pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi hvor de begrunner hvorfor de valgte fedmekirurgi. Nyborg sier det slik i et intervju med Verdens Gang:

“Nyborg angrer ikke på inngrepet, ettersom hun fikk beskjed om at hun antagelig hadde få år igjen å leve dersom hun ikke gikk ned i vekt.

- Jeg kom til et punkt der helseproblemene hadde eskalert, forteller hun. Jeg brukte antidepressiva, blodtrykksmedisiner og måtte ta blodfortynnende hver gang jeg skulle fly på grunn av blodpropprisiko. Jeg ble sykere og sykere, og så for meg min egen begravelse. At jeg kom til å dø uten noensinne å ha levd.” (Verdens Gang, 02.02.14)

Mari-Mette Graff sier det slik i Dagbladet:

”Jeg gikk døden sakte, men sikkert, i møte, sier Mari-Mette Graff (47). Hun veide på det meste 150 kg. (...) Jeg trodde ikke jeg skulle på få bli 50 år og hadde ikke tid til å vente. Det var viktig for meg å kanskje en gang kunne få se barnebarn” (Dagbladet, 22.11.14)

En kan se her hvordan både Graff og Nyborg posisjonerer seg som passive subjekt for sykdommen de ble rammet av og som var ute av kontroll. Det var noe de stod maktesløse overfor. Gjennom å redusere skyld og fiksere elementet fedme til ”sykdom” og ”ute av kontroll” tar en slik ekvivalenskjede fra individet muligheten til å kunne endre seg uten hjelp. I den medisinske diskursen legges ikke ansvaret for endring på den som har blitt rammet av sykdom. Det er helseeksperter som skal hjelpe, og som bærer dette ansvaret. Men dette skaper også et krav om at den overvektige personen må søke hjelp, og på den måten blir det også et krav om å bli et handlende subjekt. Sykerollen krever at en søker hjelp hos eksperter (Shilling, 2008, s. xi). Fedmekirurgi blir således en aktiv måte å prøve å få kontroll over kroppen på. Berg beskriver i sin studie av pasienter som har tatt fedmekirurgi hvordan pasientene forteller at fedmekirurgi blir den siste aktive og ansvarlige måten å håndtere sin situasjon på. Å oppsøke fedmekirurgi ble ansett som et nederlag, men likevel et riktig nederlag (Berg, 2012, s. 151- 152). Natvik et al. fant også dette i sin studie av menn som hadde gjennomgått fedmekirurgi, der fedmekirurgi ble forstått som en nødvendig livreddende handling og den eneste måten å ta ansvar for egen helse på (Natvik et al., 2015).

Salant og Santry sier i sin studie av fedmeklinikkens internettsider i USA, at ved å definere fedme som en sykdom gir dette ikke bare et behov for behandling, men også en rett på behandling, og kirurgi blir et behandlingskrav (Salant & Santry, 2006, s. 2447). Dette kan en også se i sitatet fra Aftenposten over: *”fedme for noen er en uhelbredelig sykdom utenom fedmekirurgi”*. Sykdom og diagnose gir ikke bare et krav, men gir også rettigheter til behandling og hjelp gjennom pasientrettighetsloven. Gjennom ekvivalenskjeden ”fedme” ”uhelbredelig sykdom” ”sliter med” ”rettigheter” ”fedmekirurgi” skapes det et krav om handling, både for den som har fedme og den som kan utføre fedmekirurgi. Fedme blir altså

en sykdom, noe en må søke hjelp for og gi hjelp for. I en artikkel i Bergens Tidende skriver journalisten slik:

”Er du først blitt sykkelig overvektig må du under kniven. I alle fall om du vil bli normalvektig igjen, og du tror på det Norges ledende fedmekirurger sier” (Bergens Tidende, 31.10.14)

Fedmekirurgi blir også fremstilt som noe som virker, og som garanterer vekttap. Å måtte legge seg ”under kniven”, viser til en underkastelse for eksperten eller den moderne teknologien. Denne underkastelsen er viktig – i denne analysen peker den mot at subjektposisjonen og identiteten til den overvektige i den medisinske diskursen er *den som skal overgi seg og underkaste seg*. En ser hvordan Kari Apeland, som har tatt overvektsoperasjon, viser hvordan det å underkaste seg kirurgi er den eneste løsningen, og hvordan risiko med å ha sykdommen fedme overstiger risikoen med fedmekirurgi:

“Inngrepet er risikofyllt, men risikoen med å vere så svær som eg var, er endå større. Det var berre eit tidsspørsmål før eg hadde utvikla diabetes og høgt blodtrykk. Når ein har slanka seg så mykje i løpet av så mange år, og blitt så sjukleg overvektig, gjer kroppen alt for å behalde overvekta. For dei aller fleste i denne gruppa er operasjon einaste utveg.” (Bergens Tidende, 24.08.14)

Fedme fremstilles som en så alvorlig sykdom at det er verdt å underkaste seg risikoen ved kirurgi. Bivirkningene etter operasjonen blir noe som ikke på langt nær er så problematiske som det å ha fedme. På denne måten blir fedmekirurgi et ansvarlig valg.

Det kan imidlertid se ut som at det å definere fedme til sykdom er vanskelig å få hegemonisk legitimitet for, og at dette i vesentlig grad fortsatt er en flytende betegnelse i diskursordenen. Aftenposten skriver det slik i et intervju med Serena Tonstad:

”Serena Tonstad undrer seg om man hadde akseptert en automatisk grense på 25 år på hjertesyke, på nyresykdom, på diabetes eller astma, og hun mener en slik grense viser at man fremdeles ikke aksepterer sykkelig fedme som en sykdom, ikke bare et tegn på at man ikke klarer å leve etter livsstilsanbefalinger” (Aftenposten, 10.02.14)

En ser her at for å få aksept for at fedme er en alvorlig sykdom må aktøren sammenligne fedme med andre alvorlige sykdommer. Dette for å vise alvorlighetsgraden i sykdommen. En har et ønske om å låse tegnet fedme til ”sykdom”, og dette tegnet er det tydeligvis kamp om i diskursordenen.

Fedme blir i den medisinske diskursen en alvorlig sykdom som en ikke kan overleve uten

behandling. Da blir det også helt avgjørende å få behandling dersom en ikke ønsker å dø. Å hindre tidlig død blir sett på som en viktig oppgave for helsevesenet. Det blir derfor viktig å akseptere fedme som en sykdom, slik at en kan forhindre tidlig død hos overvektige. En kan se i sitatet fra intervjuet med Nyborg og Graff hvordan de inntar en subjektposisjon som tidligere alvorlig syk og døende, der de sier de er redd for å dø. Fedme som element blir her fiksert med ”død”, noe som gir et akutt behov for behandling og hjelp, og en tilstand der en ikke har ”tid til å vente”. Glenn et al. sier i sin diskursanalyse av fedmekirurgi i media at fedmekirurgi blir fremstilt som en livreddende behandling (Glenn et al., 2013, s. 639). I ekvivalensskjeden ”fedme” ”død” blir fedmekirurgi livreddende.

Hva er løsningen?

I den medisinske diskursen er altså problemet fedme en sykdom som trenger **behandling**. I diskursen kan en se at ”behandling” er et element som det blir kjempet om ulike betydninger av, og hvordan personer med fedme skal hjelpes blir fremstilt ulikt. Det er i hovedsak to typer behandling som blir diskutert, livsstilsendring eller fedmekirurgi. Det blir også i noen artikler nevnt medisiner som behandling. Det ser uansett ut som at alle aktører innenfor denne diskursen tar *som en selvfølge* at fedme er en tilstand en trenger behandling for. Å ikke behandle fedme ser ikke ut til å være en del av diskursen, siden fedme er en sykdom. Det å kunne se på fedme som en del av normalvariasjonen eller som noe som kan være et gode eller fordel for et individ kan jeg ikke finne eksempler på at gir mening i datamaterialet som understøtter den medisinske diskursen. Sunnhet, helse og det gode liv kommer her når en blir normalvektig.

Mye av denne behandlingsdebatten innenfor den medisinske diskursen handler om forskning og dokumentasjon, noe det i denne diskursen er viktig å kunne slå i bordet med for å fiksere betydninger. En ser først hvordan en lege forsvarer livsstilsbehandling i et intervju i Bergens Tidende:

“Jeg er helt uenig med kirurgene i at det ikke finnes dokumentasjon på at ikke-kirurgisk behandling hjelper. Look Ahead-studien i USA, der pasienter er fulgt opp i åtte år, viser at veldig mange av dem som fikk behandling, hadde stor vektreduksjon. Look Ahead-studien konkluderte i år med at halvparten av pasientene i studien opplevde et vekttap på fem prosent eller mer i løpet av åtte år med behandling.” (Bergens Tidende, 31.10.14)

Livsstilsbehandling blir altså noe som *hjelper*, det fører til vektreduksjon, gjennom å spise mindre og trene mer. Andre aktører innenfor det medisinske feltet argumenterer mot dette. De

mener livsstilsbehandling ikke er ansvarsfull behandling fordi det ikke virker, slik som dette eksempelet fra samme artikkel i Bergens Tidende viser:

Villy Våge mener troen på behandling som skal endre livsstilen, er basert på ønsketenkning. "Ja, jeg tror det. Man vil så gjerne, og kan ikke forstå at slik behandling ikke kan lykkes. Så finner man på nye tiltak. Slik har man holdt på i 100 år," sier Våge." (Bergens Tidende, 31.10.14)

De som driver med livsstilsbehandling er i denne forståelsen ikke sitt ansvar bevisst, og de tar ikke på alvor hvor alvorlig det er å være overvektig. Det er her altså en kamp om elementet *behandling*. Kirurgene ønsker å lukke elementet livsstilsbehandling til "uansvarlig" og "naivt", mens de som jobber med livsstilsbehandling prøver å lukke livsstilsbehandling til "noe som hjelper". Videre forsøker de som jobber for livsstilsbehandling å lukke elementet kirurgi til "unødvendig", "farlig" og "fallitt", mens kirurgene ønsker å lukke det til "ansvarlig" og "nyttig" og "hjelpende". Det som følger fra den innledende analysen er at når fedme er en sykdom så er ikke individet selv ansvarlig, og videre da at sykdommen trenger en behandling. En ser dette også i Våge sitt sitat, der er livsstils*behandlingen* som han er opptatt av at ikke virker, ikke subjektene som mottar eller inngår i den. Det viktige her er altså virksom behandling, som noen må være ansvarlig for. Kampen om betydningene til de ulike behandlingalternativene kretser derfor nært rundt betydningen "ansvarlighet".

Kirurgen sin subjektposisjon blir den fornuftige, rasjonelle som tar innover seg realitetene og handler ansvarlig, men som også da blir den upopulære. Likedan krever livsstilsbehandlere den samme ansvarlige rollen, som den som forstår behandlingsbehovet til pasienten bedre og mer helhetlig, og som antyder det uansvarlige ved å passivisere pasienter slik som kirurgien gjør. Slaget om subjektposisjonene innenfor denne diskursen står altså om "ansvarligheten", mens det i veldig liten grad problematiseres *at* den overvektige pasienten har en behandlingstrengende sykdom. Fedmekirurgi ser allikevel ut til være den behandlingen som er mest "ansvarlig" og effektiv i denne diskursen.

Bergens Tidende forteller historien til Kari Apeland som har gjennomgått fedmekirurgi. Her blir det fremstilt hvordan hun prøvde med livsstilsendring og dietter uten å lykkes:

"Sidan tiårsalderen hadde Kari gått på så mange slankekurar og slankekurs og slankepiller at ho for lengst var ute av teljing. - Eg har slanka meg over 100 kg til saman, og betalt minst ein skinnssofa til Grete Roede, sa jojo-slankaren" (Bergens Tidende, 24.08.14).

En ser her hvordan alle de mislykkede slankekurene og forsøkene på livsstilsendringer er med på å låse livsstilsbehandling til noe som ikke virker. En ser hvordan en ”*finner på nye tiltak*” med ”*slankekurar og slankekurs og slankepiller*” uten at det gir varig resultat i vektnedgang. Dette blir med på å rettferdiggjøre fedmekirurgi, som da er noe som virker også på lang sikt, og gjennom dette gjør krav på den ansvarlige subjektposisjonen.

Mennesket overlatt til kroppens vold

I den medisinske diskursen blir fedmeoperasjon en god løsning på fedmeproblematikken fordi fedme som sykdom her er en kroppslig defekt og trenger derfor en kroppslig intervensjon. Årsaken ligger i kroppen og intervensjonen må derfor også skje i kroppen, ikke miljøet eller konteksten rundt kroppen. Kroppen blir i den medisinske diskursen fremstilt som i et klassisk positivistisk og dualistisk syn på mennesket. Menneskekroppen er her et objekt som kan behandles og studeres ute av kontekst og historikk. Kroppen og menneskets vilje er helt overlatt til hormoner og biologiens vold.

“Det kan være vanskelig å forstå at man ikke kommer til mål uten kirurgi. Folk ser for seg at det må gå an å spise mindre og trene mer, men det viser seg å være veldig sterke fysiologiske mekanismer som hindrer mennesker i å klare det. Det er ikke viljestyrken det står på, men drivkrefter i mennesket, sier Våge”. (Bergens Tidende, 31.10.14)

I det siste sitatet her kan en tydelig se hvilke følger det har å definerer fedme som et rent biologisk patologisk fenomen. Mennesker er overlatt til biologien og kroppens styring, og en har ingen måter å påvirke dette selv på. Kroppen er noe som ”hindrer” en i ”å klare det”, altså å gå ned i vekt. ”*Fysiologiske mekanismer*” står i veien for ”*viljestyrken*”. Kroppen, det biologiske, er så sterk at den kan ikke overvinnes av ”*viljestyrke*”, eller det psykisk/sjelelige. Det må en kroppslig, fysiologisk endring til, fordi kroppen og biologien er mer kraftfull enn noe annet. Dette er også en del av en naturvitenskapelig diskurs, der det biologisk-materielle alltid er alle tings årsak. Kroppen er årsak til sykdom og bare gjennom kroppslige intervensjoner kan kroppslige fenomen overvinnes. Kroppen blir slik alle tings årsak og alle tings muligheter, og derfor blir kirurgi det eneste tenkelige måte å overvinne disse ”*drivkreftene*”. Det er også slik en annen kirurg fremstiller det i Aftenposten:

”Sykelig fedme er en kronisk sykdom styrt av endringer i hormoner og signalstoffer i hjernen. Kroppen er programmert til å beholde fettene når det først oppstår som et slags selvforsvar. Det finnes ingen kurativ behandling. Det finnes ingen løsning eller medikament som letter det

konstante biologiske trykket for å samle opp fett i en kropp som er innstilt på å overleve.”(Aftenposten, 10.02.14)

Ens egen vilje er underlagt vårt ”biologiske trykk”. Det er noe indre i kroppen som truer en. Kroppen vår er her ekstremt kraftfull, men også dum. Den prøver å gjenskape fedme på grunn av et eller annet misforstått overlevelsesinstinkt. Sinnet vårt eller psyken vår kan være så smart og viljesterke de bare vil, men den dumme kraftfulle kroppen vår har overmakt.

Både årsak til fedme og vanskeligheter med å gå ned i vekt ligger i vår ”programmering”. Programmering viser til kroppen som en datamaskin. Det blir i denne metaforen trykket på noen overlevelsesknapper som overstyrer alt. Kroppen som element kommer i en ekvivalenskjede sammen med ”maskin” ”ødelagt” og ”programmering”. En slik datamaskinmetafor for kroppen er med på å gjenskape orden, rasjonalitet og forutsigbarhet over kroppen (Lupton, 2012, s. 60). Fedme blir sett på som en biologisk skjebne lokalisert i individet. Vi har svært lite påvirkning på vår egen kropp og liv, og vi er helt avhengig av teknologien for å få kontroll over kroppen igjen.

En ser også at kroppen blir fremstilt som en fiende som forsvarer seg, og den ønsker å beholde fett. En må ut i krig mot det som er naturlig, naturen blir menneskets fiende, som bare teknologien og kirurgien kan hjelpe med å forsvare oss mot. Det naturlige for kroppen må bekjempes og slik at kroppen kan passe inn i samfunnet igjen (Lupton, 2012, s. 58).

Men en kan også i den medisinske diskursen se at den biologiske kroppen som det eneste styrende over mennesket blir noe utfordret, og at fedme som element også kan fikseres sammen med psyke. En lege sier til Bergens Tidende at psykiske plager også kan virke inn på fedme:

”Han får ofte spørsmål om psykiske plager gir økt risiko for vektøkning, eller om det er vektøkning som gir psykiske plager. - Det er skrevet mange artikler om dette, og alle konkluderer med at det går begge veier og at det er gjensidig forsterkende. Er du for eksempel deprimert, har du større risiko for å bli overvektig og fet, og er du overvektig og fet, så har du større risiko for å bli deprimert. Derfor er det viktig at man tar hensyn til det psykologiske når man behandler overvektige. Der tror jeg vi har mye å lære, sier Hjelmesæth.

Han forteller at en del av medikamentene som brukes for å behandle folk med psykiske lidelser, kan gi økt appetitt og dermed også økt appetitt (sic). En studie gjort av forsker Hege Gade, som nylig ble publisert i Journal of Obesity, konkluderte med at kognitiv atferdsterapi er svært effektivt i å regulere følelsesmessig spising. Behandlingen ga også en bedring på symptomer på angst og depresjon. Studien viste imidlertid ingen betydningsfull vektreduksjon.

Men det kan man tenke seg at kommer på sikt, sier Hjelmæsæth, som var en av medforfatterne på studien.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

En kan se her at en tenker at spisevaner og emosjoner kan ha en sammenheng. Diagnosen depresjon blir trukket frem som noe som kan være avgjørende, men også en sykdom som kan komme av fedme. Det psykiske blir satt i en ekvivalenskjede med ”diagnose ” ”sykdom”. Det psykiske blir her en tilleggssykdom og et tilleggsproblem, da en har både fedme og psykiske problemer. Det psykiske blir ikke en ressurs som kan hjelpe en ut av fedmeproblemet, men nok et problematisk område som en må ta ”hensyn til”. Det er noe som må behandles i tillegg til fedmen.

Fedmekirurgi er positivt for alle aspekt ved kropp, helse og velvære

I den medisinske diskursen er altså behandling et element det kjempes om ulike betydninger og fikseringer av. I den medisinske diskursen fokuseres det mye på de positive effektene av fedmekirurgi. Dette gjelder både de fysiske og de emosjonelle effektene. Det er lite fokus på at noe kan være vanskelig etter operasjon. Helse og livskvalitet blir her sett på som noe som øker eller blir bedre dersom en går ned i vekt. I sitatet under vises det hvordan fedmekirurgi kan bli en lett løsning til både bedre livskvalitet og til bedre helse:

”Det er liten tvil blant forskere om at moderne fedmekirurgi gir stor og vedvarende vektreduksjon og bedring av fedmerelaterte sykdommer. Dette er knyttet til betydelig økt livskvalitet og sannsynligvis også redusert dødelighet på lang sikt” (Aftenposten, 29.01.14)

Fedmekirurgi blir fiksert i en ekvivalenskjede med ”vektreduksjon” ”mindre sykdom” ” økt livskvalitet”. Når en stiller fedmekirurgi i en slik ekvivalenskjede høres fedmekirurgi ut som en uproblematisk løsning på et sykdomsproblem. Throsby argumenterer i sin studie av pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi med at fedmekirurgi ofte blir sett på som en ”quick fix”, og som en måte å jukse på, fordi det er en enkel løsning som alle kan gjøre (Throsby, 2009, s 203). Når fedmekirurgi blir stilt i ekvivalenskjeden som vist over, kan det bli oppfattet som en ”quick fix”.

I sitatet under viser Aftenposten i et intervju med Tonstad hvordan det å få operasjon og leve livet som normalvektig er viktig:

“Hun legger til at behandling av folk med BMI over 50 vil føre til en brøkdel av dagens operasjoner og til at mange tusen aldri får en mulighet til å leve livet som mer normalvektig.” (Aftenposten, 10.02.14)

En ser hvordan det å leve livet som normalvektig er en viktig ”mulighet”, som alle bør få tilgang til, og som kun kommer gjennom operasjon. Å utføre færre operasjoner blir å ta fra overvektige mennesker muligheter. Overvektige har altså ikke tilgang til det samme livet som de som er normalvektige. Fedmekirurgi som element blir knyttet til ”muligheter” og fedme som element blir knyttet til ”færre muligheter enn normalvektige”. Kristin Gjødningseter beskriver til Aftenposten hvordan hun som overvektig måtte bli slank for å ”passe inn” i samfunnet.

”Slankeoperasjonen var min siste sjanse for å passe inn. Jeg visste at en slik operasjon kunne være farlig, og at enkelte kan bli svært syke i ettertid. Men jeg følte at jeg ikke hadde noe valg. Jeg måtte bli slank dersom jeg skulle begynne å leve livet mitt igjen.” (Aftenposten, 18.01.14)

Både i sitatet over og under kan en se at det å ta en fedmeoperasjon og å gå ned i vekt er betingelsen for å kunne lykkes på flere områder i livet. Lykken kommer gjennom operasjon, slik som illustrert i Aftenposten her:

”Det er ikke mange som trenger operasjon før 25 år, men det er noen. Og disse trenger det sårt - de er jo i sin ”beste” tid for etablering av samliv, utdanning, jobb osv.” (Aftenposten, 10.02.14).

