

# Kampen mot overvekten

*En diskursanalytisk tilnærming til ernæringsopplysningen*

av Hege Widerberg

Hovedoppgave i sosiologi  
Cand. polit 1992  
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi  
Universitetet i Oslo  
Høsten 2005

# Sammendrag

Denne hovedoppgaven er en studie av diskurser i det helseforebyggende arbeidet knyttet til kampen mot overvekten i den norske befolkningen. Verdens helseorganisasjon (WHO) har definert overvekt som en av vår tids største trusler for folkehelsen. Den økende forekomsten av overvekt og fedme er så sterk at mange mener vi står overfor en global epidemi, som har store konsekvenser for helse og velferd. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) fikk i 1999 det nasjonale ansvaret for å utrede vektutviklingen i Norge, samt å komme med forslag til tiltak og behandling av overvekt. Min målsetning med oppgaven er å belyse ulike diskurser i SEF helseforebyggende arbeid knyttet til overvekt, helse og kjønn med utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- Hvilke diskurser om overvekt og helse trer frem i datamaterialet, gjennom et kritisk diskursanalytisk perspektiv?
- Er det kjønnsforskjeller knyttet til vekt og helse? Hvordan kommer eventuelle forskjeller til uttrykk i SEFs diskurs? Jeg setter særlig fokus på kvinner og helse.
- Er det helseforskjeller sett i lys av ulike samfunnsgrupper? Hvordan kommer eventuelle forskjeller til uttrykk i SEFs forebyggende helsearbeid?
- Kan det forebyggende folkehelsearbeidet fortolkes i lys av sosial kontroll og disiplinering av kropp?
- Kan SEFs forebyggende arbeid i forhold til overvekt komme til kort dersom det dominerer alene i helsediskursen?
- Hvordan kommer overvektsdiskursen til uttrykk i enkelte mediers formidling av overvekt som helseproblem?
- Kan SEFs helseforståelse og tilnærming til overvekt som folkehelseproblem ha uintenderte konsekvenser?

Mitt metodiske utgangspunkt er en kvalitativ tilnærming i tillegg til en kritisk diskursanalyse, der Foucaults og Faircloughs diskursperspektiver står sentralt. Foucaults diskurstilnærming er kritisk til kunnskap som tas for gitt og problematiserer forståelser som anses som sanne og legitime. Det empiriske materiale består av rapporter, virksomhetsdokumenter og informantsamtaler med fire sentrale personer fra administrasjonen på SEF, samt et utsnitt av avisers formidling av overvekt som helseproblem. I analysen av SEFs helseforebyggende arbeid knyttet til overvekt og helse trer det frem fire ulike hoveddiskurser; en diskurs om overvekt, en diskurs om kjønnsforskjeller i forhold til vekt og helse, en diskurs om helse og

en diskurs om helseforebyggende arbeid som en form for sosial kontroll. I tillegg trer det frem en mediediskurs om overvekt som kan hevdes å gi uttrykk for en form for moralsk panikk. Overvekt defineres i SEFs diskurser entydig som en helsetrussel. Løsningen på helseproblemet er i følge SEF enkel; spis sunt og mosjoner mer. Statlige tiltak rettes mot hele befolkningen for å bekjempe vektutviklingen. Vekt- helse rapport (2000) står sentralt i SEFs kamp mot overvekt. I rapporten refereres det til undersøkelser som synliggjør kjønnsforskjeller i forhold til helserisiko ved overvekt og kjønnsforskjeller knyttet til individenes forhold til kropp og vekt. Kjønnsforskjellene kan tyde på at kvinner har andre helseproblemer knyttet til vekt enn det menn har. SEF belyser kjønnsforskjellene i rapporten, men kjønnspektivet er mindre synlige i deres forslag til tiltak og behandling. Sett i lys av analysen kan det hevdes at SEFs helseforståelse er preget av fokus på fravær av sykdom. Forskning viser at det er sosiale forskjeller knyttet til overvekt og helse. De med høy utdanning tar lettere til seg helseinformasjon, spiser sunnere og trener mer enn de med lav utdanning. Andre tilnærminger enn det ernæringsmedisinske perspektivet i forhold til det å forebygge overvekt problematiseres i liten grad i SEFs diskurser. Dette til tross for at SEF selv retter fokus mot flere faktorer som kunne være relevante i denne sammenheng.