Fedmekirurgi blir altså ikke bare noe som virker inn på et rent biomedisinsk kroppslig nivå, men også på andre aspekt ved livet. Gjennom den medisinske diskursen omkring fedmekirurgi defineres også hva en trenger for å være lykkelig: arbeid og kjærlighet. I definisjoner av hva som er viktig og verdig i et liv beveger diskursen seg utover det rent medisinske, og over i det moralske eller åndelige. Fedmekirurgi blir slik løsningen til et lykkeligere liv. Da blir ekvivalenskjeden ”fedmekirurgi” ”normal” og ”lykkelig liv”. Glenn et al. viser nettopp også i sin studie at fedmekirurgi i media i Canada blir fremstilt som en eventyrfortelling med en lykkelig slutt (Glenn et al, 2013, s. 641). Det kan se ut som dette er også er gjeldende i den medisinske diskursen i norske nettaviser. Dette sier også noe om hvilke subjektposisjoner som blir gitt til de som er overvektige. Overvektige er ulykkelige, uten kjærlighet og uten muligheter for å kunne gjøre noe samfunnsnyttig, slik som å jobbe eller studere. For å kunne få tilgang til det gode liv, må de overvektige underkaste seg en sykdomsforståelse og et kirurgisk inngrep.

Hvem har ansvaret for løse dette problemet?

Når en har fått en alvorlig sykdom i Norge, blir dette ikke lenger individet sitt ansvar, men staten sitt ansvar. Dette er en av de sentrale verdiene i velferdsstaten, at ingen skal måtte lide av sykdom som kan behandles. Individet har derfor rett til behandling og staten har plikt til å hjelpe. Villy Våge forteller, for eksempel, i et intervju med Bergens Tidende hvordan han har jobbet for rettighetene til overvektige og hvordan han har opplevd dette som en vanskelig kamp:

“Kirurgen har heile tida kjempa for pasientrettane til det han meiner er ei stigmatisert gruppe. Denne kampen har eg opplevd som stressande og ufin. Sjukeleg overvektige har krav på kirurgi etter pasientlova, men dette har det vore vanskeleg å få gjennomslag for” (Bergens Tidende, 24.08.14)

Det kan se ut som kirurgen her forstår seg selv som den som har kjempet de svakes og stigmatisertes kamp for rettigheter. Han ser en gruppe mennesker som trenger hjelp og han tar ansvar for å hjelpe, men finner det vanskelig å få aksept for at denne gruppen trenger hjelpen. Han vet hvordan han kan hjelpe dem, gjennom kirurgi, men dette har også vært vanskelig å få legitimitet for. Fra sin subjektposisjon i denne diskursen hevder han at kirurger tilbyr den eneste behandlingen som faktisk gjør overvektige friske, ikke bare på kort sikt, men også på lang sikt. Kirurger og helsepersonell er de som tar ansvar for å hjelpe denne pasientgruppen. En ser her hvordan Våge formidler hvordan det er å stå midt i en diskursiv kamp om hvilke sannheter som skal fylle elementet fedme, og det blir igjen tydelig at det foregår en stadig kamp omkring dette tegnet. Det sentrale er hvorvidt fedme skal få bety sykdom, om det skal bety individets ansvar for dårlige valg, eller om det rett og slett skal sees som en normalvariasjon som ikke skal behandles. I den medisinske diskursen står førstnevnte foreløpig i høysete, men myndigheter og politikere kan også befinne seg i andre diskursordener.

Det kan imidlertid se ut som at det å låse ansvar til helsepersonell og kirurg ikke er helt fiksert, da diskursen ikke har gjort det helt klart til et moment. En ser i sitatet under hvordan legen Jøran Hjelmæsæth sier at etter fedmekirurgi er det igjen pasientens ansvar at behandlingen blir vellykket. Etter en fedmeoperasjon er pasienten nødt til å endre atferd, altså spise mindre og sunnere og trene mer. Det kan se ut som den medisinske diskursen her har blitt påvirket av den dominante diskursen om fedme:

”Pasienten må endre spiseatferd etter operasjonen, og de må være godt forberedt for ikke å gå opp i vekt eller bli alvorlig syke. De må følges opp minst to år etter operasjon, sier Hjelmæsæth” (Dagbladet, 22.11.14)

Etter operasjon ”må” en endre spiseatferd. Dette viser til at den *spiseatferden* en har hatt før operasjonen ikke er riktig spiseatferd, fordi den har ført til at en har blitt overvektig. Denne *spiseatferden* må endres etter operasjonen, ellers vil en gå opp igjen i vekt. På den måten er årsaken til overvekten spiseatferden og ikke sykdommen. Det er opp til hvert enkeltindivid å endre atferden. Det er ikke lenger sykdommen som har makten i kroppen, det er hvor godt ”forberedt” man er på å ”endre spiseatferd” som gjelder.

Det blir et paradoks i den medisinske diskursen at før kirurgi er fedme en sykdom som er ”uhelbredelig” og som en er et hjelpeløst offer for, mens det etter kirurgi blir opp til den enkelte å endre livsstil for å bli frisk. Dersom en går opp igjen i vekt etter operasjon, er en ikke lenger rammet av en uhelbredelig sykdom, men av liten vilje eller evne til å endre spiseatferd? Pasienten går altså fra å være rammet av en sykdom til å være ene og alene ansvarlig for sin tilstand. Går en opp igjen i vekt etter fedmekirurgi har en ikke klart den ultimate viljestyrketesten som ligger i det å måtte endre atferd. Da kan ingen andre klandres for overvekten enn den overvektige selv. Sykdomsdefinisjonen av fedme kan ikke lenger hjelpe deg, fordi du gjennom kirurgi har blitt behandlet for sykdommen.

Fedmekirurgi blir det som virker, men kun dersom du også endrer livsstil og atferd etter operasjonen. Blir fedmekirurgi da noe annet en livsstilsbehandling? Det oppstår her en diskursiv spenning og tegnet ansvar blir et element som en kjemper om betydningen om.

Narrativ i den medisinske diskursen - historien om den vellykkede pasienten

Til den medisinske diskursen hører det til noen narrativer, altså historier som går igjen om pasienter som har blitt operert for overvektskirurgi. Jeg har tidligere i analysen presentert noen sitater fra pasientnarrativene. Jeg vil nå presentere noen mer helhetlige narrativ for å illustrere poengene overfor. Jeg har ikke tatt utgangspunkt i kun en historie, men laget et felles narrativ med sitat fra ulike livshistorier. Disse historiene har jeg kalt *narrativene om den vellykkede pasient*. Det er narrativ om de som har tatt fedmeoperasjon og som har gått ned i vekt og ”fått et nytt liv”. De fremstår som svært lykkelige og takknemlige for operasjonen, og opplever at fedmekirurgi har gitt dem livet tilbake.

Narrativene starter som regel med en overskrift som forteller hvor mange kilo personen har gått ned i vekt. Overskriftene er fulgt av før- og etter-bilder. Etter-bildet viser alltid en smilende og svært blid person, gjerne i fine klær eller i treningsklær. Før-bildene viser personer i helfigur, litt tafatt positur, i litt triste vinteromgivelser eller inne i gamle, slitte stuer. Etter-bildene er ofte tatt ute om sommeren i grønne og frodige omgivelser. Overskriftene er typisk slik som illustrert under:

” Ida Kristine (22) gikk fra 126 til 62 kilo ” (Bergens Tidende, 16.01.14)

Eller slik

”Karis nye liv. Ein slankeoperasjon og 80 kilo skil desse to bileta ” (Bergens Tidende, 24.08.14)

Det som skal fange leserens interesse er altså hvor mye en har gått ned i vekt. Det sensasjonelle ved vektnedgangen blir altså en viktig inngangsport til narrative. Det er også viktig å få frem at når en har gått ned i vekt, så har en også fått et nytt liv. Fedmekirurgi blir satt i ekvivalenskjede ”mye ned i vekt” og ”nytt liv”. Nytt liv viser til at det ”gamle livet” som stor og tung ikke var et godt liv. Både det at en har fått et nytt liv og at det gamle livet ikke var et liv å leve kommer tydelig frem i før- og etter-historiene som blir presentert i artiklene.

Historiene inneholder alltid en nå-statusrapport (altså etter kirurgi) og en før-kirurgi statusrapport. Den vellykkede pasienten endrer seg helt etter operasjonen, og på en svært positiv måte, gjennom å kunne gjøre det ”normale”. Personene omfavner det ”normale” som de ikke kunne gjøre før, og på den måten rettferdiggjør de operasjonen ved at de nå kan leve normalt. De kan jobbe, være aktive omsorgspersoner og være i fysisk aktivitet. Bergens Tidende fremstiller det nye livet til Kari Apeland slik:

”Kari Apeland i 2002 og 2014 er ikkje til å kjenne igjen. Forvandlinga starta på Førde sentralsjukehus for elleve år sidan, då Kari vart fedmeoperert. I dag er ho 80 kg lettare. Livet er radikalt forandra.

- Eg har fått eit nytt liv, seier 50-åringen frå Sandnes.

Ho er tilbake i arbeidslivet. Ho kan springe, leike med barnebarnet, gå i vanlege klesbutikker. Ho kan reise, som ho elska ” (Bergens Tidende, 24.08.14)

”Alle helseplagene er så godt som vekke, og Kari jobbar 80 prosent stilling som vernepleiar i ein omsorgsbustad på Sola.” (Bergens Tidende, 24.08.14).

En ser hvordan det er viktig å få frem at en er tilbake i arbeidslivet. Det å kunne jobbe og være til nytte for samfunnet blir en viktig effekt av kirurgi. De opererte blir på den måten verdige samfunnsborgere som bidrar til felleskapet. En jobber med å tjene inn igjen den belastningen en har påført helsevesenet gjennom å la seg bli tjukk, og viser med dette at fedmekirurgi for denne personen var en god investering for samfunnet. Slik blir også fedmekirurgi rettfærdiggjort overfor en selv og for samfunnet. Den vellykkede pasient viser også at han eller hun takler bivirkningen av operasjoner. Bivirkninger er absolutt tilstede, men operasjonen er allikevel verdt det, fordi en kommer seg ut i jobb.

Dette vises videre i Dagbladet sin fremstilling av Hege Sjøeng Schøyen:

”Hun har hatt tarmslyng og brokk, mangel på A-vitamin, D-vitamin og jern. Hun sliter med svimmelhet og besvimmelhetsproblemer, tåler verken melk, sukker eller fett lenger. Likevel har hun gått fra å være 100 prosent ufør til 100 prosent arbeidsdyktig. I fjor trente hun seks dager i uka, gjerne flere ganger om dagen.” (Dagbladet, 06.02.14)

Den vellykkede pasient trosser altså de ”nye” plagene han eller hun har fått. Disse kan ikke sammenlignes med det å være overvektig. Som overvektig blir en hindret fra alt det ”normale”. Men den ”nye” slanke kroppen kan tåle store plager og likevel fungere på en samfunnsnyttig måte. Det blir også tydelig hvordan det å verdsette og å like å være fysisk aktiv blir viktig. Glenn et al. skriver at den ”ideelle pasient” omfavner den nye muligheten til å være fysisk aktiv, og demonstrerer forpliktelse til vekttap gjennom fysisk aktivitet og endring av livsstil (Glenn et al., 2013, s. 637). Slik blir Ida Kristin Eikenes portrettert i Dagbladet:

”Selv om hun har tatt slankeoperasjon har hun måtte jobbe knallhardt. Hun har endret livsstil, spiser sunnere og trener (...) Den blide jenta rapporterer om mer energi og overskudd, samt mye bedre kondisjon.” (Dagbladet, 16.01.14)

“Ida Kristine Eikenes er stolt over jobben hun har gjort. På sitt tyngste veide den blide bergensjenta 126 kilo - noe som til slutt endte med fedmeoperasjon. Hun har totalt endret livsstil, og fremstår som en sunn og sprek jente” (Bergens Tidende, 16.01.14)

Ida Kristin er altså blitt en ny og forbedret utgave av seg selv. Young og Burrows skriver at det ”nye jeg” posisjoner seg som et aktivt subjekt i kampen mot fedme og skaper det livet en alltid har ønsket å leve (Young & Burrows, 2013, s. 509). Hun har oppfylt kravene som kreves etter operasjon, nemlig å ta ansvar og gjøre en livsstilsendring, og fortjener derfor

fedmekirurgi. Historiene om hvordan livet var før operasjon fremstiller ofte en person med mye plager og et liv som ikke kunne leves:

“Men alt kom tilbake. Gradvis vart Kari tyngre og tyngre - og sjukare og sjukare. Ho hadde gallestein, tung pust, søvnapné, smerter i rygg, kne og hofter, roseninfeksjonar og fordøyelsesplager. Alt var eit ork. Til slutt var ho så tung at ho måtte slutte i jobben og omskulere seg. Kari valde vernepleieutdanning, men trudde eigentleg aldri på at ho kunne utføre anna enn kontorarbeid”. (Bergens Tidende, 24.08.14)

“Før var eg redd for framtida. Eg berre eksisterte, var ein tilskodar til livet. No har eg fått eit liv. Eg er i jobb, og kan gjere ein innsats på fleire frontar. Eg har vore heldig, men fedmekirurgi er ingen enkel utveg, understrekar Kari”. (Bergens Tidende, 24.08.14)

En ser hvordan livet som overvektig blir satt i en ekvivalenskjede med ”ulykkelig”, ”smertefullt” og ”slutte i jobb” ”uhelse”. Altså en rekke negative ord. På den måten blir fedmekirurgi eneste utvei for å ikke ende i uføret:

“Eg er veldig takknemleg. Eg takkar kirurg Villy Våge, som gav meg ein fødselsdag nummer to, seier Kari i dag. Hadde eg ikkje blitt operert, tvilar eg på om eg framleis hadde vore i live. Eg hadde iallfall sete i rullestol på grunn av store helseplager, og vore ei byrde for alle. Det måtte vel ein truck til for å flytte meg.” (Bergens Tidende, 24.08.14)

Disse narrativene er altså med på forsterke den medisinske diskursens ekvivalenskjede: Fedmekirurgi - ”mye ned i vekt”, ”eneste løsningen”, ”normalitet”, ”livskvalitet”, ”lykke,”. Det gir oss også inntrykk av dette ikke er oppnåelig for den som er overvektig, og at en kun kan bli lykkelig dersom en går ned i vekt. Dette gir overvektige en subjektposisjon som ulykkelige og hjelpeløse.

Oppsummering av den medisinske diskursen

Den medisinske diskursen knytter fedme som element til sykdom og setter dermed et krav om behandling. Diskursen kjemper for at denne behandlingen bør være fedmekirurgi.

Sykdomsfikseringen til fedme gjør at kroppen og mennesket er overlatt til sterke naturkrefter som årsak til fedme og som ikke kan overstyres av noe annet. Naturen i kroppen er så kraftfull at viljestyrke og motivasjon ikke kan overvinne den. Det bare med hjelp av moderne teknologi at kroppen og naturen kan kontrolleres. Fedmekirurgi blir noe som tar kontroll over kroppens ville hormoner, gir varig og stor vektneidgang, mindre fedmerelatert sykdom og økt livskvalitet. Det er en konkret og handlekraftig løsning på en alvorlig sykdomsproblematikk. Fedmekirurgi gir ikke bare bedre helse, det gir også økt sjanse for å oppleve kjærligheten, ta

utdannelse og blir attraktiv på jobbmarkedet, det gir med andre ord mulighet for et ”normalt og lykkelig liv”.

Jeg vil nå videre presentere de andre diskursene jeg har identifisert og gjennom presentasjonen tydeliggjøre hvordan fedme er et flytende betegnelse som de ulike diskursene kjemper om meningsutfyllelse av. Jeg vil vise hvordan dette gir utslag i ulike ekvivalenskjeder og dermed gir ulike handlingsalternativer.

B) Folkehelsediskursen. Den kollektive angsten.

Folkehelsediskursen kommer frem i materialet i debatten om å endre restriksjonene for fedmekirurgi. Den er betydelig mindre representert enn den medisinske diskursen. Magne Nylenna og Camilla Stoltenberg skrev en kronikk i Dagens Næringsliv som på mange måter kan sies å være det Neumann kaller et monument i folkehelsediskursen i materialet. En tekst som er et monument representerer et forankringspunkt eller et knutepunkt i diskursen (Neumann, 2001, s. 177). Jeg kaller denne kronikken for et monument fordi formuleringer og fraser som blir brukt her blir gjentatt flere andre steder i materialet. Jeg lagt til ”den kollektive angsten” i navnet på denne diskursen fordi dette er en diskurs som maner til frykt for både fedme og fedmekirurgi.

Hva er problemet?

I folkehelsediskursen er det to fenomen som er hovedproblemene og jeg vil presentere dem i følgende rekkefølge:

1. Fedme er et økende samfunnsproblem
2. Fedmekirurgi er risikofylt, uetisk og ute av kontroll

Risiko og kaos?

Nylenna og Stoltenberg innleder kronikken sin i Dagens Næringsliv med å fortelle hvor mange i Norge som har fedme:

*”En ny rapport slår fast at en av fem voksne i Norge er så overvektige at det kalles fedme”
(Dagens Næringsliv, 11.10.14)*

I dette sitatet ser en hvordan en i denne diskursen tydelig plasserer overvektige i en egen kategori, adskilt fra resten av befolkningen i Norge. Fedme er noe en "kalles", og det blir gitt et navn til de som er "så overvektige". Det er her mennesker som er så store at de får en egen kategori. Det skaper en dikotomi; de med fedme og de uten fedme. Forfatterne inntar her en subjektposisjon som jeg har kalt "varslere". Det er en subjektposisjon som er gjennomgående i diskursen. Aktørene ønsker å advare mot en "fare" eller et problem som truer samfunnet. Vi kan se at denne gruppen mennesker som er "så overvektige at det kalles fedme" er et problem for samfunnet. Magne Nylenna sier det slik i et intervju med Dagbladet:

"Fedme er ikke et medisinsk problem, men et samfunnsproblem" (Dagbladet, 22.11.2014)

Mennesker med fedme blir altså først plassert i en egen kategori, adskilt fra resten av befolkningen, og videre fiksert til et samfunnsproblem. Det er altså et problem som er skapt av samfunnet og som nå er blitt et problem for samfunnet. Men hvem er dette et samfunnsproblem for? Blir det et samfunnsproblem gjennom å være en belastning på helsevesenet? Eller er det slik at de mener at fedme er et problem skapt av samfunnet og at overvektige blir et offer for det fedmefremmende samfunnet? I sitatet under kan en se hvordan Aftenposten siterer Bjørn Guldvog, direktør i Helsedirektoratet, som sier at mennesker med overvekt har helseproblem. Samtidig øker antall operasjoner i helsevesenet, altså belastningen på helsevesenet øker.

"Mange mennesker har store helseproblemer med overvekt, og mange lider av sykelig overvekt. Samtidig ser vi at antall operasjoner øker kraftig." (Aftenposten, 23.01.14)

Fedme kommer her i en ekvivalenskjede med "samfunnsproblem" "helseproblem" og "belastning på helsevesenet". I en slik ekvivalenskjede blir fedme noe som er svært problematisk. Glenn et al. hevder, i sin studie av medias fremstillinger av fedmekirurgi, at det blir skapt en subjektposisjon som "den mislykkede borger" for den overvektige, gjennom å være en økonomisk byrde på systemet (Glenn et al., 2013, s. 638) En slik posisjon kan også sies å bli skapt i mitt materiale, gjennom ekvivalensskjeden over. En kan også se hvordan nettavisene i ulike artikler trekker frem hvor mye fedmekirurgi koster og er en økonomisk belastning på systemet:

"I fjor gjennomgikk 3.000 nordmenn en fedmeoperasjon. Cirka 2.000 av operasjonene ble gjennomført og betalt av det offentlige helsevesenet (Verdens Gang, 05.12.14)"

*“Offentlige sykehus regner med at en slankeoperasjon koster omtrent 54.000 kr”
(Aftenposten, 10.02.14)*

Videre ser vi hvordan fedme er en folkehelseutfordring, slik Nylenna og Stoltenberg skriver i sin kronikk Dagens Næringsliv:

”Selv om kirurgi er vist å være det mest effektive tiltaket for å oppnå vekttap hos den enkelte pasient, mener vi at kirurgi ikke kan være en vesentlig del av løsningen på den store folkehelseutfordringen som overvekt og fedme representerer ” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Fedme som element blir her fiksert til ”stor folkehelseutfordring”. Det er en byrde for samfunnet, for folkehelsen og for helsevesenet. I en ekvivalenskjede blir den overvektige en ”utfordring” og et ”problem” for ”hele samfunnet”. Ved å sette fedme i en slik ekvivalenskjede kan det bli et så stort problem at det kan virke overveldende. Det blir kaotisk og uoversiktlig. Hvor skal en begynne handle når en har et så stort og omfattende problem? Handlingskonsekvensen til en slik ekvivalenskjede kan bli handlingslammelse og passivitet.

Folkehelseaktørene inntar subjektposisjonen som noen som ser mer helhetlig på fedmeproblematikken og ikke bare tenker på dette som et problem for enkeltindividet, men peker på at samfunnet som helhet må ta ansvar. Men de er også ”varslere” og fedme blir noe en må advare mot, og det sprer seg gjennom å være en epidemi. Ordet ”fedmeepidemi” går igjen i folkehelsediskursen. Eksempelvis sier Mange Nylenna til Dagbladet:

”Vi kan ikke operere oss ut av fedmeepidemien” (Dagbladet, 22.11.14)

Bjørn Guldvog siteres i et intervju med Aftenposten:

”Vi vet ikke nok om dette er den riktige måten å håndtere epidemien på. Vi vet ikke om pasientene får det bedre på sikt, eller om bivirkningene blir store, sier Helsedirektør i Helsedirektoratet, Bjørn Guldvog. Han er leder av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.” (Aftenposten, 23.01.14)

Gard argumenterer for at fedmeepidemi har blitt et uttrykk som blir brukt over hele den vestlige verden. Han sier at når en hevder at fedme er en epidemi, så er dette noe som sprer seg fra individ til individ. Fedme blir fremstilt som farlig og som en situasjon som er ute av kontroll (Gard, 2011, s.1). Fedme kan ramme oss alle, overalt i samfunnet, og vi må hele tiden være på vakt overfor epidemien som kan slå til hvor som helst, når som helst. Alle blir et potensielt offer (Gard & Wright, 2005, s.17). Når fedme blir fiksert sammen med epidemi blir

det en fare for alle. Derfor kan vi heller ikke ”operere oss ut av fedmeepidemien”. Fedme, gjennom å være en epidemi, sprer seg raskt. Dette kan høres ut som en noe panisk tilstand. Fedme blir her satt i en ekvivalenskjede med ”epidemi” og ”fare”. Å låse fedme til en slik ekvivalenskjede gir en handlingsanvisning til alle i samfunnet om å prøve å unngå å bli rammet av ”fedmeepidemien”. Dette kan være med på å skape en kollektiv angst, noe som blir sentralt i denne diskursen, ved at det er noe vi alle bør frykte og prøve å unngå å bli rammet av.

Det er i folkehelsediskursen ikke bare fedme i seg selv som er ut av kontroll. Fedmekirurgi er også ute av kontroll. Slik som vist i sitatene under fra ulike artikler som omtaler at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten skal diskutere fremtidig prioritering av fedmekirurgi:

”Eksplisiv økning i antall fedmeoperasjoner” (Aftenposten, 23.01.14)

”Økningen i slike operasjoner er så sterk at fedmekirurgi blir tema neste gang Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse og omsorgstjenesten møtes” (Aftenposten, 23.01.14)

”I 2012 ble rundt 3.000 personer operert for sykkelig overvekt. I 2003 var det bare 26 personer. Den kraftige økning de siste årene bekymrer norske myndigheter” (Verden Gang, 23.01.14)

Her blir det brukt krigsmetaforer for å advare mot fedmekirurgi. Lupton sier at krigsmetaforer ofte blir brukt i fremstilling av sykdom og uhelse (Lupton, 2012 s. 61). ”Eksplisiv økning” blir en slik krigsmetafor, der det er noe som smeller ukontrollert. Det blir en metafor for noe farlig og truende, noe massivt som har kommet ut av kontroll, og som øker videre uten at en klarer å stoppe det. Det er også noe som har skjedd plutselig, noe nytt og truende. Det appellerer til handling. Fedmekirurgi kommer i en ekvivalenskjede med ”fare” og gir en handlingsanvisning om at det må stoppes. Fedmekirurgi blir en trussel og en fare.

Gjennom ekvivalensskjeden ”fedmekirurgi”, ”eksplosjon”, ”krig”, ”fare”, og ”bekymring” kan det høres ut som folkehelsediskursen stiller fedmekirurgi i en annen kategori enn andre operasjoner. Det er en operasjon som det ikke bør være for mange av, og som en må advare mot.

Fedmekirurgi blir altså fremstilt som ute av kontroll. I sitatet nedenfor kan en også se hvordan det stilles spørsmål ved om det er kirurgenes jobb å slanke overvektige. Slik skriver Magne Nylenna og Camilla Stoltenberg det i overskriften til kronikken i Dagens Næringsliv:

”Skal kirurgi slanke de overvektige?” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Ved å bruke ”de overvektige” setter kronikkforfatterne de overvektige i en egen kategori, som skiller seg ut og som bør slankes, i motsetning til de andre. ”De overvektige” blir fiksert til ”slanking”. Det gir en handlingsanvisning mot at de overvektige bør slanke seg. Kirurgi er videre her ikke veien å gå for å bli slank. Slanking er noe en må gjøre på egenhånd. Fedme er her ikke en sykdom, slik den medisinske diskursen prøver å fikse det til, fedme er en livsstil. Det blir i denne setningen veldig tydelig hvordan folkehelsediskursen og den medisinske diskursen kjemper om ulike meningsutfyller av fedme som flytende betegner.

Ved å stille spørsmålstegn ved om kirurgi skal slanke de overvektige tar forfatterne av artikkelen en subjektposisjon som ønsker å beskytte ”de overvektige” mot kirurgi. ”De overvektige” blir en gruppe mennesker som trenger beskyttelse og setter dem i en subjektposisjon som ”svake”. Hva er så problemet med fedmekirurgi? Hvorfor bør en her beskytte ”de overvektige” mot fedmekirurgi?

Fedmekirurgi som uetisk og risikofylt

Problemet med fedmekirurgi i folkehelsediskursen ser ut til å være at det er uetisk og risikofylt. Siden en i folkehelsediskursen fikserer fedme som element til samfunnsproblem, vil handlingsanvisningen peke på at tiltak og endringer må skje på samfunnsnivå. Da blir også fedmekirurgi uetisk. Dette fordi en opererer en kropp som er frisk, og ikke syk slik den medisinske diskursen sier. Magne Nylenna og Camilla Stoltenberg sier det på denne måten:

”I et etisk perspektiv er fedmekirurgi kontroversielt. Kirurgisk fjerning og endring av velfungerende organer bryter med helsetjenestens tradisjonelle oppgave: å gjenopprette normal funksjon i organer, funksjoner og prosesser. Er det riktig å bruke kirurgi på friske organer for å fremtvinge atferdsendring?” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

”Fedmekirurgi er et stort inngrep på i utgangspunktet normale organer. Leger skal gjenopprette normal funksjon i kroppen. Her amputeres velfungerende organ, sier samfunnsmedisiner Nylenna” (Dagbladet, 22.11.14)

Her ser folkehelsediskursen på fedmekirurgi som noe som skjer på organnivå i kroppen. En fremstiller overvektige som friske og velfungerende på organnivå, men likevel er fedme noe farlig på samfunnsnivå. Fedme er farlig når det gjelder mange i samfunnet, men fedme er ingen sykdom inne i kroppen. Da kan det heller ikke fikses på organnivå. Organene er altså friske, mens det fedmefremmende samfunnet er sykt. Det blir slik på samfunnsnivå at behandlingen må skje. Ved å fikserte fedmekirurgi til ”uetisk”, skaper dette en distinksjon. Fedmekirurgi blir satt i en annen kategori enn annen kirurgi. Fedmekirurgi blir den uetiske kirurgien og behandlingen, i motsetning til annen kirurgi *”som gjenoppretter normal funksjon”*.

Fedmekirurgi blir også satt i ekvivalenskjede ”tvungen atferdsendring”. Det viser til at alle går ned i vekt etter fedmekirurgi fordi en blir tvunget til det, gjennom å spise mindre. Throsby skriver at fedmekirurgi blir sett på som en lettvinnt løsning fordi det er noe alle kan gjøre, nettopp fordi en blir tvunget til å spise mindre og ikke gjør det av fritt valg (Throsby, 2008, s. 119). Fedmekirurgi satt sammen med tvungen atferdsendring blir med å forsterke en slik diskurs og gir en lavstatusposisjon til de som velger fedmekirurgi.

Bivirkninger

I folkehelsediskursen fremstilles effektene av operasjon svært negativt. Bivirkningene er irreversible og kan ramme hvem som helst som tar operasjonen. En risikerer helsen sin ved å ta operasjonen. Helse og livskvalitet går her som i den medisinske diskursen på organnivå. Kroppslig sykdom er farlig og noe en må unngå. Men hvilken effekt fedmekirurgi har, det kjemper diskursene om. Folkehelsediskursen sier at fedmekirurgi kan føre til uante bivirkninger og andre sykdommer, og setter fedmekirurgi i ekvivalenskjede med ”bivirkninger” og ”uhelse”. Den medisinske diskursen setter fedmekirurgi i ekvivalenskjede med ”bedre helse” og ”økt livskvalitet”. En ser altså at det blir en diskursiv kamp om elementet ”effekt av kirurgi”, som gjør dette til en flytende betegnelse i diskursordenen. Veien til god helse er noe diskursene er uenige om. Videre ser en at disse ulike ekvivalenskjedene gir ulike handlingsalternativer.

I et nyhetsoppslag i Dagens Næringsliv skriver forfatteren at fedmekirurgi er farlig fordi en ikke vet bivirkningene på lang sikt:

”... antall fedmeoperasjoner vokser raskt. Og det skjer uten at man systematisk kartlegger uheldige og uønskede effekter av inngrepet, og uten at man vet mye om bivirkningene på lang sikt” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Fedmekirurgi er farlig fordi det er knyttet stor usikkerhet til den biologiske og kroppslige helsen på sikt, og sitatet viser hvordan effekten av kirurgi blir en flytende betegnelse. Der effekten av kirurgi i den medisinske diskursen knyttes til alt det positive, vil betydningen av det samme i folkehelsediskursen være svært usikker, og foreløpig negativ. Fedmekirurgi kommer i ekvivalensskjeden med ”uønskede effekter” og ”bivirkninger”. Aktørene tar på seg ansvaret med å varsle om faren og beskytte individet mot fedmekirurgi. Slik som her i kronikken til Nylenna og Stoltenberg:

”I en studie fra Aker sykehus oppga en tredjedel av de fedmeopererte å ha eller å ha hatt bivirkninger etter fem år. Det var kroniske smerter, lav blodprosent, behov for gallekirurgi, magesår, kronisk utmattelsessyndrom, brokk eller urinstein. Når vekten raser nedover, får dessuten omtrent halvparten av pasientene behov for plastisk kirurgi for å korrigere store hudfolder” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Her blir det uttalt hvor risikofylt fedmekirurgi er. Fedmekirurgi blir derfor heller ikke en lettvinnet løsning eller en ”quick fix” til et bedre liv. Det kan innebære mange tilleggssykdommer. Med slike risikoer blir fedmekirurgi en unødvendig operasjon.

Ekvivalensskjeden fedmekirurgi - ”risiko”- ”unødvendig operasjon”, gir en subjektposisjon til de som velger fedmekirurgi som ”uansvarlig”. Det er en handlingsanvisning til individer om at en har et valg, fedmekirurgi er noe en kan velge bort, for det er ikke livsnødvendig. En kan velge å være selvstendig og gå ned i vekt uten hjelp. Slik Heidi Rosander Lund, som har gått ned i vekt uten operasjon, inntar denne mestrende subjektposisjonen når hun forteller om sitt valg til NRK.

“Ho var bestemt på å ta slankeoperasjon og hadde fått time. Ho avlyste operasjonen då ho sat i samtale med legen, som skulle operere ho. Då legen la ut om biverknadene bestemte ho seg: eg skal klare å gå ned i vekt utan operasjon.” (NRK, 23.11.14)

En ser her hvordan Heidi Rosander Lund blir den ansvarlige, en som tar ansvar for eget liv og ikke utsetter seg for unødvendig risiko. Det kan i denne diskursen se ut som en ikke ser på fedme som en så alvorlig sykdom at det er nødvendig å utsette seg for disse risikoene. I dette sitatet sammenlignes eksempelvis fedmekirurgi med andre legemidler.

”Vi undres om et legemiddel med slik risikoprofil i det hele tatt ville blitt godkjent for bruk på pasienter” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

”Det maner til ettertanke at et så omfattende inngrep, som har livslange konsekvenser for den enkelte, utføres så hyppig og er innført i helsetjenesten uten omfattende, forutgående vurderinger” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Her ser det igjen ut til at fedmekirurgi er noe annet enn annen behandling i helsevesenet, altså en uansvarlig behandling. Dette blir tydelig, fordi *”legemiddel med en slik risikoprofil”* nettopp blir brukt både i kreftbehandling og behandling av andre alvorlige sykdommer, slik som for eksempel gjennom cellegift og stråling. Fedme ser imidlertid i folkehelsediskursen ikke ut til å være fiksert til en betydning som en alvorlig-nok sykdom eller høystatus-nok sykdom til å kunne bli godkjent til å ta denne risikoen. De sykelig overvektige må tvert i mot beskyttes mot en slik risiko. Det kan se ut som en tenker at sykelig overvektige ikke selv er i stand til å vurdere risikoen ved en operasjon, og at staten derfor må ta dette ansvaret og beskytte dem. De har slik ikke evne til å vurdere sitt eget beste. Fedmekirurgi kommer i en ekvivalenskjede med ”uansvarlig”, ”risiko” og ”unødvendig”.

Hva er løsningen?

Hvilke tiltak en skal sette inn mot trusselen og epidemien som er ute av kontroll blir mer utydelig innenfor folkehelsediskursen. Det kommer ikke frem noen konkret løsning på problemet. Det er ikke noen klare føringer og det er uklart hvem som skal ta ansvar for å håndtere og kontrollere fedmeepidemien. De overvektige er et samfunnsproblem, men en løsning på hva en skal gjøre med samfunnsproblemet blir hengende i løse luften. Det manes til angst og til handling, men det gis svært få handlingsalternativer i denne diskursen. Folkehelsediskursen er imidlertid klar på at fedmekirurgi ikke er løsningen på fedmeproblemet, men den etterlater en del utydeligheter om hva som er alternativet. En kan se her at aktørene snakker ut i fra en subjektposisjon som noen som tar samfunnsansvar. De ser at fedme er et så stort samfunnsproblem at helsevesenet kan ikke ta hele belastningen med å hjelpe overvektige. En kan se i sitatene under hvordan en ønsker andre tiltak enn fedmekirurgi.

”Det er neppe riktig å møte en verdensomspennende fedmeepidemi i hovedsak med kirurgi. Vi må finne andre virkemidler. Det at vi foreløpig mangler kunnskap om hvordan vi effektivt kan forebygge overvekt og gi tidlig hjelp til de som trenger det, bør ikke føre til at vi gir opp alternativene til kirurgiske metoder” (Aftenposten, 06.02.14)

”Jeg undrer meg over det ensidige medisinske fokuset. Overvektskirurgi er klassisk medisinsk tankegang, uten å se nærmere på årsaken til at den ble sånn. Den ene er den mentale biten: Hvorfor ble jeg så tykk? Det andre er de samfunnsmessige aspektene knyttet til vår forståelse av overvekt” (Dagbladet, 06.02.14)

”Vi er bekymret for den sterke og ensidige satsingen på å bygge opp et tilbud om kirurgisk behandling har bidratt til å svekke motivasjonen for å satse på og utvikle andre strategier” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

I sitatene over vises det til at løsningen er ”andre virkemidler” og ”forebygging”, noe som ikke gir konkrete tiltak. Det er også en bekymring ”ensidig” medisinsk dominans. Det medisinske blir her noe som er negativt ladet. Kirurgi er med på ”svekke motivasjonen” til å satse på andre tiltak. Hvem sin motivasjon er det som svekkes? Er det den overvektige som får svekket motivasjon til livsstilsendring? Eller er det politikernes motivasjon til å satse på folkehelse? Eller er det det medisinske fagmiljøet sin satsing på ulike typer behandling? Aktørene i denne diskursen antyder at politikere og det medisinske fagmiljøet har slått seg til ro med at fedmekirurgi er løsningen fedmeepidemien. Det er et ”ensidig medisinsk fokus”.

Dette kan peke mot at det i folkehelsediskursen er redsel for at den medisinske diskursen har blitt hegemonisk innenfor diskursordenen knyttet til fedmekirurgi. Utvikling og satsing på andre strategier er det blitt ”svekket motivasjon” til gjennom dette hegemoniet. Det skjer ingen utvikling når det gjelder tiltak for å forebygge og hindre fedmeepidemien, fordi folkehelsediskursen har blitt fortrenget. Den medisinske diskursens hegemoni er grunnen til at folkehelsediskursen ikke blir den dominante diskursen. Den medisinske diskursen ser på fedmekirurgi som løsning på fedmeepidemien. Fedmekirurgi har blitt en sovepute for samfunnet, men nå krever folkehelserepresentantene at dette blir snudd.

”Vi mener Norge bør sette seg som mål å være blant de første land i verdens om snur fedmeepidemien - med andre tiltak enn kirurgiske instrumenter. Slik kan vi forebygge at nye generasjoner av barn og unge lider av fedme og sikrer bedre helse for alle” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

”Spørsmålet er om det ikke snart må settes inn helt andre, mer strukturelle og samfunnsmessige tiltak for å bremse fedmeepidemien” (Dagens Næringsliv, 23.10.2014)

Det er helt klart at her kreves det noe nytt som skal bekjempe fedmeepidemien. Forebygging og strukturelle endringer ser ut til å være den ultimate løsningen for hele problemet. På den måten kan en sikre at alle får bedre helse, og forebygging blir nesten et magisk ord som skal redde alle fra uhelse og fedme. Får vi nok forebygging og strukturelle endringer vil problemet med fedme være løst.

Hvordan skal en forebygge og gjøre strukturelle endringer blir stående ubesvart. Det kreves handling, men det sies ikke hvilken handlinger og ikke hvem som skal utføre disse handlingene. Utover det å kunne varsle om farene ser det ikke ut til at folkehelsediskursen har noen andre handlingsalternativ å tilby. Den blir nesten handlingslammet. Det kan pekes på at den medisinske diskursen, som har lang historie innenfor et ganske enkelt narrativ, sykdom – behandling – legens ansvar, har en mindre kompleks diskurs å forvalte. Folkehelsediskursen, med ”strukturelle tiltak” og behov for ”politisk vilje”, har et mye mer komplekst felt å navigere innenfor, når det gjelder å konkretisere tiltak.

Hvem har ansvaret?

Hvem som har ansvaret for å løse den store folkehelseutfordringen og stanse fedmeepidemien blir veldig vagt. Nylenna og Stoltenberg sier i sin kronikk i Dagens Næringsliv:

”Helse - og uhelse - skapes utenfor helsetjenesten. Vi lever i et fedmefremmende samfunn, og individ og samfunn må dele på ansvaret med å holde vekten. Så langt har det hovedsakelig vært appellert til enkeltpersoner om vektkontroll. Det har fungert dårlig, både i Norge og i resten av verden” (Dagens Næringsliv, 11.10.14)

Aktørene appellerer til at alle må ta ansvar, både enkeltindividet og samfunnet som helhet. Dette kan minne om myndiggjøringsideologien, både på struktur og individnivå. Men i en slik ytring vil det også ligge at det er noen individer som ikke har klart å ta det ansvaret som ligger i å unngå å fedme i det fedmefremmende samfunnet. Det gir igjen en subjektposisjon til menneskene i gruppen ”fedme” som ”mislykkede borgere”, som ikke har tatt ansvar.

En slik ytring, som i sitatet over, gjør det vagt hvem skal ta ansvaret. Menes det at samfunnet skal tilby hjelp til individet for å holde vekten, men at individet må ta ansvar selv også for å holde vekten. Eller mener de at samfunnet må ta ansvar gjennom strukturelle tiltak, som for eksempel flere sykkelveier eller sukkeravgift? Overvekten er både skapt av individet selv og av samfunnet. Det er noen som må ta ansvar for å holde vekten nede i befolkningen. Faren er at når hvem som har ansvaret blir så vagt kan det ende med at ingen tar ansvar.

En ser at ”ansvar” blir fiksert til ”individ”, ”samfunn” og ”dele på”, noe som gir en uklar handlingsanvisning. Dette blir veldig forskjellig fra den medisinske diskursen, der ”ansvar” blir satt i ekvivalenskjede med ”behandling” ”helsepersonell”, og gir klare

handlingsanvisninger til både ”pasient” og ”behandler”. En kan derfor igjen se at ”ansvar” blir en flytende betegner i diskursordenen. Helse er her ikke noe helsetjenesten har ansvar for, fordi *”helse skapes utenfor helsetjenesten”*.

Kropp og menneskesyn ser også ut til å være en flytende betegner. Folkehelsediskursen ser mennesket og kroppen som en del av samfunnet. I sitatet over sier folkehelseaktørene at vi lever i et fedmefremmende samfunn. Kroppen vår blir påvirket av samfunnet vi lever i. Det er noe rundt oss, selve konteksten, som virker inn på vår kroppsfasong. Det er ikke bare kroppen i seg selv som er skyld i fedmen slik det er i den medisinske diskursen, men det *”fedmefremmende samfunnet”*. En legger skylden for fedmeepidemien på samfunnet.