Sett i lys av Foucaults diskursperspektiv kan den statlige kampen mot overvekten i den norske befolkningen fortolkes som et disiplineringssjakt. Gjennom klassifiseringsmål som BMI, og helsediskurser internaliseres ifølge Foucault normer som bidrar til at individene disiplinere seg selv, uten noen form for ytre tvang.

Ettersom mye av dagens helseopplysning fremmes gjennom mediebildet, er avisene en sentral bidragsyter til overvektsdiskursen. I analysen av noen avisers formidling av kampen mot overvekt kan det hevdes at det trer frem en form for moralsk panikk. Språk- og billedbruk er sterk. Overvekt stemples med stigmatiserende metaforer og eksperter roper varsku om den helsefaren de mener vi står overfor. Avisene setter på spissen, forenkler og forsterker SEFs helsediskurs uten å problematisere hvordan diskursen har oppstått og videreutviklet seg.

Analysen belyser at vekt og helse handler om komplekse problemstillinger der ulike variabler som psykologiske, sosiologiske og fysiske aspekter har betydning. Den snevre helseforståelsen som kommer til uttrykk i SEFs diskurser ser ut til å være til hinder for å nå de gruppene i befolkningen der overvekt er en sentral helserisiko. Det kan hevdes at SEFs tilnærming om å nå ut til hele befolkningen uten å nyansere i forhold til sentrale variabler som blant annet kjønn og sosial ulikhet, uintendert kan bidra til økt risikofokusering, helseopptatthet og forekomst av spiseforstyrrelser for samfunnsgrupper hvor overvekt ikke er en sentral helserisiko.

# Forord

Endelig var det min tur til å levere hovedfagsoppgaven! Dette har vært en lang prosess med mange avbrekk, men temaet for oppgaven har hele tiden engasjert meg og bidratt til at jeg ville fullføre det jeg hadde begynt på. Det har vært interessant å få lov til å fordype seg i problemstillinger knyttet til overvekt og helse fordi det har vært og fremdeles er et svært aktuelt tema.

I løpet av oppgaveprosessen har det vært mange støttespillere som har heiet og hjulpet når det har røynt på. Først og fremst vil jeg rette en varm takk til min veileder Ulla- Britt Lilleaas som kom inn i bildet da jeg holdt på å gi opp hele oppgaven. Hun gav meg tro på at problemstillingene var interessante og at jeg ville klare å komme i mål, i tillegg til å gi faglige innspill. Det er takket være henne at jeg står med oppgaven i hånden i dag.

Elisabeth L'orange Fûrst og Karin Widerberg bidro med veiledninger i startfasen av oppgaven, og har vært med å forme oppgaveprosessen. Deres engasjement i forhold til tematikken mat og kropp har gitt meg mange lyspunkter underveis.

Jeg vil takke Anniken Hagelund som tok seg tid til å gi meg teoretiske innspill til diskursanalysen, i tillegg til støtte og råd for det videre arbeidet.

Ragnhild har betydd enormt mye for den siste delen av oppgaveprosessen. Hun har lest gjennom og kommentert, kritisert og jublet alt etter som underveis, og bidro til at jeg overlevde noen lange sommeruker skrivende inne i leiligheten mens solen skinte fra skyfri himmel. Tusen takk!

Hanne, Hilde, Astrid og Lise har lest korrektur til den store gullmedalje og gjorde innspurten betraktelig lettere, tusen takk til dere alle fire! Hanne og Astrid som bor i Oslo trådte til med kaffe, is og oppmuntringer de siste dagene før innlevering, noe som kom godt med. Hannes hjelp det siste døgnet gjorde meg rolig, og jeg er henne evig takknemlig for det.