Samtidig må *”individ og samfunn dele på ansvar med å holde vekten”*. En må altså i dette fedmefremmende samfunnet ta ansvar for å gjøre de riktige valgene slik at en holder vekten. Gard og Wright skriver at et fedmefremmende samfunn er et samfunn fullt av fristelser, men at det er ingen som tvinger en til å falle for disse fristelsene. Fedme rammer de som velger å leve på en bestemt måte. Det er de med *svak vilje* til å motstå fristelsene i det *”fedmefremmende samfunnet”* som blir rammet av fedmeepidemien (Gard & Wright, 2005, s.113). På den måten kan fremstå som at det ligger i menneskets natur å søke etter den mest komfortable og letteste måten å leve på, med minst mulig fysisk aktivitet og mest mulig usunn mat. Vår vilje er svak og det naturlige for oss er å tiltrekkes av det sedate liv som det *”fedmefremmende”* samfunnet tilbyr oss (Gard & Wright, 2005, s.113).

Samfunnet må beskytte kroppen mot den svake vilje til de overvektige og legge til rette for riktige og gode valg. I folkehelsediskursen blir kroppen overstyr av viljen, i den medisinske er det omvendt, den kraftfulle kroppen som overstyrer viljen. Autonomi og vilje blir altså i folkehelsediskursen satt i ekvivalenskjede med ”svak”, ”beskytte” og ”samfunn”, mens i den medisinske blir autonomi og vilje satt sammen med ”overstyrt” og ”kraftfulle kroppen”. En opererer altså med ulikt menneskesyn og menneskesynet blir slik en flytende betegner som de to diskursene kjemper om meningsutfyllelsen av.

Oppsummering av folkehelsediskursen

Vi kan altså se at folkehelsediskursen ser på fedme som en epidemi som sprer seg raskt og utgjør en risiko for befolkningens helse. Fedme er derfor et samfunnsproblem og ikke et medisinsk problem. Fedmekirurgi blir derfor ikke den riktige måten å løse dette

samfunnsproblemet, da det er en epidemi som sprer seg så raskt at det er ikke mulig økonomisk, etisk eller praktisk å følge det opp gjennom kirurgi.

Fedmekirurgi blir også fremstilt som svært risikofylt og farlig. Det er her noe som er ute av kontroll og det har økt raskt. Fedmekirurgi blir det som hindrer politisk og faglig vilje til å satse på andre tiltak for bekjempe fedmeepidemien. Gjennom ikke-kirurgiske og samfunnsstrukturelle tiltak bør både samfunn og individ ta ansvar for å bekjempe fedmeepidemien. Kampen mot fedme skal kjempes på samfunnsnivå og ikke på individnivå.

Men hvordan dette skal gjøres og hvem som skal ta ansvar på samfunnsnivå blir veldig uklart. Dette er altså en diskurs som maner til panikk for en fedmeepidemi, men som har skuffende få løsninger og lite ansvars plassering for hvordan og hvem en skal håndtere denne epidemien.

Det er tydelig to subjektposisjoner som kommer til syne i diskursen. Denne ene er den fagaktørene i diskursen snakker ut i fra, det er ”varslerne”, de som tar ansvar for å advare mot helserisikoen med fedme og fedmekirurgi. Diskursen gir videre en subjektposisjon til overvektige som en egen gruppe og som ”de mislykkede borgerne”. Det er de som ikke har klart å ta ansvar for egen helse i det fedmefremmende samfunnet.

C) Den psykomoralske diskursen - den ensomme og hyper-individualistiske

Det som jeg har kalt den psykomoralske diskursen kommer mest frem gjennom pasient- og brukerhistoriene som media velger å presentere. I denne diskursen er ”*det psykiske*” eller ”*det mentale*” nodalpunkt i diskursen, og ord som blir låst til fedme.

”*Det psykiske*” eller ”*det mentale*” er element som blir fylt med ulike betydninger og danner ulike ekvivalenskjeder. Det er altså ikke et moment i diskursen som er låst til en ekvivalenskjede eller betydning, men et element som det er kamp om i diskursen og blir fylt med ulike meningsinnhold. Dette gjør at også fedme blir fylt med ulikt meningsinnhold. Fedmekirurgi kan være en del av løsningen for å gå ned i vekt, en mulighet til å starte på nytt og til å ta de ”riktige” valgene. Denne diskursen kommer til uttrykk av både de som har gått ned i vekt etter fedmekirurgi og de som har gått ned i vekt uten fedmekirurgi. Det er altså de som har tatt kontroll over problemene sine på en eller annen måte. De blir således sannhetsvitner, fordi de har opplevd det å være overvektig selv, og kan derfor ytre seg om

”sannheten” rundt fedme. Men også ulike eksperter innenfor helsevesenet ytrer seg innenfor denne diskursen.

Hva er problemet?

Problemet i denne diskursen er at det er en svakhet ved individet som sitter i hodet, og det er dette som gjør at individet gjør dårlige valg og utvikler fedme. Fedme er et resultat av noe ”psykisk” som har ført til ”feile handlinger” som overspising, smugspising eller matavhengighet. Men hva som ”sitter i hodet” eller hva det ”psykiske” er, blir et element som ikke er klart fiksert til entydige sannheter i denne diskursen. Det kan være ulike ekvivalensskjeder knyttet til hva som sitter i hodet. Det er en diskurs som veksler mellom å være moralsk klandrende overfor overvektige ved å si at overvekten er ens egen feil, men som samtidig ser overvektige som et offer for egen psyke. En kan se i sitatene under hvordan subjektene her uttrykker denne tvetydigheten. Pål Andreassen har gått ned i vekt uten fedmekirurgi, og blir i Bergens Tidende fremstilt slik:

”I møte med en kostholdsveileder, som satte den livslange overvekten i sammenheng med det mentale, skjønnte han at han også måtte ta tak i andre deler av livet. Han forsto at det var en grunn til at han hadde spist så mye”. (Bergens Tidende, 30.09.14)

”Det var en tilfældighet som gjorde at jeg skjønnte betydningen av den mentale biten. Nå sier jeg at 90 prosent ligger mellom ørene. Det er inni hodet overvekten sitter. De aller fleste av de som går ned i vekt, går opp igjen også. Det handler om å tenke langsiktig, være motivert, og gjøre det til en livsstilsendring for livet, sier Andreassen.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

Heidi Arstad, som har gått ned i vekt gjennom trening og sunn mat, uttrykker den samme tvetydigheten slik:

“Er det psykiske årsaker til at du bruker mat som trøst, noe det ofte er når du er veldig stor, så må man ta tak i det. Men det er en vond sirkel å ha vært overvektig hele livet og kjent på det å være utenfor. Likevel, jeg tror at mange av dem som ikke har prøvd ordentlig på å gå ned i vekt, ikke har vært redde nok, sier Arstad.” (Bergens Tidende, 31.10.14)

I disse sitatene kan en se at betydningen av fedme blir fiksert til ”psykisk årsak” eller en ”mental bit”. Psykisk eller mental bit blir videre satt i ekvivalensskjede med ”trøst”, ”vond sirkel” og ”være utenfor”. Dette gir en subjektposisjon som noen som har opplevd noe vondt, og at individet er sårbart. Dette blir en forklaring av dårlige valg, slik som ”mat som trøst” som fører til fedme. Fedme kommer her i ekvivalensskjede med ”psykiske problem” og ”dårlige valg”. En har både et psykisk problem og et fedmeproblem.

På slutten av begge sitatene skjer det som gjør at det ”psykiske” og ”mentale” ikke er et lukket moment i diskursen. Det psykiske blir her satt i ekvivalenskjeden ”tenke langsiktig”, ”være motivert” og ”ikke være redd nok”. Det psykiske blir her noen bestemte egenskaper. De personene som ikke innehar disse egenskapene klarer ikke å gå ned i vekt og holde vekten, og de forblir altså overvektige. ”Ikke redd nok” viser til at det er noe uansvarlig, og at en ikke tar tak i egen helse. Det er en implisitt moralsk anklage mot de som ikke har klart å gå ned i vekt. En tar ikke trusselen som ligger i det å være overvektig på alvor, og derfor har en ikke prøvd ”ordentlig”, og har slik ikke tatt ansvar for egen helse. Fedme kommer da i en ekvivalenskjede med ”umotivert” og ”uansvarlig” og gir en passiv subjektposisjon og identitet til overvektige som late og umotiverte. En tenker seg at fedme kan lett løses ved at viljen triumferer over kroppen (Murray, 2008, s.54). Jeg har tidligere vist hvordan vilje og autonomi er flytende betegnelser som det er kamp om i diskursordenen, og her ser en at vilje er noe, eller bør være noe, som overvinner både psyken og kroppen. Vilje og kontroll over seg selv er noe en bør ha i den psykomoralske diskursen.

Vi ser altså at først blir det psykiske noe vanskelig og tøft som personen har opplevd, og det blir en rettfærdiggjøring av overvekten. Deretter blir det psykiske noen bestemte egenskaper som en bør ha, for å ta kontroll over overvekten. Den overvektige mangler noen egenskaper som slanke og tynne har. Dette gjør ”det psykiske” tvetydig og potensielt moralsk anklagende. Det ”psykiske” er helt klart et element som diskursen kjemper om ulikt meningsinnhold av.

I begge sitatene inntar aktørene subjektposisjonen som ”sannhetsvitne” og som de som har ”tatt kontroll”. Begge har opplevd dette, de har klart det de andre, eller ”de aller fleste”, ikke har klart, nemlig å gå ned i vekt og holde vekten. Det har funnet løsningen på problemet. Det gir dem, i en særstilling, rett til å utale seg om hvorfor andre ikke klarer dette. Derfor kan Andreassen si at ”*Nå sier jeg at 90 prosent ligger mellom ørene*”. Etter at han har gått ned i vekt, har han fått ny innsikt. Han har klart å holde vekten og har derfor autoritet til å uttale seg om hvorfor andre ikke klarer det han har klart. En tynn person som hadde uttalt seg om hvor stor del det psykiske hadde å si hos overvektige ville kunne bli sett på som veldig krenkende. Men Andreassen kan si det. Han er en som vet at det ligger mellom ørene, fordi han har opplevd dette selv. Han har da rett til å uttale seg om hva som skjer inne i andre overvektige mennesker, selv om det kan være nedlatende og stigmatiserende å påpeke det. Det er noe psykisk, det handler om både vilje til livsstilsendring, evne til å tenke langsiktig og en mental bit. Dette gjelder for alle andre, fordi det var slik for han. Han er vitne på at slik er det.

Denne subjektposisjonen, som ”har klart å ta kontroll”, er en dominerende subjektposisjon i denne diskursen. Og disse sannhetsvitnene fyller den psykiske årsaken til fedme med ulikt innhold. For eksempel forteller Mari-Mette Graff, som har gått ned i vekt etter fedmeoperasjon, om hvordan mobbing og utestenging fra fellelskapet var en del av det ”psykiske” og grunnen til overvekten:

”Den psykiske delen av fedme har Graff jobbet intenst med. Gjør du ikke noe med årsaken til at du ble overvektig, sliter du etter operasjonen. Det er ikke mulig å bli 150 kg med et uhell. Jeg ble mobbet som barn og for meg ble det fett et beskyttelse. Jeg spiste for å bli glad, om jeg var sint eller lei meg og jeg spiste for straffe meg selv. Rent fysisk tok jeg stor plass, men jeg ble usynlig, jeg var bare hun tjukke dama.” (Dagbladet, 22.11.14)

Graff viser også hvordan det var da hun var 150 kg, da var hun ikke en del av samfunnet, da hun var en del av ”de tjukke” som ikke ble regnet med. ”Jeg ble usynlig” viser til at dette var et problem hun tok personlig ansvar for. Stigmatiseringen ble et personlig problem for henne, som hun måtte løse ved bli slank og jobbe med sin egen psyke. Hun måtte altså tilpasse seg normalstandard for å bli anerkjent som person. Hun viser hvordan hun før var en del av gruppen ”de tjukke”, og hvordan hun nå er kommet seg videre og kan være ”sannhetsvitne” og fortelle om hvordan det var.

Det å regulere følelser med mat slik hun gjorde var ikke en riktig måte å håndtere følelser på. Derfor var også fedmen hennes egen feil på grunn av dårlige valg. Ekvivalenskjeden her blir ”fedme”, ”stigmatisering”, ”psykisk” og ”feile valg”, og det gir en subjektposisjon som om det er en svakhet eller sårbarhet ved individet som gjør det vanskelig å ta de riktige valgene. Derfor faller de overvektige utenfor i samfunnet. Murray sier at det blir forventet at overvektige innrømmer sine feil, viser at de tar sin overvekt seriøst og forplikter seg til prinsippet om å ta helse og normalitet på alvor (Murray, 2008, s. 65). Det kan en se her, gjennom hvordan Graff sier at en må jobbe med seg selv for å komme videre etter en operasjon. Det ligger et krav om innrømmelse av nederlag og innrømmelse av noe galt med meg selv

Lillian Fjelde og Hege Sjøeng Schøyen kommer også med et slikt sannhetsvitneutsagn i Dagbladet, og sier at det psykiske er tanker, og det finnes slanke tanker og tjukke tanker:

”Jeg hørte akkurat en popstjerne fortelle om alkoholproblemene sine på tv og som hun sa: ”Det var først når jeg snakket med tørrlagte alkoholikere at jeg skjønnte hvor jeg kunne få

hjelp. De så meg og det jeg slet med". Sånn er det for tjukke folk også. Vi vet hvordan de har det, vi vet hvordan tjukke folk tenker, sier Lillian Fjeld (49)" (Dagbladet, 06.02.14)

"Lillian snakket om feite tanker og slanke tanker. For selv om du har fått forminsket magesekken og kiloene renner av, er du jo den samme personen inni. Jeg bare visste vi måtte finne på noe sammen, sier Hege" (Dagbladet, 06.02.14)

Her blir "tjukke folk" en enhetlig gruppe som tenker likt. Dette vet "sannhetsvitnene", og derfor kan de også uttale seg på vegne av alle "tjukke folk". En ser hvordan hun sammenligner det å være tjukk med alkoholisme, "sånn er det for tjukke folk også". Det er en avhengighet som en må få hjelp til. Fedme kommer her i en ekvivalenskjede med "tenker annerledes" og "avhengighet" og gir tjukke folk en identitet som noen som tenker annerledes, og som ikke er som resten av oss. Det er de normale uavhengige og de unormale avhengige.

En kan altså i denne diskursen se at fedme blir satt i ekvivalenskjede med "det psykiske" eller "mentale", men at det "psykiske" er et element som diskursen kjemper om ulik meningsinnhold i. Dette kan tyde på at det psykiske er noe individuelt og personlig som er forskjellig fra person til person. Det blir vanskelig å generalisere, og en må selv "tørre å finne ut av det". Derfor kan det ikke gis en endelig betydning av hva dette psykiske er generelt, fordi det per definisjon er individuelt. På mange måter blir den psykomoralske diskursen således ikke bare individualistisk, men hyper-individualistisk. Den medisinske diskursen ser jo fedme noe som kan løses på individnivå gjennom kirurgi, og det å ha en kropp er jo felles, og dermed ikke individuelt. Det som sitter mellom ørene er imidlertid i denne diskursen hyper-individuelt, og da blir også fedme og løsningen på fedmeproblematikken også individuell. Det veldig individuelle kan også i mange sammenhenger bli det veldig ensomme, i alle fall om en faller utenfor gruppen som "klarere å ta kontroll".

Hva er løsningen?

I denne diskursen blir fedme satt i en ekvivalenskjede med "psykiske årsaker", "spising som feilregulering", "dårlige valg", "manglende motivasjon" og "avhengighet", og slik blir fedmekirurgi vanskelig å rettferdiggjøre. Men siden det psykiske og fedmeproblemet er så individuelt, så er det også opp til hver enkelt å finne sin løsning på det. Fedmekirurgi kan slik være en del av denne løsningen. Fedmekirurgi kan gjøre det lettere å ta "gode valg", men kun dersom en i etterkant av operasjonen jobber med det mentale. Operasjon gir en mulighet til å få et stoppunkt og et "verktøy" til å begynne på nytt. Slik Kari Apeland uttrykker det her, illustrerer hvordan operasjonen er en krykke:

”Operasjonen er ei krykke som hjelper dei første åra, seier Kari. I denne perioden, og helst før, er det viktig å «omprogrammere» hjernen slik at ein klarar å endre matinntak og aktivitetsnivå.” (Bergens Tidende, 22.08.14)

En ser hvordan det å jobbe med det mentale blir sett på som viktig for å kunne gå ned i vekt etter operasjon, slik psykolog Tina Avantis Johnsen sier til Dagbladet:

”Cirka 30 prosent går en del opp igjen etter slankeoperasjonen - noen dessverre helt tilbake til utgangsvekten. At Hege og Lillian har klart å slanke vekk til sammen 130 kilo er en bragd. En viktig forklaring er kanskje at de har fokusert på det mentale, sier Avantis Johnsen” (Dagbladet, 06.02.14)

Det er altså opp til hver enkelt etter operasjonen om en klarer å gå ned i vekt og holde på vekten. Dette kommer an på om en tar tak i seg selv, noe som er helt avgjørende for om en får et ”vellykket resultat”. Det blir ikke operasjonen i seg selv som er avgjørende, men hvordan en bruker den muligheten som operasjonen representerer. Dette gir den opererte selv ansvaret for å ikke feile. Lillian og Hege forteller hvordan det å jobbe med selvbildet er viktig for å unngå ”feile handlinger” som smugspising:

”Det handler ikke om 50 gram havregryn og en halv banan. Hvis du ikke jobber med selvbildet ditt og finner grunnen til at du smugspiser sjokolade, vil du jo bare gå opp igjen etter at effekten av slankeoperasjonen er borte, sier Hege” (Dagbladet, 06.02.14)

Det blir altså opp til den enkelte om en klarer å holde vekten etter en operasjon. En må, som Drew også poengterer, jobbe med sine følelser og sin atferd i en tynnere retning (Drew, 2008). Lederen for Landsforeningen for overvektige, Jørgen Foss, understreker dette ved å si at en må være villig til å gjøre dette etter fedmekirurgi. Effekten av kirurgi er at en går ned i vekt, men dette gjør ikke noe med problemet som sitter i hodet:

”Du er ikke frisk etter 45 minutter på operasjonsbordet, eller et kort rehabiliteringsopphold. Det er da den livslange kampen starter. Selv om det er magen som blir operert, er det i hodet de største endringene skjer. De må få hjelp av psykolog eller annen mental behandling, sier Foss” (Dagbladet, 22.11.14)

En kommer altså ikke fullt ut i mål med kirurgi. En må kjempe en ”livslang kamp” - med hodet sitt eller mot hodet sitt? Det er en evigvarende kamp, som en aldri kommer bort fra (Throsby, 2008). En trenger hjelp av en psykolog eller noen andre som kan hjelpe en med det mentale. Det mentale er her noe problematisk og vanskelig, og nærmest uhåndterlig på egenhånd.

Tiltak i denne diskursen blir hjelp til å takle det psykiske, da gjerne med hjelp av en ekspert, som en psykolog eller coach. I de fleste livshistoriene i denne diskursen blir det vist til at personene nå går til behandling hos psykolog eller coach. Dagbladet forteller hvordan Graff etter fedmekirurgi både får behandling hos psykolog og hos coach:

”Psykologen hjelper meg å forstå årsaken og coachen hjelper meg med et fremtidsrettet fokus”

Hun tar et oppgjør med sitt tidligere jeg og fokuserer samtidig fremover. Hun tar altså følelser og atferd i en tynnere og riktigere retning. En må komme i en aktiv posisjon og ta kontroll over det mentale, heller enn å være underlagt det mentale. Slik også Lillian uttrykker det i Dagbladet:

”Hele barndommen og ungdommen min var jeg feit. Samfunnet sier: ”Spis mindre, tren mer, da blir du tynn og lykkelig”. Jeg har ikke tall på hvor mange kurs og dietter jeg har vært med på. Men jeg spurte aldri meg selv hvorfor jeg var så feit, forteller Lillian” (Dagbladet, 06.02.14)

Grunnen til at en ikke har gått ned i vekt er at *”jeg spurte aldri meg selv”*, noe som viser til at det er *”meg selv”* som er løsningen, og at det er her grunnen ligger. Den grunnen ligger ikke i kroppen eller i samfunnet, den ligger snarere i personligheten og erfaringene. En må altså endre noe grunnleggende og personlig. Det er noe galt i *”meg selv”* som gjør at en har blitt så feit. Det er noe annerledes med meg som gjør at jeg har blitt så overvektig sammenlignet med alle andre som er tynne. Løsningen ligger da også i ens personlighet.

Fedmekirurgi kommer her i ekvivalenskjede med *”ny mulighet til å ta riktige valg”*, *”endre personlighet”*, *”innrømme tidligere feil”*. Det gir en handlingsanvisning mot at fedmekirurgi er en sjanse til å rette opp i tidligere feil, og det er en sjanse som en bør benytte seg av. Dersom en ikke klarer å endre sin psyke etter operasjon gir det en stor moralsk fallhøyde. En bør altså endre personlighet etter fedmekirurgi og bli et *”nytt og bedre jeg”*, gjerne med hjelp av psykolog eller coach.

Hvem har ansvaret?

Så lenge en ikke er innstilt på endre seg selv til å bli en annen, er det her ikke mulig å gå ned i vekt. Det er ikke før en innser at feilen og ansvaret ligger i en selv at klarer det. Lillian Fjeld og Hege Sjøeng Schøyen driver et eget kurs for de som har hatt fedmekirurgi og de er opptatt av ansvarliggjøring og ærlighet.

”Det vi er opptatt av er ærlighet: Hvorfor ble det sånn? Og ansvarliggjøring: Hvem er det som har ansvaret for at det ble sånn? I bunn og grunn ligger ansvaret hos deg selv.”
(Dagbladet, 06.02.14)

En må altså være ærlig. Vil det si at en ikke skal lure seg selv? En lurer altså seg selv med hvem som har ansvaret for overvekten. Behandlingen går ut på å få den fedmeopererte til å innse at en selv har ansvaret for sin overvekt. Men det handler også å ta tilbake makten over eget liv, og å kunne gjøre noe selv med sin situasjon og ikke overlate ansvaret til noen andre. I denne diskursen er det den enkelte selv som blir ansvarlig, så dette er kanskje den minst kollektivistiske diskursen, og den mest ensomme. Det kan slik forstås at jeg i datamaterialet utelukkende finner ytringer fra de som har hatt suksess, med eller uten fedmeoperasjon, og da utelukkende etter at de har hatt suksess. Det ”å finne ut av” og ”ta på alvor” blir for dem som har kommet ut på andre siden ganske heroiske handlinger.

Denne diskursen ser, i motsetning til den medisinske, ut til å operere med et mindre dualistisk menneskesyn. Kropp og psyke er ikke her to helt adskilte fenomen, og psyken har sterk innvirkning på kroppen. Psyken er egentlig her det altoverstyrende, og vilje og motivasjon er det som avgjørende for ens kroppsfasong. Derfor blir ikke fedmekirurgi en behandling som automatisk virker, slik det blir i den medisinske diskursen. Det er ikke kroppen som styrer vår atferd, men vår vilje. Det gir en subjektposisjon som gjør at en står alene med ordne opp i ”fedmeproblemet”, og det er individet selv som må ta ansvar for dette. Dette blir en diskurs som gir subjektposisjon om selvklandring og skam for de som ikke har den rette psyken til å ta kontroll over overvekten. Men også mulighet for mestring dersom en får det til, og det kan en ta æren for selv.

Narrativene til den psykomoralske diskursen

Til denne diskursen hører det til en del narrativer og fremstillinger av personer med fortellinger om hvordan de har gått ned i vekt ved å ”ta tak i det psykiske”. Disse historiene har omtrent samme oppbygging som de narrative som ble presentert under den medisinske diskursen. Forskjellen her er at dette kan være narrativ om både de som har gått ned i vekt etter fedmekirurgi og de som har gått ned i vekt uten fedmekirurgi. Jeg vil her ta utgangspunkt i historien til Per Andreassen, fra en artikkel i Bergens Tidende, og vise hvordan dette illustrerer narrativet om den som tar kontroll. Narrative starter med en overskrift om hvor mye en har gått ned. Det gis en rapport om før- og nåstatus, i samme stil som den medisinske.

Svært ulykkelig som tjukk, ikke bare med kroppslige plager, men ofte også ”psykiske” plager som angst, traumer og depresjon.

Her ser vi hvordan før-historien til Per Andreassen blir presentert:

“Jeg har slitt med sosial angst hele livet. Jeg husker at jeg mislikte å gå på skolen og i selskaper. Det var på det nivået at om det var fire mennesker i et rom, og en av dem var en jeg ikke kjente, så gikk jeg ikke inn. I femtenårsalderen begynte jeg med alkohol for å døyve angsten, og helgene mine ble fort ovale. Jeg drakk i 20 år, sier trebarnsfarens fra Torpa i Oppland. Da han var 35 år, bestemte han seg for å slutte med alkohol. Nå ble jobbing og mat hans måte å takle og døyve angsten.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

Fedme settes her i ekvivalenskjede med ”angst”, ”ensomhet”, ”avhengighet” og ”feil måte å takle følelser på”. Fedme blir like mye en psykologisk byrde som en fysisk byrde (Salant & Santry, 2006). Derfor blir ikke fysiske og kroppslige endringer nok for å få et godt liv, en må også ta tak i angsten og det psykiske:

”I nesten tyve år levde han et liv med altfor mye mat og jobbing. Da han tok tak i livet sitt påsken 2010, og klarte å gå ned 85 kg, trodde han at alt ville bli bra. Men angsten var ikke blitt noe mindre. Først da skjønte jeg at alkoholen og maten handlet om å døyve angsten, forteller Andreassen.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

”Han bestemte seg for å konfrontere angsten og gjorde noe som tidligere ville vært utenkelig for mannen som unngikk sosiale sammenhenger og ukjente: Han fortalte sin historie på Tonsåsen rehabilitering - et senter med hovedfokus på rehabilitering av brukere med sykkelig overvekt. -Jeg sto nesten bokstavelig talt og holdt en i hånden mens jeg fortalte. Men historien min traff de som hørte på, sier han” (Bergens Tidende, 30.09.14).

En ser hvordan han som et barn måtte holde noen i hånden, men at han gjennom å konfrontere angsten ble sterk, voksen, slank, modig, frisk og sunn. Tidligere var han ”tjukk”, ”feig” og ”forsvarsløs/barnslig”. Som i de medisinske narrative er det også en nå-status med til historien, som representerer en slank, fysisk aktiv og psykisk frisk person. Slik som Per Andreassen her:

“De siste månedene har han brukt til å sykle landet rundt. I løpet av 105 dager har han syklet 5120 km og vært innom alle de 19 fylkene. Prosjektet ”85 kilo lettere - Norge rundt på sykkel” kom i stand fordi han ønsket å inspirere andre overvektige til å ta tak og gjøre noe med vektproblemene sine. Underveis på turen holdt han 30 foredrag.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

“Sykkelturen var en eneste stor opptur. Det ga meg muligheten til å møte tjukkaser og fagfolk over hele landet og dele min historie om hva som kreves for å komme over dørstokkmila og

lykkes med en livsstilsendring av dette formatet, sier Andreassen.” (Bergens Tidende, 30.09.14)

Disse narrativene blir ofte bekreftet av en ekspertuttalelse fra en psykolog eller en ekspert på fedme som bekrefter at fedmeproblem kan komme av psykiske vansker og at mange kan bruke mat til å døyve følelser. Dette blir understreket overfor pasienten slik en psykolog uttaler at hun pleier å oppfordre pasienten sine:

”Rydd opp i hodet før du legger deg under kniven” (Dagbladet, 06.02.14)

Oppsummering av den psykomoralske diskursen

Den psykomoralske diskursen gir en psykisk årsaksforklaring på fedme. Problemet er at individet har en psykisk sårbarhet, enten etter traumer eller vanskelige sosiale forhold. Dette har ført til at individet har tatt ”feile valg” og gjort ”feile handlinger” som ”trøstespising”, ”matmisbruk” eller ”smugspising” og ”avhengighet”. Men det psykiske er ikke bare fiksert til traumer, det blir også fiksert til ”motivasjon” og ”vilje” til å ville endre seg.

Fedmekirurgi blir i denne diskursen sett på som en ny sjanse til å kunne ta de riktige valgene og til å omstille hjernen. Det blir viktig at en etter operasjonen tar ”det psykiske” på alvor og jobber med det mentale. Diskursen peker mot hjelp fra eksperter, som psykologer eller coach. Det er en diskurs som gir en ensom og ansvarlig subjektposisjon, hvor en er alene med å skulle ta ansvar for seg selv.

D) Motdiskursen - den konspiratoriske?

Denne diskursen har jeg valgt å kalle en motdiskurs fordi den er den eneste av de diskursene jeg har identifisert som utfordrer den dominante diskursen om fedme, og ikke ser på fedme som et helseproblem i seg selv. Det er kun én kronikk i mitt materiale, og én artikkel, der en enkeltfagperson er sitert med noen få linjer i en større artikkel om fedmekirurgi i Bergens Tidende, som gir data der denne diskursen er representert.

Jeg har likevel valgt å ta den med av to grunner: For det første viser den at det finnes andre måter å se på fedme enn det synet de tre hoveddiskursene i nettaviser representerer. For det andre er det en diskurs som eksisterer i en større utbredelse internasjonalt. Utgangspunktet for artikkelen i Aftenposten er en artikkel i Tidsskrift for Norsk Legeforening, skrevet av Samdal og Meland (2014) som heter ”Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig?”. Den

uttrykker en diskurs som er inspirert av den amerikanske ”*Health at every size*”-bevegelsen som har fått økende betydning internasjonalt (Samdal & Meland, 2014). Et nodalpunkt i denne diskursen er tegnet helse.

Hva er problemet?

Problemet i denne diskursen er at fedme kan være en konstruert helserisiko og det at fedme blir konstruert som en helserisiko kan være en større risiko for helsen en fedmen selv. Slik Espen Arntzen innleder sin kronikk:

”Snakk om å ”banne i kirka”, men her kommer det: Står vi ovenfor en konstruert helserisiko der sterke interesser gjør forretninger på folks oppmerksomhet på vekt og kropp?”

Forfatteren setter altså fedme i en ekvivalenskjede med ”sosial konstruksjon” og ”økonomiske interesser”. Dette kan få det til å høres ut som en konspirasjonsteori, der storkapitalismen og folk med penger og makt ser ute etter å utnytte de sårbare overvektige. Det gir en subjektposisjon mot at overvektige er et ”offer for storkapitalismen”. Forfatteren kan bli gitt en subjektposisjon som konspirasjonsteoretiker. Han stiller i tvil mye av den forskningen som er gjort på fedme, og hevder det kan være andre sammenhenger mellom fedme og sykdom enn bare vekten:

“Andre faktorer som jojo-slanking, sosioøkonomisk status, diskriminering, kroppsmisnøye, fysisk form, kosthold, søvn og kronisk stress kan forklare sammenhengen mellom vekt og sykdom. Når det kontrolleres for dette forsvinner mye av sammenhengen mellom ren vekt og sykdom” (Aftenposten, 18.12.14)

Forfatteren hevder altså at når en har sett på sammenhengen mellom sykdom og fedme er det en rekke ting en ikke har kontrollert for, og dermed gjort den feilslutningen at fedme er farlig og sykdomsfremkallende. Dette kan være med på å skape en alternativ forståelse av fedme. Diskursen prøver å ufarliggjøre fedme og gjøre det til et sosialt skapt problem som blir opprettholdt av kapitalistiske krefter. Dette kan også virke myndiggjørende for overvektige og det kan være med å ta vekk skyld og skam rundt fedme. I denne diskursen er ikke fedme helseskadelig:

“Personer med overvekt eller moderat fedme lever like lenge og ofte lenger enn normalvektige. Det er til og med slik at ved noen sykdommer er fedme forknippet med lengre levealder. Dette kaller vi for fedme-paradokset. Fete mennesker med diabetes, høyt blodtrykk, hjerte- og karsykdom og kronisk nyresvikt lever lenger enn tynne personer med de samme sykdommene.” (Aftenposten, 18.12.14)

Fedme blir i denne diskursen fiksert med ”leve lenger”. Dette står i motsetning til i den medisinske diskursen, der fedme blir fiksert med ”tidlig død”. Fedme blir her altså en ressurs og ikke en ulempe eller noe uønsket. Helse blir fiksert til ”sunn livsstil” istedenfor å ”gå ned i vekt”. På denne måten gjør denne diskursen ”helse” til en flytende betegnelse i diskursordenen, og noe denne motdiskursen prøver å kjempe om en ”ny” sannhet rundt. Sitatet under tydeliggjør dette:

“Når ulike studier viser sammenhengen mellom vekttap og helsegevinst, kan det like gjerne være endringen i levevanene, heller enn det faktiske vekttapet.” (Aftenposten, 18.12.14)

Det er livstilen som er avgjørende for helsen, og ikke vekten. Ingrid Johanne Osland, som jobber med livsstilsbehandling for overvektige, ytrer seg til Bergens Tidende gjennom denne diskursen, der hun understreker at det ikke nødvendigvis er det å gå ned i vekt som gir bedre helse:

“Hun mener det ikke nødvendigvis er vektreduksjon som er å lykkes når man behandler sykkelig overvektige. - Vi har ikke så mye fokus på antall kilo. Vi synes det å bedre den fysiske og psykiske helsen er viktig. Det samme er det å sette pasientene i stand til å være deltakende sosialt og i arbeidslivet.” (Bergens Tidende, 31.10.2014)

Denne diskursen ser på helse som noe som kommer gjennom sunn mat, deltakelse og fysisk aktivitet, slik som den medisinske diskursen og folkehelsediskursen, men fornektet at det er en sammenheng mellom vekt og helse (Meleo-Erwin, 2011). Målet her er altså å forbedre helse, ikke nødvendigvis å gå ned i vekt. Grensen mellom slanking og livsstilsendring blir imidlertid en hårfin balanse (Meleo-Erwin, 2011). Det moralske aspektet om at en type livsstil er bedre enn andre er tydelig tilstede også i denne diskursen. En ser likevel at denne diskursen gir mulighet for overvektige til å være en deltakende og arbeidsom samfunnsborger, på lik linje med normalvektige. Det gir en subjektposisjon til overvektige som likeverdige og deltakende.

Siden helse blir satt i en ekvivalenskjede ”sunn livsstil” og fedmekirurgi ikke nødvendigvis fører til endring i livsstil, vil ikke kirurgi nødvendigvis gi bedre helse og dermed ikke ønsket effekt.

”Dette stiller jo et enda større spørsmålstegn ved slankeoperasjoner. Her ser man på vekt som en faktor til sykdom og dårlig helse. Kanskje man ved å endre levevaner som er gjennomførbare og fokusere mindre på vekten, vil kunne skape en befolkning som lever både lengre og bedre.” (Aftenposten, 18.12.14)

Her blir ikke fedmekirurgi sett på som en livreddende operasjon, men heller noe som noe som kan være skadelig for helsen. Tiltak her blir å forbedre livsstilen til den enkelte, gjennom sunt kosthold og fysisk aktivitet. Fedmekirurgi kommer, som i folkehelsediskursen, i ekvivalenskjede med ”unødvendig operasjon” og gir en subjektposisjon til de som har tatt fedmekirurgi som ”uvitende”. De har ikke god nok kunnskap om hva som gir god helse.

Hva er løsningen?

Siden fedme i seg selv ikke nødvendigvis er helseskadelig, blir ikke fedmekirurgi en del av løsningen slik som i den medisinske og psykomoralske diskursen. Den flytende betegneren ”effekt av kirurgi” blir her fylt med ”ingen helsegevinst”. Løsningen i denne diskursen er mer kunnskap om hvordan leve en sunn livsstil og unngå stigmatisering av overvektige:

*“Å bygge kunnskap og forståelse rundt helse og sunne levevaner er sannsynligvis den beste veien å gå for å skape varige resultater og om man samtidig kan unngå stigmatiseringen av overvekt, har vi kommet langt på vei mot et bedre samfunn og en bedre verden.”
(Aftenposten, 18.12.14)*

Vi har altså for lite kunnskap om og forståelse av helse og sunne levevaner. Dette må vi lære mer om slik at vi kan minske stigmatiseringen:

“Trening og slanking er i mange tilfeller også usunt. Overdrevent fokus på vektreduksjon med intensive metoder er ikke alltid helsebringende og de fleste slankekurer som er forsøkt har en meget dårlig suksessrate. Om vi derimot lærer mer om hva som er sunt av både kosthold og livsstil, er vi nærmere et langt liv med god livskvalitet.” (Aftenposten, 18.12.14)

Vi er for dårlig informert om hva som er bra for oss selv og helsen vår. Dette er et vanskelig budskap å nå inn til befolkningen med. Hvem som har ansvaret for å lære oss mer om dette kommer ikke frem i datamaterialet, men noen må bøte på denne kunnskapsmangelen som eksisterer. Forfatteren vet klart hva som gir god helse:

*“En sunn livsstil med fokus på et sunt kosthold og moderat fysisk aktivitet, sammen med god søvn, redusert stress og et godt levestil er veien til både økt levealder og bedre helse.”
(Aftenposten, 18.12.14)*

Dette er leveregler vi alle bør følge. Det er altså en oppfordring til alle, ikke bare de overvektige.

Hvem har ansvaret?

Det kan i denne diskursen også se ut som det er individet som har ansvaret :

”For deg som i dag er overvektig og ser kun på vekt, bør refokusere. Selv om vekten viser ingen eller en liten nedgang, er helsegevinsten ved å legge om til en sunnere livsstil udiskutabel. Fokuset bør være på de riktige tingene som mer aktivitet, sunnere kosthold, bedre søvn og mindre stress. Ikke vekten. Resultatet av en et slik fokus vil være mindre sykdom og bedre livskvalitet, selv om du har høyere vekt enn gjennomsnittet.” (Aftenposten, 18.12.14)

Her er det tydelig hvordan forfatteren snakker direkte til ”deg som i dag er overvektig”, og det er du som må ta ansvar for å endre livsstilen og ta var på helsen din. Det går her i denne diskursen som i psykomoralske diskursen på individets valg, og dermed individets ansvar for å ivareta egen helse.

Oppsummering av motdiskursen

Dette er altså en motdiskurs, fordi en i denne diskursen ikke ser på fedme i seg selv som noe helseskadelig og dermed gjør helse til en flytende betegnelse i diskursordenen. Helse blir ikke satt i sammenheng med vekt, men med sunn livsstil. Fedme blir i denne diskursen heller noe som kan være helsefremkallende enn noe som fører til uhelse. Det er også en diskurs som mistenkeliggjør kapitalistiske krefter for å stå bak en oppkonstruert fedmeforståelse om at fedme fører til visse sykdommer, og som mener stigmatiseringen av fedme er en del av problemet.

Det som også kan nevnes, som ikke kommer direkte frem i materialet, men som forblir implisitt og ikke eksplisitt uttalt, er at de ulike diskursene legger ulik kroppsstørrelse til grunn for sin definisjon av fedme. I den medisinske diskursen er fedme de som har en kroppsmasseindeks på over 40 og gjerne mer. De legger seg altså i den øverste enden av fedmeskalaen. Folkehelsediskursen og Motdiskursen snakker mer om de som holder seg innenfor 25-40 på BMI-skalaen, og det viser til en betydelig mindre kroppsstørrelse. Det er altså ulikt hva man legger i størrelsen, men de kjemper likevel i den samme diskursordenen om meningsutfyllelsen av fedme og fedmekirurgi.

Oppsummering av de fire diskursene

Jeg har i analysen ovenfor vist hvordan de ulike diskursene kjemper om ulike meningsutfyllelse av ulike elementer, som jeg har valgt å kalle flytende betegne.

I tabell 3 under har jeg oppsummert de flytende betegne som jeg har funnet og gjort rede for i analysen min. Dette gir en oversikt over hvordan de ulike diskursene fyller disse flytende betegne med ulikt meningsinnhold.

Tabell 3 – Oversikt over diskursene

Flytende betegne	Den medisinske diskursen	Folkehelsediskursen	Den psykomoralske diskursen	Motdiskursen
Fedme	En sykdom	Et samfunnsproblem og en epidemi. Livsstilsrelatert problem.	Er noe som "sitter i hodet"	Er en konstruert risiko.
Størrelse	BMI over 40	BMI 25-40	Et høyt antall kilo	BMI 25-35
Ansvarliggjøring	Individet er uforskyldt, overlatt til hormonenes og kroppens/ biologiens vold. Helsepersonell ansvarlig for å hjelpe	Individ og samfunn må ta ansvar for holde vekten.	Individet må selv ta ansvar for å "fikse opp i hodet sitt."	Individet må ta ansvar for livsstilsendringer som gir god helse.
Effekt av fedmekirurgi	En går ned i vekt og får bedre helse og økt livskvalitet	Stor sjanse for bivirkninger etter fedmekirurgi. Det er veldig risikofyllt. Løser ikke problemet med fedmeepidemien	God effekt dersom en tar tak i den psykiske grunnen til at en blitt overvektig.	Ingen effekt, helse blir bestemt av livsstil og ikke av vekt/BMI
Tiltak	Fedmekirurgi	Ikke-kirurgisk behandling og tiltak på samfunnsnivå. Forebygging og strukturelle tiltak.	Psykologhjelp eller annen terapeutisk behandling + livsstilsendring. Kirurgi er en mulighet, men en må uansett "jobbe med seg selv"	Mer kunnskap om fysisk aktivitet og sunt kosthold. Øke aksept for alle størrelser, redusere stigmatiseringen av overvektige
Helse	Er avhengig av kroppsstørrelse	Er avhengig av kroppsstørrelse	Er avhengig av motivasjon til å endre seg selv	Er avhengig av livsstil og inkludering i samfunnet.
Menneskesyn	Mennesket er overlatt til kroppens vold og kroppen er det styrende	Mennesket er en del av samfunnet, det "fedmefremmende" samfunnet og viljen påvirker vår atferd og kropp.	Det psykiske, vilje og motivasjon overstyrer kroppen og er det som er styrende og avgjørende for vår kropp.	Menneske kan aksepteres i stor variasjon. Stigmatisering og sosiale konstruksjoner virker inn på vår kropp.

Jeg har også i analysen identifisert noen subjektposisjoner som jeg mener diskursene gir og aktørene inntar i diskursene. Tabell 4 under viser de ulike subjektposisjonene som er jeg har identifisert i diskursene.