Min kjære pappa bidro også med korrekturlesing, og ikke minst var flere opphold hos pappa og Kari i Tønsberg som balsam for sjelen i skrivende sommeruker. Pappa og Karis omsorg og varme støtte gav ro for å komme skikkelig inn i skriveprosessen. Verdens beste søster Jannicke har vært en uvurdelig støtte. Hun har termin 30.august, noe som har gjort det veldig interessant å se hvem som kom først i mål. Lillesnupps spark i gravidemagen har skapt mye glede underveis! Harald har lært meg at ting kan være godt nok uten å være perfekt, og bidro til at skriveprosessen gikk lettere, i tillegg vet jeg at mamma heier på meg.

Ellen og familien reddet meg fra hetebølgen, og tilbød meg et svalt kontor i huset. Hyggelige lunsjer gjorde skrivingen lettere. Mille og familien har støttet og heiet underveis i prosessen, og Elise og Marie har bidratt med morsomme telefonsamtaler.

Tusen takk til Silvie som laget forsiden jeg drømte om! Motivet er Venus fra Willendorf som ble funnet i Østerrike og er fra rundt 30 000 – 25 000 år f.Kr. Bildet er hentet fra Aschehougs Kunsthistorie (1995).

Takk til familie og venner som har gitt meg troen på at jeg skulle klare dette!  
En spesiell takk til Anne Karine Lie, Tom Henning Øvrebø og Kjersti Elvegård for all støtte i tøffe tider, dere har bidratt til at jeg kom i mål.

Tilslutt vil jeg få takke Birgit D. Bineau, Cecilie W. Lilleheil, Åsmund Røseid og Sten Morten Henningsmoen for at det har vært hyggelig å komme opp på instituttet i slutfasen av oppgaven og for all hjelp underveis.

Oslo, 1.september 2005

Hege Widerberg

# INNHALDSFORTEGNELSE

<i>Sammendrag</i> .....	0
<i>Forord</i> .....	3
<b>1 INNLEDNING</b> .....	<b>7</b>
PROBLEMSTILLINGER .....	9
AVGRENSNING .....	12
TEORETISKE OG METODISKE PERSPEKTIVER I OPPGAVEN .....	12
OPPGAVENS OPPBYGNING .....	14
<b>2 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>15</b>
FOUCAULTS DISKURSTEORI .....	15
FOUCAULTS MAKTBEGREP .....	17
FOUCAULTS KUNNSKAPSPERSPEKTIV .....	19
DISIPLINERING OG NORMALISERING .....	20
ANDRE TILNÆRMINGER TIL DISKURSANALYSE SOM TEORI OG METODE .....	22
FOLKEHELSEARBEIDET – ET DISIPLINERINGSPROSJEKT? .....	24
HELSEBEGREPET .....	25
<i>Et offentlig norsk helsebegrep?</i> .....	26
<i>Endring i helseforståelse?</i> .....	27
KROPP OG SYKDOM SOM KULTURELLE SYMBOLBÆRERE .....	28
ULIK KROPPSSOSIALISERING FOR GUTTER OG JENTER? .....	30
<i>Oppsummering</i> .....	31
<b>3 METODISK TILNÆRMING</b> .....	<b>32</b>
VALG AV METODE .....	32
STATENS RÅD FOR ERNÆRING OG FYSISK AKTIVITET (SEF) .....	33
<i>Historikk</i> .....	33
<i>Endring fra Statens ernæringsråd til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF)</i> .....	35
INNSAMLING AV DATAMATERIALET .....	36
FORSKERROLLEN .....	39
ANALYSEPROSESSEN .....	40
<i>Oppsummering</i> .....	41