Tabell 4 – Subjektposisjoner i de ulike diskursene

	Den medisinske diskursen	Folkehelsediskursen	Den psykomoralske diskursen	Motdiskursen
Overvektige	Den alvorlig syke og døende (pasientrollen) Den som har mislykkede på alle områder i livet	Den mislykkede borger Den (svake og) uvitende	Den (svake og) sårbare Den selvklandrende og skammelige Den ensomme	Likeverdige og deltakende
Fedmeopererte	Den vellykkede pasient	Den uansvarlige	Den som må ta kontroll	Den uvitende
Fagpersoner	Den ansvarlige	Varsleren		Konspirasjonsteoretikeren

DISKUSJON

Jeg har i datamaterialet mitt funnet fire diskurser: Den medisinske diskursen, folkehelsediskursen, den psykomoralske diskursen og motdiskursen. Jeg har funnet flere flytende betegnere som materialet kjemper om ulike betydninger av, og flere ulike subjektposisjoner som blir gitt i de ulike diskursene. Jeg har også vist hvordan ulike meningsutfyllelser av de ulike flytende betegnere gir ulike ekvivalenskjeder og ulike handlingsalternativer.

Jeg vil nå prøve å vise hvorfor disse funnene kan være interessante. Jeg vil da ta for meg tre ulike perspektiver. Det første er: hvordan arter dette seg for den overvektige og den overvektsopererte? Her finner jeg at Goffmans stigmatteori kan være en god måte å belyse dette på. Det andre perspektivet jeg vil vurdere er hvilken rolle har staten i denne diskusjonen. Her kommer jeg til å bruke Foucault og hans governmentality-begrep. Dette viser til at bak de individuelle problematikkene og kampene står det en stat som ønsker at overvekt og store kropper skal oppleves som noe problematisk. Det siste perspektivet jeg vil ta for meg er hvilke vitenskapsteoretiske filosofier som ligger i materialet. Det ligger en spenning i materialet mellom det å forstå menneske som objekt eller subjekt, mellom den objektive kroppen eller den fenomenologiske helheten. Dette kan vitenskapsteori gi gode begreper for å diskutere.

Hvordan arter dette seg for brukeren? Goffman og stigma

Mye litteratur om fedme beskriver hvordan overvektige blir utsatt for stigmatisering (Carr & Friedman, 2005; Dickins et al., 2011; Lupton, 2013; Malterud & Ulriksen, 2009; Puhl & Brownell, 2001). Dette kommer også frem gjennom nettavisenes fremstilling, i narrativene om pasienter som er operert gjennom fedmekirurgi. Stigma beskrives av Goffman som en diskrediterende egenskap som utestenger personer fra full sosial akseptering. Hva som er dypt diskrediterende kan variere i tid, sted, samfunn og mellom ulike samfunnslag. Stigmatisering er med andre ord en sosial konstruksjon som bygger på sosiale konvensjoner og normer, og ikke på egenskaper hos den stigmatiserte (Goffman, 2010, s. 43-47). Stigmaet er med på å skape et krav om normalitet. Fedmekirurgi kan sees på som å være et resultat av et slikt krav.

I den medisinske diskursen i nettavisene er fedmekirurgi veien til et normalt liv. Narrativene om den vellykkede pasient viser hvordan en etter kirurgi kan få seg samboer, jobb og kjæreste. I kontrast til dette er den overvektige i denne diskursen dømt til å leve et ”unormalt”

liv som den ulykkelige og stigmatiserte. Slike historier er med på å forsterke kravet om å være tynn som det normale, og det er med på å forsterke stigmaet rundt fedme. De som stigmatiseres blir ekskludert fra en rekke utfoldelsesmuligheter og alminnelig respekt som ”normale” mennesker får tilgang til (Kristiansen & Jacobsen, 2010, s.152). Dette er med på å forsterke troen på at det ikke finnes noe alternativ til fedmekirurgi for den alvorlig overvektige, og at den eneste måten å kunne bli inkludert som en fullverdig borger i samfunnet er gjennom fedmekirurgi.

Goffman viser til at det finnes tre forskjellige typer stigma. Den første er ”kroppslige vederstyggeligheter”, som er stigmatisering på bakgrunn av forskjellige fysiske misdannelser. Den andre er ulike karaktermessige feil eller personlige trekk. Dette kan være egenskaper som lav selvdisciplin, uærlighet eller lav moral. Den tredje formen for stigmatisering finnes i det ”tribale”, altså slektsbetinget stigma (Goffman, 2010, s. 46).

Carr og Friedman hevder at overvektige blir stigmatisert på bakgrunn av de to første definisjonene til stigma, altså fysisk misdannelse og en karaktermessig feil (Carr & Friedman, 2005, s. 245). Stigma blir oppfattet som et utvendig eller et kroppslig symptom på en persons underliggende moralske mangel. En manglende kroppslig kontroll kan være uttrykk for en moralsk brist og virke sterkt degraderende (Måseide, 2008, s.73).

Fedme blir slik for mange en moralsk brist. En kan se at den medisinske diskursen prøver å ta fra overvektige den moralske bristen, ved å legge årsaken til fedme til en sykdom. I den medisinske diskursen blir stigmaet mest knyttet til en fysisk misdannelse. Dette er noe en må rette opp i gjennom fedmekirurgi. Det er imidlertid stor kamp om definisjonen av fedme i diskursordenen, og det medisinske sykdomsbegrepet for fedme har ikke så høy legitimitet. Det blir tvert i mot utfordret både av i folkehelsediskursen, den psykomoralske diskursen og motdiskursen. Den moralske bristen ved fedme kommer tydeligst frem i den psykomoralske diskursen. Her blir fedme et hyper-individuelt problem, oppstått ved en karakterbrist hos den enkelte, som en bør klare å ta kontroll over. Nettavisene fremstiller narrativer om de som har klart å ta kontroll over sin moralske brist, både med og uten fedmekirurgi. Dette er heltehistorier som maner til etterfølgelse, og som er med på å forsterke fedme som en karaktermessig feil eller et personlig trekk. I nettavisene ser en ut til å være med på å bygge opp under stigmatiseringen av fedme på bakgrunn av de to første stigmatiseringstypene til Goffman, altså fedme som en fysisk stigma og som en karakterfeil.

I følge Goffman er stigmatisering kategorisering og klassifisering av bestemte trekk eller atferd. Det plasserer mennesker i grupper. Disse gruppene knyttes til bestemte stereotype forståelser av egenskaper og personligheter (Goffman, 2010, s. 44). Jeg har vist hvordan en i alle diskursene plasserer overvektige i en egen gruppe. Fedme blir i folkehelsediskursen et samfunnsproblem, altså en gruppe mennesker som sammen utgjør et uønsket problem i samfunnet, og som skaper økonomisk belastning på helsevesenet spesielt og samfunnet generelt. I den medisinske diskursen fremstilles fedme som en tilstand som en verken kan overleve eller kan leve normalt med. I den psykomoralske diskursen fremstilles fedme som en diskrediterende egenskap, der det er noe galt eller en svakhet ved individet som har gjort at en har blitt overvektig og unormal. De er alle med på å forsterke overvektige som en egen gruppe, adskilt fra resten av "oss andre". De blir noe annet, og de får en merkelapp. De blir en homogen gruppe med bestemte trekk, slik som en stor kropp og et moralsk forfall. I folkehelsediskursen fremstilles ikke bare overvektige som et problem for samfunnet, men også de som velger fedmekirurgi kommer i en egen gruppe. I folkehelsediskursen brukes det et språk som om dette er mennesker som ikke vet, eller kan vite, sitt eget beste. Fedmekirurgi kommer her i en annen kategori enn annen kirurgi, og fremstilles som nok et dårlig valg. Den overvektige blir da utsatt for en dobbeltstigmatisering, først for å ha latt seg blir tjukk, og deretter for å ha vært "dum" og tatt en risikofylt og "unødvendig" operasjon. Både stigmatiseringen av fedme og fedmekirurgi blir forsterket i folkehelsediskursen.

Dersom vi, som et eksempel i denne diskusjonen, ser for oss en ung mann i 20-årene, som har en kroppsvekt som gjør at han kommer under den medisinske kategorien som sykelig overvektig: hvilken forståelse av seg selv og sin egen plass i samfunnet er tilgjengelig for han? Slik som fedmekirurgi blir tilgjengeliggjort og diskursivt plassert gjennom formidling i nettavisene, vil han måtte forstå seg selv som et mislykket individ i samfunnet, en potensiell trussel mot økonomien i velferdsstaten og en som ikke passer inn blant resten. Det vil kun gi han handlingsanvisninger om at han må gjøre noe for å endre seg selv, fordi han er ikke akseptert slik han er i dag. Disse prosessene må forstås som rimelig uavhengige av om den unge mannen selv, i sin egenopplevelse, opplever å ha helseplager som følge av vekten sin. En kan også se for seg at for denne mannen vil det være tvetydig i hans egenopplevelsen hva som er opplevde helseplager, og hva som er opplevelser av ubehag og uhelse som henger sammen med stigmatiseringsprosesser.

Goffman viser til at den stigmatiserte hele tiden kjemper om å få aksept og for å bli godtatt som en dugelig samfunnsborger på lik linje med de normale (Goffman, 2010). Dette kan en

tydelig se i narrativene om den vellykkede pasient, der de opererte omfavner det normale og det normale livet. De prøver å få aksept som normal, og narrativene synes ment for å fylle denne funksjonen. De viser seg som svært aktive og initiativrike, både gjennom fysisk aktivitet og samfunnsengasjement. I følge Glenn et al. er dette eneste måten de kan komme vekk i fra sitt tidligere mislykkede kroppsprosjekt og anormalitet, ved å vise seg som hardtarbeidende og disiplinerte (Glenn et al., 2013, s.637). En kan se i disse narrativene at det blir forventet at de gjør en endring for å tilpasse seg det normale. Men Goffman sier at selv om den stigmatiserte skulle klare å presentere seg selv som en ”normal” person, det han kaller ”den gode tilpassing”, vil den stigmatiserte likevel aldri oppnå fullkommen aksept. Stigmatiserte oppnår aldri noe annet enn det han kaller for ”skinn-normalitet”, altså en falsk opplevelse av å være akseptert som et fullt gyldig individ på lik linje med alle andre (Jacobsen & Kristiansen, 2010, s. 153). Dette vil altså si at så lenge en forsetter å putte overvektige og fedmeopererte i en egen kategori, vil de kanskje være vanskelig å bli kvitt sitt stigma, og selv om de oppfører seg aldri så ”normalt”.

Throsby sier at fedmekirurgi ofte blir sett på som en ”quick fix” eller juksing, fordi en ikke disiplinere og kontrollerer kroppen slik som forventet (Throsby, 2009). I mitt datamateriale kan en se at i noen av livshistoriene trenger pasienten å forsvare seg mot en slik ”stempling”. Det blir vist til at fedmekirurgi ikke er en ”quick fix”, og at det er mye hardt arbeid. Likevel blir dette ofte bare nevnt i en bisetning, mens hovedfokuset er at pasienten lett har gått ned mye i vekt og nå lever et normalt og lykkelig liv. Den medisinske diskursens hovedfokus er altså at fedmekirurgi virker. Det er med på å underbygge at alle som tar en overvektsoperasjon går ned i vekt uten større anstrengelser. I folkehelsediskursen er fokuset på risikoen med fedmekirurgi, men den fremstiller også fedmekirurgi som noe som tvinger en til atferdsendring. Dette viser også til at å gå ned i vekt etter fedmekirurgi ikke er noen bragd. Alle kan gå ned i vekt når en blir tvunget til det gjennom kirurgi. Både i den medisinske og i folkehelsediskursen kan en være med å støtte opp under en ”quick fix”-metafor for fedmekirurgi, og nettavisene presenterer historiene som passer til en slik forståelse. Dette underkommuniserer det komplekse og vanskelige som en også kan, og i stor grad vil, oppleve etter operasjon. Anklagen om operasjon som ”quick fix”, som i stor grad ligger under både i den medisinske diskursen og i folkehelsediskursen, blir i liten grad tatt imot i de ansvarlige subjektposisjonene i de to diskursene. Den ansvarlige kirurgen som besitter operasjonsteknikken som redder liv vil ikke ha betydelig interesse for dette temaet, da det ikke vil true sentrale meninger hun eller han knytter seg til. Den ansvarlige varsleren i folkehelsediskursen tar heller del i anklagen om ”quick fix” enn å svare på den. I begge

tilfeller er det den overvektige selv, ofte i taushet, som forvalter ansvaret og meningsinnholdet i denne anklagen. Dette kan øke stigmatiseringen og være med på gjøre det vanskeligere for fedmeopererte å oppnå full aksept som normale mennesker.

I den psykomoralske diskursen blir den overvektige satt i ekvivalenskjede med ”misbruker” eller ”avhengig”. Murray argumenterer for at en slik ekvivalenskjede er med på diskreditere og øke stigmatiseringen av overvektige, og hun problematiserer avhengighetsstempelen til den overvektige. Avhengighet av mat viser til at det finnes en normal måte å spise på. Selv om sult blir sett på som en ”naturlig” impuls, bør det være en strengt regulert impuls strukturert av moralske implikasjoner om kontroll og moderasjon. En blir enten sett på som en ansvarlig spiser, eller som en uansvarlig spiser som mister kontrollen. Den overvektige kroppen blir et symbol på en person som er ute av kontroll, fordi en ikke har kontroll over sine naturlige impulser (Murray, 2008, s. 62- 64). Dette kan være med å redusere overvektige til personer som bare er udisiplinerte og ute av kontroll, og det blir da disse egenskapene en ser når en møter overvektige. Ifølge Goffman fører stigmatisering til at en bare ser noen få utvalgte negative egenskaper ved den diskrediterte personen, og avviser potensielle positive egenskaper (Goffman, 2010, s. 46).

Slik som det i den psykomoralske diskursen blir fremstilt vil overvektige bare bli sett som udisiplinert og ute av kontroll. Throsby argumenterer for, i sin studie av pasienter som har gjennomgått fedmekirurgi, at slike negative egenskaper som udisiplinert og ute av kontroll ikke var egenskaper som informantene hennes kjente seg selv igjen i. Deres narrativ om seg selv var altså noe annet enn det narrative nettaviser i Norge skaper rundt fedme (Throsby, 2007, s. 1563). I nettavisene må personer som uttaler seg som ”sannhetsvitner” eller vellykkede pasienter vise sine tidligere nederlag. Dette kan de gjøre gjennom sine mislykkede slankekurer eller sin tidligere irrasjonelle sosiale angst som førte til feile handlinger. De må altså innrømme at de ikke har hatt kontroll, for å passe inn i det diskursivt gitte narrative. Det blir altså forventet at de innrømmer sine tidligere feil for å vise at de nå forplikter seg til å ta helse på alvor, gjennom å spise ”normalt ”og bevege seg ”normalt” (Murray, 2008, s. 65). Nettavisene forsterker og trekker frem negative egenskaper med sine intervjuobjekter slik at de passer inn i en stereotyp forståelse av overvektige. Dette selv om det egentlig ikke stemmer overens med personens egen oppfatning av seg selv, slik som Throsby hevder.

Ut fra Goffmans stigmateori kan vi se at i alle de tre dominerende diskursene i nettavisene, den medisinske diskursen, folkehelsediskursen og den psykomoralske diskursen, er en med på

å bygge opp under en stereotyp forståelse av fedme og fedmekirurgi. Det er mennesker med en stor kropp som blir kategorisert i en egen kategori, der en fremhever deres negative egenskaper.

Paradokset i dette er selvsagt at i alle de tre diskursene er en vennligsinnet innstilt, for eksempel ved at de sentrale ansvarlige subjektposisjonene prøver å hjelpe mennesker med fedme. De prøver å tilby en løsning på noe som de mener er et problem, både for den enkelte og for samfunnet. Samtidig er de altså med på forsterke stigmatiseringen av og moraliseringen rundt fedme. Når fedme er økende får vi altså en større og større gruppe som blir utsatt for stigmatisering, og som dermed er ekskludert som fullverdige borgere i samfunnet. Nettavisene ser denne stigmatiseringen, men fremstiller dette som et individuelt problem, ikke som et samfunnsproblem. Stigmatisering og ekskludering fra det å være en fullverdig borger i samfunnet kan muligens føre til at en gjør desperate handlinger for å tilpasse seg det normale. En kan se i min analyse hvordan enkelte velger fedmekirurgi for å passe inn i samfunnet, fordi en som overvektig ikke blir sett på som fullverdige borgere.

Hvilken rolle har staten? Foucault, governmentality og normalitet

De tre rådende diskursene jeg har identifisert i denne oppgaven, folkehelsediskursen, den medisinske diskursen og den psykomoralske diskursen, bygger alle sammen på en normalitetsdiskurs om hvordan en kropp skal være. Det blir vist til ulike argumentasjoner for hvordan dette bør skje, men alle de tre rådende diskursene peker mot samme resultat: den store kroppen med mye fett er unormal, den tynne kroppen med lite fett er det normale.

Foucault hevder at en slik normalitetsdiskurs kom gjennom at den medisinske tilnærmingen på 1800-tallet ikke lenger bare handlet om å behandle sykdom, men i stedet ble et politisk felt om kunnskap om hvordan en burde leve for å opprettholde helsen. Staten ønsket at individet selv skal ville handle slik at det medfører god helse (Foucault, 2003, s.38), og dette for å skape mer produktivitet og struktur i samfunnet (Murray, 2008, s. 16). I mitt materiale kan en se hvordan helse er en flytende betegnelse. I folkehelsediskursen hevdes det at helse kommer gjennom at alle gjør en innsats for å holde seg slanke, men at fedmekirurgi fører til uhelse. I den medisinske diskursen hevdes det imidlertid at helse for noen kun kommer gjennom fedmekirurgi, som gir et stort og vedvarende vekttap. I den psykomoralske diskursen hevdes det at helse kommer gjennom å både gå ned i vekt og gjennom å ta tak i seg selv, ta kontroll over sitt selv og psyken sin. Motdiskursen er den eneste diskursen der det sies at helse ikke

har sammenheng med vekt. I de tre dominante diskursene hevdes det altså på hvert sitt vis at helse og vekt har en sterk sammenheng, og det er disse diskursene som får lov til å definere hva som gir god helse.

Foucault hevder at den medisinske disiplinen er blitt et uttrykk for sosial kontroll som bestemmer en viss atferd som mer hensiktsmessig for helsen enn andre atferdsformer. Det er dette Lupton påpeker at Foucault mener med governmentality-begrepet sitt. Gjennom å skape visse diskurser om hvilken atferd som gir god helse vil vi selv ønske å gjøre denne atferden. Governmentality er altså en selvstyring, der en styrer seg selv på en helsefremmende måte (Lupton, 1995, s. 9). Gjennom slik governmentality hevder Foucault at vi har fått en ny kategori for kroppen: den "normale" versus den patologiske (Foucault, 2003, s. 41). Modeller for normalitet og helse ble konstruert for å øke helsen i befolkningen og minske dødeligheten (Murray, 2008, s.45). Når det i de dominante diskursene i nettavisen blir satt en sterk sammenheng mellom helse og vekt, vil en som overvektig prøve å gå ned i vekt. Dette blir, ifølge Foucault, en skjult maktutøvelse (Lupton, 1995, s. 9), fordi vi gjennom sosialt skapte diskurser etterstreber å oppnå det som blir sett på som normalt.

Governmentality er altså diskurser som vi integrerer inn i vårt eget, slik at vi alle styrer oss selv i en mer helsefremmende retning, dersom det er dette som er ønskelig fra et statsperspektiv. En ser i analysen min at ulike institusjoner, slik som sykehusene og folkehelseinstituttet, kjemper om ulike betydninger av hva som er veien til god helse. Det er imidlertid en enighet om hva som er idealet for god helse; en tynn kropp. Dette kommer tydelig frem i debatten om fedmekirurgi, ved at begge disse institusjonene prøver å påvirke politikere og politikken slik at den blir styrt i deres retning. De ulike subjektposisjonene, "varsleren" og "den ansvarlige" er begge subjektposisjoner som prøver å påvirke politikere og befolkningen til å få deres diskurs til å bli den dominerende governmentalityen. Begge disse subjektposisjonene er inntatt av representanter fra ulike statlige institusjoner, slik som folkehelseinstituttet og helsevesenet. Så hvem bli egentlig staten her? Er det politikerne, folkehelseinstituttet, helsevesenet eller media som styrer vår governmentality? Ifølge Foucault virker diskurser inn på alle disse institusjonene, og alle disse institusjonene er med på å skape diskursene (Foucault, 1999).

Menneskekroppen blir gjennom normalitetsdiskursen utsatt for et disiplineringsprosjekt for å forbedre sin egen helse. Vi kultiverer oss selv gjennom normative modeller. Fedmekirurgi kan bli sett på som et slikt disiplineringsprosjekt på det mest ekstreme. Der er en operasjon som

skal få menneskekroppen til å passe inn i det medisinske normale, ikke bare som tynn, men også normalitet i alle sfærer av livet. Det er også et skritt i retning av å bli ”psykisk” normal. Folkehelsediskursen kan sees på som en reaksjon på at fedmekirurgi er begynt å komme ut av kontroll, og det er et tiltak som ikke er forenlig med holde orden og struktur i samfunnet. Satt på spissen, sett fra folkehelsediskursen: Kan vi i vår kultur tillate at festen aldri tar slutt, at vi alle spiser oss sykelig overvektige, før sykehusene står klare til å reversere den kroppslige (og moralske) skaden med kirurgisk presisjon? Vi har et økende trykk på helsevesenet, eldrebølgen slår innover landet og oljen tar snart slutt. Fedmekirurgi er kostbart og har økt mye de siste årene. Det er ikke bærekraftig for samfunnet, og vi trenger helsevesenets ressurser andre steder. I folkehelsediskursen prøver en gjennom sin diskurs å styre og disiplinere borgerne i en annen retning enn fedmekirurgi, slik at en får lettet trykket på helsevesenet. Gjennom folkehelsediskursen prøver en derfor å få inn andre disiplineringemetoder enn fedmekirurgi, for å få flest mulig kropp til å være ”normale” gjennom strukturelle tiltak. Det er en diskurs der det blir manet til frykt både for fedme og fedmekirurgi for å skape orden og struktur i samfunnet.

Fedmeepidemi er et sentralt begrep i folkehelsediskursen sin fryktkonstruksjon. Foucault viser til at et slikt masseutbrudd som en epidemi medfører, fører til en endring fra individuell behandling til et mangfold av intervensjoner og overvåking på alle områder av livet. Staten opprettet ved tidligere epidemier kontroll med hvordan mat i butikker ble oppbevart, hvordan lik ble håndtert osv. Forhindring av spredning av epidemier førte også til bestemmelser av hvordan en skulle kle seg, vaske seg, spise og en rekke andre tiltak. Epidemifenomener legitimerer altså kontroll og inngripen i borgernes private levevaner. Staten tok på seg oppgaven å informere, overvåke og begrense spredning av epidemier, på den måten en tenkte var best for alles helse (Foucault, 2003, s. 29). Det er nettopp en slik overvåking og begrensnings som støttes i folkehelsediskursen. I folkehelsediskursen understrekes det at alle hele tiden skal være på vakt overfor fedmeepidemien. Gjennom å skape panikk og angst for fedmeepidemien blir dette en måte å disiplinere vår kropp. Det blir både et samfunnsansvar og et individuelt ansvar. Det blir den enkeltes samfunnsplikt å unngå å bli overvektig og samfunnets ansvar å legge til rette for og overvåke at dette skjer (Murray, 2008, s. 16). På den måten skaper en slik diskurs gode og dårlige borgere. I min analyse får de overvektige en subjektposisjon som den mislykkede borger, som ikke utfører sin samfunnsplikt. De tilpasser seg ikke normalstandard for hvordan en kropp skal være, og handler ikke etter den ”rette” governmentalityen.

Forskjellen mellom fedmeepidemien og andre epidemier, som Murray påpeker, er at fedme er ikke en smittsom infeksjonssykdom. Den kommer derfor strengt tatt ikke inn under den medisinske definisjonen på epidemi. Fedme blir ikke en biologisk, medisinsk epidemi. Det er derfor, fra et diskursperspektiv, spesielt interessant at epidemiorde blir så sentralt i den offentlige samtalen omkring store kropper. Her snakker vi altså om en annerledes epidemi, en epidemi som er utløst av vestens moralske standard for hvordan en kropp skal se ut og være (Murray, 2008, s.16). Folkehelsediskursen er med på å skape en moralsk panikk for fedme. Den mislykkede borger har derfor ikke bare en unormal kropp, men er også moralsk mislykket.

Det kommer, som tidligere sagt, frem i min analyse hvordan både den medisinske diskursen og folkehelsediskursen prøver å bli den dominerende governmentalityen. Paradokset er at fedmeoperasjoner kan sees på som et resultat av den moralske panikken rundt fedme (Murray, 2008, s.17), som igjen kan sees på som skapt av folkehelsediskursen. I folkehelsediskursen skal alle tilpasse seg samme standard og disiplinere kroppen på samme måte. Problemet kommer når ikke alle kropper ser ut til å være villige til å passe inn i en slik normativ standard. Det er altså noen kropper som har mer vanskelig for å tilpasse seg enn andre (Murray, 2008, s.16). Da har en gjennom den medisinske diskursen prøvd å finne løsningen på et moralsk problem gjennom kroppen. På den måten har fedme blitt et kroppslig problem: en sykdom, og dermed noe en kan sette inn kroppslige tiltak mot, slik som fedmekirurgi. Fedmekirurgi kan altså bli sett på som et resultat av en moralsk panikk skapt av folkehelsediskursen, og som et medisinsk forsøk på å løse det moralske fallet for enkeltindivider. Er denne moralske panikken noe som staten, eller sentrale institusjoner i staten, ønsker skal være i befolkningen for å disiplinere borgerne til å unngå fedme? Blir fedmekirurgi prisen en velger å betale for denne panikken, i håp om at det likevel er med å forhindre de store massene i å bli overvektig?

I motdiskursen tar en til motmæle mot at fedme er noe uønsket i samfunnet og mot den moralske panikken rundt fedme. Problemet i motdiskursen er at den kommer frem som en konspirasjonsteori heller enn et seriøst alternativ. Og den blir heller ikke møtt med noen debatt. Det blir påfallende taust fra fagmiljøene. En slik taushet kan sees på som en form for maktbruk for å undertrykke andre diskurser enn den dominante diskursen rundt fedme. Samtidig kan det også tenkes at motdiskursen ikke blir anerkjent som en ansvarlig måte å snakke om fedme på. For en ambulansesjåfør som kjører ambulansen med store pasienter med hjerteinfarkt, eller for en helsedirektør som betaler millionregningen for insulinbehandling for

diabetes type to, blir ikke en slik måte å snakke om fedme på ansvarlig nok. Både i folkehelsediskursen og i den medisinske diskursen har en et ønske om å hjelpe, ut fra slik de selv forstår problemet, og prøver å ta ansvar for dette.

Vi kan altså se at i de tre dominante diskursene, den medisinske diskursen, folkehelsediskursen og den psykomoralske diskursen, prøver en å regulere overvektige kropper i en tynnere retning. Det blir tydelig at dette har sterk innvirkning på måten en som individ regulerer seg selv og sin atferd. Dette kan altså slik forstås gjennom Foucaults governmentality-begrep. De ulike diskursene er med på å regulere og forsterke hverandre. Nettavisers fremstilling av fedmekirurgi forsterker vestens ideal om den tynne slanke kroppen som det normale og sunne. Normalitet og helse kommer gjennom antall kilo en veier, og vi må disiplinere oss selv til å passe inn i det normale. Det kan se ut som statlige institusjoner, slik som folkehelseinstituttet og sykehusene, også er med på å forsterke en slik normalitetsdiskurs og fedme som noe uønsket i samfunnet.

Ansvarlighet og moral - en vitenskapelig spenning?

Bak de ulike diskursene jeg har identifisert kan en se at det ligger ulik vitenskapsteoretisk filosofi bak. Jeg vil her først gjøre rede for de to mest sentrale vitenskapelige retningene og vise hvordan dette gjenspeiler seg i de ulike diskursene.

Den medisinske naturvitenskapen er basert på en positivistisk vitenskapsfilosofi, som tenker seg at kroppen og mennesket er et objekt som en kan forske på og forstå på samme måte som en kan forske på andre naturfenomen. En tenker seg at en kan predikere og forutsi hva som vil skje med menneskekroppen på samme måte som hos en maskin, noe som gir en sterk metafor for hvordan en, for eksempel i kirurgien, kan behandle mennesker og forutsi hva som vil skje. Det gir altså klare mål/middel-modeller i medisinsk behandling av mennesker. Dersom en gjør x så vil y skje. En kan analysere egen eller andres kropp helt upåvirket av det sjelelige, for kroppen er som en kalkulator. En kan prinsipielt, og i mange tilfeller helt faktisk, studere den utenfra som noe objektivt (Sørbø, 2010).

Hans Skjervheim var en av de første i Norge til å utøve en grundig kritikk av en slik objektivering av mennesket og denne måten å skaffe kunnskap om mennesket på (Sørbø, 2010). Mennesket er ikke et objekt på samme måte som objekter i naturvitenskapen, menneske er et kroppssubjekt, med tanker, følelser, vilje, bevissthet og egne

meningsfortolkninger (Sørbø, 2010, s. 54). Mennesket kan derfor ikke studeres og behandles som kun et objekt. En kan ikke ekskludere subjektet uten å miste forklaringskraft og prediksjonskraft på veien. Både den som er forsker og den som blir forsket på er subjekter med egne opplevelser og fortolkninger av situasjonen. Det finnes derfor ikke objektive målinger og middel som virker likt på alle mennesker. I den medisinske diskursen tenker en seg at fedmekirurgi er en objektiv, instrumentell handling som har lik effekt på alle med fedme. Den overvektige personen blir det som Skjervheim kaller et objektivt saksforhold, og ikke et subjekt. Når det gjelder kropp, overvekt, ernæring og mat, så er dette ledd i så komplekse sosiale, eksistensielle og biologiske prosesser at objektivitet fremstår som et ikke hensiktsmessig forståelsesrammeverk.

En fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsfilosofi bygger kunnskap om mennesket gjennom subjektive erfaringer. I dette ligger menneskets egne fortolkninger og erfaringer til grunn for kunnskap om det menneskelige, og det er altså subjektet som kommer tydelig til uttrykk. En kan tenke seg at et bilde på det å forske på mennesker er som å kaste en fugl¹. Fuglen har en egenkraft og en uberegnelighet i sitt uttrykk, i hvor den vil. I motsetning vil en, dersom en prøver å kaste en stein, kunne predikere at denne vil gå i en fin, beregnelig bane. Forskning på mennesker kan en ikke beregne på samme måte som en kan med forskning på livløse ting. Derfor er dette et komplekst felt. Når en forsker på fedme og fedmekirurgi forsker en på levende mennesker med en subjektiv kraft, og dette blir altså metaforisk som å kaste fugler. I fremstillingen i nettaviser kan det se mer ut til at en tenker seg at dette er mennesker med objektive problemer som kan løses på samme måte for alle. Jeg vil videre vise hva jeg mener med dette.

En ser både i folkehelsediskursen og i den medisinske diskursen at de overvektige i stor grad blir gjort til objekter som skal handles på av eksperter, enten det er ved bruk av kniv eller ved bruk av skremselskampanjer som skal være regulerende. Dette er en av objektiviseringsmåtene som faller inn under Skjervheims kritikk av vitenskapsteorien bak humanvitenskapene. Om mennesker blir objekter, eller midler mot et mål (om for eksempel en produktiv befolkning) så representerer dette et «*instrumentelt mistak*». Dette er imidlertid ikke den eneste måten Skjervheim kritiserer helsevitenskapene for å gjøre mennesker til saksforhold, og dermed distanserer seg både etisk og kunnskapsmessig fra dem. I essayet «Opplevelse og eksistens»

¹ Å beskrive forskning på mennesker og ting gjennom bildet med å kaste en fugl ble introdusert for meg i et innlegg professor Harry Rutter holdt på konferansen "The Complexity of Obesity" i Balstrand i 2014. Jeg låner dette gode bildet i deler av denne oppgaven for å forklare mine poenger.

peker han også på at det finnes en psykisk objektivering, en psykologisme, som gjør det indre liv, det mentale, til et saksforhold heller enn til en pågående levende engasjert prosess, en væren-i-verden (Skjervheim, 2002, s. 41). Den psykomoralske diskursen kan diskuteres i lys av denne kritikken. I denne blir det mentale, eller «det som sitter mellom øra», et saksforhold som må forstås og kontrolleres, heller enn leves engasjert i verden. På den måten kan en se også den hyper-individualiserte diskursen, med sin overbetoning av det individuelle i det nyliberalistiske samfunnet, som å medføre en objektivering av den overvektige.

Både i den medisinske diskursen, den psykomoralske diskursen og folkehelsediskursen opereres det med en middel-mål tankegang. Så lenge målet er å få bedre helse kan middel en bruker for å komme dit i stor grad rettferdiggjøres med at en når målet. Helse blir sett på som en universal rett, et fundamentalt gode, og derfor blir det å beskytte den enkeltes helse et mål for hvert enkeltindivid. Det å oppmuntre hvert enkeltindivid til å utføre handlinger som fører til god helse blir sett på som velvillighet (Lupton, 2012 s.34).

Fedmekirurgi blir et slikt middel på veien til god helse. Men også i folkehelsediskursen, i den psykomoralske diskursen og i motdiskursen oppfordres overvektige til å endre atferd. At en på veien til å god helse for alle utsetter overvektige for økt stigmatisering og objektivering virker som noe uproblematisk, som et biprodukt eller et nødvendig onde som rettferdiggjøres av målet. Skjervheim problematiserer dette i essayet "Oppleving og eksistens". Han legger vekt på at en kan omtale opplevelser som saksforhold med distanse, som han selv eksemplifiserer med uttrykket "å, det var *berre* ei oppleving" (Skjervheim, 2002, s. 44). Distansen som ligger i dette *bare*, sammen med det objektiverende menneskesynet i den dominerende medisinske vitenskapen, gjør at bivirkninger, stigmatisering og andre vonde opplevelser som de overvektige eller fedmeopererte har, blir til *bare*-opplevelser. Objektivert på denne måten, og forstått i et mål-middel skjema, kan alle disse saksforholdene (*bare*-opplevelsene) kjølig telles opp og sammenlignes med resultatet, for eksempel av fedmekirurgi. Og når det i den medisinske diskursen er rimelig fast at kirurgi fører til livredding, så vil ikke en opptelling av saksforholdene stigmatisering eller bivirkninger (*bare*-opplevelser) kunne få en etisk eller praktisk betydning i diskursen.

Fra analysen kan en se at ansvarlighet er et flytende moment i diskursordenen. I den medisinske diskursen legges ansvaret for fedme på en sykdom som den overvektige ikke selv rår over, den objektive kroppen er den ansvarlige for overvekten. Den overvektige blir redusert til et passivt objekt og subjektet blir satt til side. Det er helsepersonell, altså

ekspertene, som får ansvaret for å hjelpe og ikke den overvektige selv. Etter operasjonen derimot, blir ikke mennesket lenger en objektiv kropp der all intervensjon virker likt, uavhengig av måten en håndterer tiden etter operasjonen. En må ha en subjektiv kraft og vilje til å ta ansvar, noe som er blitt diskursivt tatt fra en, før operasjonen. Det at en først i den medisinske diskursen blir gjort til et objektivt saksforhold, fraskrevet alt ansvar og vilje, og deretter overlatt til seg selv med fullt ansvar for takle endringen, kan oppleves problematisk for mange. Natvik et al. skriver i studien der hun intervjuet menn som hadde gjennomgått fedmekirurgi, at informantene ofte opplevde store endringer i sin forståelse av seg selv og i sin selvtillit. Det var etter operasjonen lite oppfølging for denne identitetsendringen (Natvik et al., 2015). Dette viser til at de personlige opplevelsene og erfaringene som subjektet opplever etter operasjonen ikke ser ut til å bli tatt på alvor. En blir alene om å håndtere dette, og det blir ”bare” opplevelser. Subjektet får ingen oppfølging eller oppmerksomhet etter operasjon.

Modellen i den medisinske diskursen er å kaste en stein som skal gå i en fin, buet og forutsigbar bane. De kan ikke da ta ansvar for at det plutselig er en fugl som flakser i sin egen retning de kaster, og ikke en stein. Det blir da fuglens egen skyld at den ikke er så beregnelig som en stein, og derfor må fuglen ta ansvar for sin vei. Helsepersonell og kirurger kan ikke, eller vil ikke, ta ansvar for individets valg etter operasjonen, og de kan ikke i den medisinske modellen forholde seg til det subjektive og unike med hver pasient. Det må individet selv ta ansvar for. En ser et slags brudd i den medisinske diskursen etter operasjonen. Her, som i de andre diskursene, faller ansvaret tilbake på den overvektige.

I narrative om den vellykkede pasient kan det fremstå som at en veldig lett etter operasjonen kan gå i en fin, beregnelig bue. De blir fremstilt som det perfekte medisinske objekt. Disse pasientene, som før operasjonen har prøvd mange ganger å endre livstil, klarer dette helt perfekt etter operasjonen. Det går veldig lett å bli fysisk aktiv, komme tilbake i jobb og få seg kjæreste etter fedmekirurgi, og de fremstår som et ”nytt jeg”. Etter operasjonen skjer det tilsynelatende en magi som gjør at det som en har forsøkt hele livet blir mulig. Det kan høres ut som at en etter fedmekirurgi også endrer personlighet. En slik fremstilling er altså med på å objektivere overvektige og forsterke den instrumentelle tankegangen om mennesket. Det kan også være med på å gi store og urealistiske forhåpninger til fedmekirurgi, som om det er like forutsigbart som å kaste en stein. En vet akkurat hvordan det kommer til å gå.

Den psykomoralske diskursen kan sees på som en reaksjon på den lineære og forenklete fremstillingen som kommer frem i narrative om den vellykkede pasient, og på den

medisinske diskursens fokus på kroppslig intervensjon som den ultimate løsningen. I den psykomoralske diskursen påpekes det at det er en sammenheng mellom kroppen og sjelen, og at menneske ikke kan behandles som en kroppslig maskin. De subjektive erfaringene må også tas med når en behandler mennesker. Det er en diskurs som gir rom for personlige erfaringer og opplevelser, og som dermed viser mer til et fenomenologisk menneskesyn. Men kanskje er dette en diskurs som faller for en tendens til psykologisme, og dermed objektiverer sjelen og psyken. Viljen og psyken er det som er avgjørende her. Den individuelle klandringen, det at noe er feil med deg selv, er fremtredende. En må selv gå inn og endre personligheten sin etter fedmekirurgi. En gjør altså sin psyke til et saksforhold som skal manipuleres. Den overvektige psyke blir gjort til et saksforhold, med fokus på kontroll. Dersom en bare jobber nok med seg selv og disiplinerer seg selv, så vil fuglen fly i en fin bue i en tynnere retning, slik som ønsket.

En kan i mine funn, og da spesielt i den psykomoralske diskursen, se at fedmekirurgi blir fremstilt som "en krykke" eller et nullpunkt som en kan starte på nytt fra. Groven et al. sier at fedmekirurgi på denne måten blir beskrevet som et verktøy for å gå ned i vekt. Pasienten er da den som styrer og opererer verktøyet, istedenfor den som blir operert på (Groven et al., 2013, s 707). En snur altså pasientrollen fra å være passiv til å bli aktivt deltakende i eget liv. Fedmekirurgi blir fremmet som et myndiggjøringsprosjekt, der en tar tak i livet sitt og får hjelp til å ta de riktige valgene. Berg beskriver i sin studie av personer som har tatt overvektsoperasjon hvordan de gjennom å handle slik de hadde fått beskjed om gikk fra å være passive kroppsobjekter til aktivt handlende subjekt (Berg, 2013, s 177). Dette kan en se uttrykt i narrativene i den medisinske diskursen, som blir presentert i nettavisene om den vellykkede pasient. Det blir tydelig hvordan de etter kirurgi oppfyller alle de forventninger som ligger til en som har fått betalt fedmeoperasjon av staten. De tar tak i livet sitt, enten det er gjennom å ta tak i det psykiske eller bare gjennom å endre atferd, og blir altså slik til aktivt handlende subjekt.

De gjør kroppen til et helseprosjekt, slik det blir forventet i vår vestlige kultur (Engelsrud, 2006). De tar kontrollen over kroppen og over naturen, og blir dermed bedre moralske personer, som passer inn i et moderne samfunn. De oppfyller de kulturelle forventningene om å ha kontroll over sine kroppslige behov og drifter, og beviser at de blir mindre syndige (Lupton, 2013; Råheim, 2008). Historiene om de vellykkede pasientene blir historier om folk som får og tar ansvar, og ansvaret gjør dem til aktive subjekt. Når dette blir et gjentatt narrativ

som blir gjort til et mønster i media, blir det imidlertid en objektivisering og generalisering til alle som tar fedmekirurgi. Da skjer det en instrumentalisering.

Ulempen med å fremstille fedmekirurgi gjennom et slikt narrativ er at det gir en stor moralsk fallhøyde for de som ikke klarer å leve slik som narrativet legger frem. De som går opp igjen i vekt etter operasjonen får en dobbel belastning, først gjennom å ha latt seg selv bli tjukk, og så gjennom å ha blitt tjukk igjen etter en fedmeoperasjon. Som Salant og Santry påpeker har de ikke klart å bruke den veiledningen eller det verktøyet de har fått før operasjonen riktig, og de blir en fiasko (Salant & Santry, 2006, s. 2451).

Ved å snu ansvaret fra å være helsepersonellens til å bli den enkelte pasientens, gir en altså både muligheter for mestring, myndiggjøring og til å gjenopprette sitt moralske fall. Ansvaret skaper subjekt. Men det kan også gi svært stort personlig nederlag for den som ikke mestrer oppgaven.