<b>4 EMPIRISK ANALYSE .....</b>	<b>42</b>
DISKURSER OM OVERVEKT .....	42
<i>Overvekt som helserisiko og folkehelseproblem.....</i>	42
<i>Klassifiseringen av overvekt som helserisiko.....</i>	45
<i>Overvekt- kun en helserisiko?.....</i>	47
<i>Dilemmaer knyttet til risikofokusering i kampen mot fedmen.....</i>	50
<i>Overvekt som samfunnsøkonomisk problem .....</i>	53
<i>Helserisiko og sosial ulikhet.....</i>	54
<i>Intertekstualitet og interdiskursivitet i SEFs dokumenter.....</i>	57
<i>Diskursiv praksis.....</i>	62
DISKURSER OM KJØNN OG VEKT .....	65
<i>Kjønnforskjeller i forhold til overvekt og helserisiko.....</i>	65
<i>Kjønnforskjeller i forhold til individets opplevelse av kropp og vekt.....</i>	68
DISKURSER OM HELSE.....	75
DISKURSER OM HELSEFOREBYGGENDE ARBEID: ET DISIPLINERINGSPROSJEKT? .....	85
<i>Makt og dominans i SEFs helsefremmende diskurser?.....</i>	85
<i>Reguleringsmakt i SEFs helseforebyggende arbeid?.....</i>	89
<i>Sosial kontroll og disiplinering i helsefremmende folkehelsearbeid? .....</i>	91
<i>Overvåkingsbegrepet i det helseforebyggende arbeidet .....</i>	94
ET UTSNITT AV MEDIENES OVERVEKTSDISKURS .....	98
<i>Endring av fokus i mediediskursen?.....</i>	105
<b>5 AVSLUTTENDE KOMMENTARER.....</b>	<b>108</b>
OVERVEKT – IKKE UTELUKKENDE EN HELSERISIKO .....	109
UINTENDERTE KONSEKVENSER I KAMPEN MOT OVERVEKT .....	110
SEFs HELSEDISKURS .....	110
SOSIAL KONTROLL OG VEKT.....	111
MORALSK PANIKK I MEDIA.....	112
SENTRALE PROBLEMSTILINGER FOR VIDERE STUDIER.....	113
<b>LITTERATURLISTE.....</b>	<b>115</b>
<i>SEFs dokumenter.....</i>	120
<i>Avisartikler.....</i>	121

# Kapittel 1: Innledning

---

I forbindelse med intervensjon overfor overvektsproblemet, må man være klar over de mulige negative konsekvensene dette kan få. Det kan virke stigmatiserende og medikaliserende å gi alle personer med kroppsmasseindeks over 25 (WHO's grense for overvekt) "diagnosen" overvektig. I Norge vil denne "diagnosen" ramme ca. 50 prosent av den voksne befolkningen. Vi vet lite om hvilke konsekvenser et slikt budskap vil få for risikofokusering, selvopptatthet, helseopptatthet, bruk av helsetjenesten eller for forekomsten av spiseforstyrrelser (Vekt- helse rapport 2000:11)

Sitatet fra Vekt- helse rapporten som ble utgitt av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet og presentert i januar 2000, danner utgangspunktet for problemstillingene i denne oppgaven.

I 1997 konkluderte Verdens Helseorganisasjon (WHO) med at forekomsten av overvekt viste en alarmerende økning over hele verden, og at helsefare knyttet til fedme var i ferd med å passere underernæring som helseproblem i både i- og u-land<sup>1</sup>. De begynte å snakke om en *overvektseksplasjon* og en *fedmeepidemi*. Overvekten representerer ifølge WHO en økt risiko for en rekke sykdommer, og har store konsekvenser for helse og velferd. WHO har derfor oppfordret sine medlemsland til å sette kampen mot overvekten på den politiske dagsorden (Vekt- helse rapport 2000).

Forskning viser at gjennomsnittsvekten i den norske befolkningens øker, og helsemyndighetene ser med bekymring på utviklingen (ibid). Norske politikere tok WHO's oppfordring på alvor, og har tatt opp kampen mot overvekten (St.meld.nr.16 (2002-2003) om folkehelsepolitikken). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF)<sup>2</sup> er det statlige organet som har ansvaret for å følge opp politiske føringer knyttet til denne problematikken i Norge, og skal være en aktiv pådriver for å redusere overvektsutviklingen i den norske befolkningen. SEF er en videreføring av det tidligere Statens ernæringsråd, som ble opprettet etter andre verdenskrig for å sikre den forebyggende folkehelsepolitikken innen ernæring. I

---

<sup>1</sup> World Health Organization (1997): *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: World Health Organization.