I nettavisene var det ingen historier om de som hadde gått opp igjen i vekt etter fedmekirurgi. Deres stemme er altså ikke synlig i nettavisers fremstilling av dette praksisfeltet. Det er altså ikke et narrativ som blir fremstilt. Er det fordi det er for stigmatiserende? Et for stort moralsk nederlag? Passer de ikke inn i diskursene som eksisterer i nettavisene? Dette blir en form for marginalisering, fordi de som sliter etter fedmekirurgi blir helt stille, eller helt stilnet. De blir igjen store på jord, men er uten ord. En slik stillhet kan også være med på å forsterke den medisinske diskursens fremstilling av at fedmekirurgi er noe som "virker" for alle. Det er ingen historier om de som fedmekirurgi "ikke virker" på. Men en vet at disse pasientene også finnes (Blackburn et al., 2009). Dette blir da en usynliggjøring av de som ikke passer inn i narrativet om den vellykkede pasient. Da blir fedmekirurgi fremstilt som en intervensjon som har lik effekt for alle, noe som legger til rette for det Skjervheim kaller det instrumentelle mistak. Når en ikke passer inn i denne positivistiske tankegangen om menneske som en maskin, er det ikke rom i diskursens herberge. Mennesker som ikke oppfører seg som maskiner er det få tilgjengelige subjektposisjoner til i de foreliggende dominerende diskursene. En blir enten en medisinsk suksess eller en individuell mislykkethet som ingen vet om (Boero, 2012).

Den naturvitenskapelige og positivistiske tilnærmingen til mennesket er med på å begrense forklaringsmulighetene for hva som virker inn på menneskekroppen. Det blir også derfor svært vanskelig å forklare fenomen som at noen ikke går ned i vekt etter operasjonen, selv om

de både jobber med det psykiske og har gjort en kroppslig intervensjon. I nettavisers fremstilling av fedmekirurgi synes kulturelle faktorer og sosiale konstruksjoner av kropp og fedme helt fraværende. Det også svært lite fokus på samfunnsmessige forklaringer på fedme. En slik ensidig og forenklet menneskeforståelse som nettavisene opererer med, er med på å forsterke den dominante diskursen om fedme, at årsaken og forklaringen ligger hos individet og at det er der tiltakene må skje.

OPPSUMMERING OG AVSLUTTENDE BEMERKNINGER

I denne oppgaven har jeg gjennomført en diskursanalyse av fremstillingen av fedmekirurgi i norske nettaviser. Målet har vært å belyse og synliggjøre de dominante diskursene i nettavisene, og vise hvilke sosiale konsekvenser disse diskursene har. Jeg har vist at det i nettavisenes fremstilling er ulike versjoner av sentrale punkt rundt fedme. For det første er det ingen enighet om hva fedme er og hva det kommer av. Dette kan tyde på at det er et fenomen som det er svært vanskelig å finne en ensidig forståelse av. Det er et konfliktfylt felt, der det er en reell kamp om både forståelse og handlingsalternativer rundt fedme og fedmekirurgi.

I de tre dominante diskursene er det likevel enighet om to ting: Fedme og overvektige er én og samme homogene gruppe, og skiller denne gruppen fra ”resten av oss” og gir overvektige subjektposisjonen som mislykkede individ på individ- og samfunnsnivå. En kan snakke med store ord om hvor farlig både fedmekirurgi og fedme er, uten at noen reagerer på det. Slik jeg ser det er det problematisk at det er helt legitimt å fremstille fedme som noe uønsket. Det blir da en rekke mennesker i samfunnet vårt (også barn) som blir sterkt stigmatisert på grunn av sin kroppsform alene. I motdiskursen blir dette problematisert, men den fremstår mer som en konspirasjonsteori enn et seriøst alternativ til vår dominante forståelse av fedme.

Det andre som tydelig kommer frem i materialet mitt er at det er svært ulik forståelse av hvordan en skal fjerne fedmen. Fedmekirurgi blir i to av diskursene, den medisinske og den psykomoralske, fremstilt som en god løsning for å komme seg ut av et mislykket kroppsprosjekt. I folkehelsediskursen og i motdiskursen sees derimot fedmekirurgi som en unødvendig operasjon som ikke bør være en del av behandlingstilbudet i helsevesenet. Vi skal heller disiplinere oss til å være ansvarlige samfunnsborgere som spiser sunt og er fysisk aktive.

Nettavisers fremstillinger er med på å forsterke den positivistiske tanken om at mennesker kan behandles som en maskin, og at like intervensjoner virker likt på alle mennesker. Målet er videre det viktigste, middelet en bruker for å nå målet blir derfor mindre relevant. At en på veien til målet risikerer å undergrave at det er høyst reelle, levende mennesker, som kan bli fratatt muligheten til å være likeverdige samfunnsborgere gjennom det middelet en bruker, blir ikke, eller i liten grad, reflektert rundt. På denne måten blir overvektige og fedmeopererte fremstilt som objekter i nettavisene, og en undergraver at mennesker er subjekter med egenkraft og vilje. En slik fremstilling er med på å umyndiggjøre overvektige og bidra til å

forsterke den dominante diskursen om fedme. Så, alle forsøk på å løse problemet er altså også med på å skape og øke problemet? Som Malterud og Ulriksen påpeker i sin studie: Overvektige kan ikke flykte fra det kulturelle stigmaet, de må bare finne en måte å takle det på (Malterud & Ulriksen, 2009). Fedmekirurgi blir i praksis, per i dag, stående som den eneste reelle og ansvarlige løsningen på et slikt kulturelt stigma.

En slik diskursanalyse kan være nyttig for oss alle, for å øke vår forståelse og bevissthet rundt våre antakelser og selvfølgeligheter rundt fedme og fedmekirurgi. Det kan være spesielt nyttig for helsepersonell som jobber med pasienter som skal gjennomgå, eller har gjennomgått, fedmekirurgi. Det kan være med å øke vår selvbevissthet og refleksive forståelse av hvordan disse pasientene blir fremstilt i media, og videre gjøre oss bevisst hvilke diskurser vi selv snakker ut ifra. Vi bør tenke over hvilke subjektposisjoner vi tilbyr våre pasienter når vi informerer og behandler disse pasientene. Det kunne i denne sammenhengen være interessant å gjennomføre en diskursanalyse av hvilke betydninger fagpersoner i helsevesenet knytter seg til når de møter overvektige som pasienter. Ville vi da ha sett de samme diskursene som er dominerende i nettavisene? Hvor mye blir pasienter og fagpersoner påvirket av disse diskursene?

Fedme blir i nettavisene stående som et individuelt og moralsk problem. Fedmekirurgi blir fremstilt som en lett og uproblematisk tilnærming til dette moralske problemet. Det blir viktig at vi som helsepersonell kan være med på å nyansere og utvide denne forståelsen. Dersom den moralske klandringen av overvektige fortsetter, blir det svært lite rom for myndiggjøring og endring hos disse pasientene.

Denne oppgaven kan sees på som en forsøk på å endre og å bidra til nye diskurser rundt fedme og fedmekirurgi, og som et forsøk på å motvirke stigmatiseringen av denne gruppen medmennesker.

REFERANSER

- Berg, A. (2013). *Forhandlinger om store kropper – hvordan overvekt og livet etter vektreduserende kirurgi håndteres*. PhD i Sosiologi nr 7 (2013) Bodø: Trykkeriet Universitetet i Nordland.
- Blackburn, G.L., Hutter, M.M., Harvey, A.M., Apovian, C.M., Boulton, H.R.W., Cummings, S., ... Annas, C.L. (2009). Expert Panel on Weight Loss Surgery: Executive Report Update. *Obesity (17)*, 842-862
- Bishop, R. (2005). A philosophy of Exhibitionism: Exploring Media Coverage of Al Roker's and Carnie Wilson's Gastric Bypass Surgeries. *Journal of Communication Inquiry* 29(2), 119-140
- Boero, N. (2012). *Killer fat. Media, Medicine, and Morals in the American "Obesity Epidemic"* New Brunswick, NJ: Rutgers University Press
- Carr, D & Friedman (2005). Is Obesity Stigmatizing? Body Weight, Perceived Discrimination, and Psychological Well-Being in the United States. *Journal of Health and Social Behavior* 46(3), 244-259
- Campos, P., Saguy, A., Ernsberger, P., Oliver, E. & Gaesser, G. (2006). The epidemiology of overweight and obesity: public health or moral panic? *International Journal of Epidemiology* (35), 55-60
- Denscombe, M. (2010). *Ground Rules for Social Research. Guidelines for Good Practice*. Berkshire: Open University Press
- De Regionale Helseforetakene (2007). *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Voksne*
- Dickins, M., Thomas, S.L., King, B., Lewis, S. & Holland, K. (2011). The Role of the Fatosphere in Fat Adults' Responses to Obesity Stigma: A Model of Empowerment Without a Focus on Weight Loss. *Qualitative Health Research* 21(12), 1679-1691

- Drew, P. (2008). Weight loss surgery patients' negotiations of medicine's institutional logic. *Sociology of Health Care (26)*, 65-92
- Engelsrud, G. (2006). *Hva er KROPP*. Oslo: Universitetsforlaget
- Evans, J., Rich, E., Davies, B. & Allwood, R. (2008). *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrication*. New York: Routledge
- Fangen, K. (2011). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget
- Felberg, T. R. (2011). Kognisjon, diskurs og språkets brukskontekst - en politisk tale om innvandring og integrering I: Hitching, T.R., Nilsen, A.B. & Veum, A (Red.) *Diskursanalyse i praksis metode og analyse*. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- Ferris, J.E. (2003). Parallel Discourses and "Appropriate" Bodies: Media Constructions of Anorexia and Obesity in the Cases of Tracey Gold and Carnie Wilson. *Journal of Communication Inquiry 27(3)*, 256-273
- Flatseth, M. (2003). Metaforens makt I: Berge, K.L., Meyer, S. & Trippestad, T.A (Red.) *Maktens tekster*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag
- Foucault, M. (2003). *The Birth of the Clinic*. London/New York: Routledge
- Gard, M. & Wright, J. (2005). *The Obesity Epidemic: Science, Mortality and Ideology*. London: Routledge
- Gard, M. (2011). *The end of the obesity epidemic*. New York: Routledge
- Glenn, N.M., McGannon, K.R. & Spence, J.C. (2013). Exploring Media Representations of Weight-Loss Surgery. *Qualitative Health Research 23(5)*, 631-644
- Goffman, E. (2010) *Stigma. Om afvigerens sociale identitet*. Fredriksberg: Samfundslitteratur

- Groven, K. S., Råheim, M., Braithwaite, J. & Engelsrud, G. (2013). Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle? *Med Health Care and Philos*, (16), 699-708
- Groven, K.S & Hoffman, B. (2015). ”Kan slankeoperasjon være noe for deg?” En studie av hvordan private klinikker informerer om fedmekirurgi” *Fysioterapeuten, OnlineFirst*.
- Harrison, E. (2012). The body economic: The case of ”childhood obesity”. *Feminism & Psychology* 22(3), 324-343
- Helsedirektoratet. (2009). *Prioriteringsveilder. Sykelig overvekt*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jacobsen, M. H. & Kristiansen, S. (2010). Erving Goffman I: Andersen, P. T. & Timm, H. (Red.) *Sundhedssociologi* (s.137-155) København: Hans Reitzel Forlag
- Jensen, L.C. (2010). Norsk oljeboring for å hjelpe miljøet: Diskurskooptering som nytt analytisk begrep. *Norsk statvitenskapelig tidsskrift* (3) 185-203
- Jørgensen, M.W. & Phillips, L. (2013). *Diskursanalyse som teori og metode*. 10nd opplag Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag
- Knutsen, I.R. (2012). *Striving towards normality. Power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese*. Ph.D.-avhandling. Oslo: University of Oslo
- Kulick, D. & Meneley, A. (2005). *Fat: the anthropology of an obsession*. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.
- Kvale, S. (2005). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Laclau, E. & Mouffe, C. (2001). *Hegemony and Socialist Strategy. Towards a Radical Democratic Politics* London/ New York: Verso

- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications
- Lupton, D. (2012). *Medicine as culture. Illness, Disease and The body*. 3rd ed. London: Sage Publication
- Lupton, D.(2013). *Fat politics: Collected Writings*. Sydney: University of Sydney
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* 358(9280), 483-488
- Malterud, K. (2006). *Kvalitativ metoder i medisinsk forskning- en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Malterud, K. & Ulriksen, K. (2009). "Norwegian fear fatness more than anything else" - A qualitative study of normative newspaper messages on obesity and health. *Patient Education and Counseling* (81), 47-52
- McCall, A.S. (1998). *The No 1 Ladies` Detective Agency*. Edinburgh:Polygon
- Meleo-Erwin, Z.C. (2011). "A beautiful show of strenght": Weight-loss and the fat activist self. *Health* 15(2), 188-205
- Murray, S. (2008). *The "fat" female body*. London: Palgrave Macmillan
- Måseide, P. (2008). Natur og kultur. I: Alsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E. & Råheim, M (Red.) *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglig grunnlagsproblem* (s. 62- 92) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C. & Råheim, M. (2014). Re-embodiment Eating: Patients` Experiences 5 Years After Bariatric Surgery. *Qualitative Health Research*, 24(12), 1700-1710.

- Natvik, E., Gjengedal, E., Moltu, C. & Råheim, M. (2015). Translating Weight loss into Agency: Men`s Experiences Five Years after Bariatric Surgery. *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being. OnlineFirst.*
- Neumann, I. B (2001). *Mening, materialitet, makt: en innføring i diskursanalyse.* Bergen: Fagbokforlaget
- Puhl, R. & Brownell, K. D. (2001). Bias, Discrimination and Obesity. *Obesity research 9(12), 788-805*
- Rasborg, K. (2004). Sosialkonstruktivism i klassisk og moderne sociologi. I: Fuglesang, L., Olsen, P.B. (2004). *Vitenskapsteori i samfundvidenskabene* (s. 349-388). Roskilde: Roskilde Universitetsforlag
- Rugseth, G. (2006). Når perspektiv endres: Fra fett til erfaring. *Fysioterapeuten, 8, 17-21*
- Rugseth, G. (2011). *Overvekt som livserfaring. Et empirisk-teoretisk kunnskapsbidrag.* Avhandling til Ph.D – grad. Universitetet i Oslo. Oslo
- Råheim, M. (2008). Forståelse av kroppen som fenomen. I: Alsvåg, H., Andersen, N., Gjengedal, E. & Råheim, M. (Red.) *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglig grunnlagsproblem* (s.95-120) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Salant, T. & Santry, H.P. (2006). Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social Science & Medicine, 62, 2445-2457*
- Samdal, G.B. & Meland, E. (2014). Er det overvekt eller vektfokus som er helseskadelig? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 134, 2247*
- Shilling, C (2008). Forword: Body pedagogy, society and schooling. I: Evans, J., Rich, E., Davies, B. & Allwood, R. (Red.) *Education, Disordered Eating and Obesity Discourse. Fat fabrication.* (s. ix-xv) New York: Routledge
- Skjervheim, H. (2002). *Mennesket.* Oslo: Universitetsforlaget

- Svenaesus, F. (2013). *Homo patologicus. Medisinske diagnoser i vår tid*. Hägersten: TankeKraft förlag
- Sørbø, J.I. (2007). Reprasjon eller kommunikasjon? I: Ekeland, T-J. og Heggen, K. (Red.) (2007): *Meistring og myndiggjering – reform eller retorikk?* (s. 53-62) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thornquist, E. (1998). *Klinikk-kommunikasjon-informasjon*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS
- Throsby, K. (2007). "How could you let yourself get like that?": Stories of the origins of obesity in accounts of weight loss surgery. *Social Science & Medicine* (65), 1561-1571
- Throsby, K (2008). Happy Re-birthday: Weight Loss Surgery and the New Me. *Body and Society* 14(1), 117-133
- Throsby, K. (2009). The War on Obesity as a Moral Project: Weight Loss Drugs, Obesity Surgery an Negotiating Failure. *Sciens as Culture* 18(2), 201-216
- Vetlesen, A.J. (2011). Nyliberalisme – en revolusjon for å konsolidere kapitalismen. *Agora* 29(01), 5-53.
- Visjø, C. T. (2014, 5. desember). Vil gi lettere pasienter fedmeoperasjon. *Verdens Gang*. Hentet januar 2015 fra <http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/vil-gi-lettere-pasienter-fedmeoperasjon/a/23347641/>
- Whitehead, K. & Kurtz, T. (2008). Saints, sinners and standards of femininity: discursive constructions of anorexia nervosa and obesity in women`s magazines. *Journal of Gender Studies* 17(4), 345-358
- World Health Organisation. (2000). Obesity. Preventing and Managing the Global epidemic. Report of WHO consultation on obesity. *WHO Technical Report Series*, No 894 (pp. 1-253)

Young, J & Burrows, L. (2013). Finding the "self" after weight loss surgery: Two women's experiences. *Feminism & Psychology* 23(4), 498-516

VEDLEGG

Nettadresser til artiklene brukt i oppgaven, utskrift er tatt i januar 2015:

Aftenposten 18.01.14:

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Det-er-det-ytre-som-teller-7437180.html>

Aftenposten 23.01.14:

<http://www.aftenposten.no/helse/I-2003-ble-26-personer-operert-for-fedme-I-2012-hadde-tallet-okt-til-3000-7443188.html>

Aftenposten 29.01.14:

<http://www.aftenposten.no/meninger/Fedmekirurgi-virker-7449530.html>

Aftenposten 10.02.14:

<http://www.aftenposten.no/helse/Skal-vurdere-restriksjoner-for-fedmeoperasjoner-7461537.html#xtor=RSS-3>

Aftenposten 11.02.14

<http://www.aftenposten.no/helse/Ikke-vanskeligere-a-fa-slankeoperasjon-7464983.html>

Aftenposten 18.12.14:

<http://www.afpt.no/?page=3&title=fagstoff&post=1179&rel=78>

NRK 06.02.14:

http://www.nrk.no/ytring/er-fedmekirurgi-problemet_-1.11511448

NRK 17.03.14:

http://www.nrk.no/ytring/helseskadelig-med-kort-ventetid_-1.11611121

NRK 23.11.14:

<http://www.nrk.no/magasin/frykta-a-bli-mobba---starta-treningsgruppe-1.12039371>

Verdens Gang 23.01.14

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/helse/kraftig-oekning-i-fedmeoperasjoner-i-norge/a/10120850/>

Verdens Gang 02.02.14:

http://pluss.vg.no/2014/02/02/1513/1513_22746966

Verdens Gang 14.07.14:

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/bloedde-i-hjel-etter-slankeoperasjon/a/23252446/>

Verdens Gang 05.12.14:

<http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisin/vil-gi-lettere-pasienter-fedmeoperasjon/a/23347641/>

Verdens Gang 06.12.14:

<http://www.vg.no/nyheter/utenriks/storbritannia/verdens-tykkeste-mann-er-doed/a/23350808/>

Dagens Næringsliv 11.10.14:

<http://www.dn.no/nyheter/politikkSamfunn/2014/10/11/1542/Helse/-operasjonene-har-ogs-en-skyggeside>

Dagens Næringsliv 11.10.14:

<http://www.dn.no/meninger/debatt/2014/10/10/0000/Helse/skal-kirurgi-slanke-de-overvektige?service=print>

Dagens Næringsliv 14.10.14:

<http://www.dn.no/meninger/debatt/2014/10/14/2153/Helse/skal-kirurgi-slanke-de-overvektige>

Dagens Næringsliv 22.10.14:

<http://www.dn.no/meninger/debatt/2014/10/22/2159/Helse/mer-av-det-samme>

Dagbladet 06.02.14:

<http://www.dagbladet.no/2014/02/06/magasinet/pluss/overvekt/slankeoperasjoner/reportasjen/31522506/>

Dagbladet 22.11.14:

<http://www.dagbladet.no/2014/11/22/tema/pluss/helse/fedme/overvekt/36338534/>

Bergens Tidende 16.01.14:

<http://www.bt.no/sprek/Ida-Kristine-22-gikk-fra-126-til-62-kilo-3040096.html>

Bergens Tidende 18.01.14:

<http://www.bt.no/incoming/Det-er-det-ytre-som-teller-3041855.html>

Bergens Tidende 25.02.14:

http://www.bt.no/meninger/kommentar/bjerkestrand/Tilvarelsens-tanderhet-3067205.html?product_id=HD&duration=01

Bergens Tidende 16.06.14:

<http://www.bt.no/sprek/--Dette-er-uetisk-og-forkastelig-3139885.html>

Bergens Tidende 22.08.14:

<http://www.bt.no/btmagasinet/Soga-om-Fridtjov-den-feite-3180075.html>

Bergens Tidende 24.08.14:

<http://www.bt.no/btmagasinet/Karis-nye-liv-3181849.html>

Bergens Tidende 24.08.14:

<http://www.bt.no/btmagasinet/Kirurgen-som-utforte-den-forste-slankeoperasjonen-3181855.html>

Bergens Tidende 30.09.14:

<http://www.bt.no/sprek/Pal-57-dempet-angsten-med-mat-og-alkohol-3207012.html>

Bergens Tidende 31.10.14:

<http://www.bt.no/sprek/Slik-slanket-Heidi-52-bort-62-kilo-3231931.html>

Bergens Tidende 31.10.14:

<http://www.bt.no/sprek/Fedmekirurg-Bare-operasjon-gir-varig-vektnedgang-3231961.html>