<sup>2</sup> SEF er fra 2002 organisert som en del av Sosial- og helsedirektoratet, men var en selvstendig institusjon da jeg foretok datainnsamlingen i 1999-2000.



1999 ble Statens ernæringsråds mandat utvidet til også å omfatte forebyggende helsearbeid innen fysisk aktivitet.

Det kan synes som om kampen mot overvekten er kompleks. Sitatet jeg innledet med peker på at fokus og tiltak i forhold til overvekt som helseproblem kan få uønskede konsekvenser man ennå vet lite om. Rapporten viser til at dette kan ha innvirkning på befolkningens risikofokusering, selvpptatthet, helseopptatthet, bruk av helsetjenester og for forekomsten av spiseforstyrrelser (Vekt- helse rapport 2000:11)

Et annet helseproblem som også er knyttet til kropp, vekt og helse er forekomsten av spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er en psykisk lidelse og betraktes i følge SEF som et snevert problem i forhold til helseproblemer knyttet til overvekt (informantsamtale)<sup>3</sup>. Undersøkelser viser imidlertid at barn helt ned til 7-årsalderen er opptatt av slankekurer og vektkontroll (Vekt- helse rapport 2000:119). I tillegg synliggjøres kjønnsforskjeller når det gjelder forholdet til kropp, vekt og helse. Spesielt mange kvinner slanker seg eller har et ønske om å gå ned i vekt, til tross for at de er normalvektige. Det å slanke seg når man er normalvektig kan føre til at man utvikler et anstrengt forhold til mat, som igjen kan føre til spiseforstyrrelser (Vekt- helse rapport 2000:11).

Perspektivet på kropp, vekt og helse varierer etter hvilken vitenskapsforståelse som legges til grunn. I denne oppgaven anvendes sosiologiske diskursperspektiver i forhold til kropp, vekt og helse for å studere hvordan kampen mot overvekten blir ytret og blir en del av en diskurs. En diskurs er en bestemt måte å snakke om og forstå verden (eller et utsnitt av verden) på (Winther-Jørgensen og Phillips 1999:9).

En sentral bidragsyter i helsediskursen er Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. I Norge har statlige organer stor legitimitet og tillit (SEFs Strategiplan 2000-2003:7), og de bidrar derfor i stor grad til vår forståelse av kropp, vekt og helse. Forebyggende helsearbeid og ernæringsopplysning har stått sentralt i den norske velferdspolitikken siden slutten av 40-årene. Økende tilgang til informasjonskanaler som aviser, TV og radio har bidratt til at den norske befolkningen er mer opplyste enn noen gang tidligere når det gjelder sunnhet og helse. Det er et paradoks at gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen øker på tross av at vi i dag har en informasjonsstrøm som stadig forteller oss hva som er sunt og ikke, og vi har en slankeindustri som tjener enorme summer på at vi prøver å holde vekten. I tillegg er det et økende antall mennesker som utvikler et anstrengt forhold til kropp, mat og vekt. Dette

---

<sup>3</sup> Av hensyn til anonymiteten til informantene fra SEF refereres det kun generelt til informantsamtalene, se nærmere utdypning i metodekapittelet.

paradokset, i tillegg til sitatet jeg innledet med, danner bakgrunnen for de problemstillingene jeg ønsker å belyse i den videre analysen.

## Problemstillinger

Jeg ønsker å belyse hvilke forståelser av vekt og helse som konstrueres i SEFs forebyggende helsearbeid, og har derfor valgt å ta utgangspunkt i en kritisk diskursanalytisk tilnærming. Diskursanalysen utfordrer vitensutøvernes selvforståelse (Schaanning 2000, bind 1:296). Med dette forstår jeg at det diskursanalytiske perspektivet gir rom for å se på vedtatte sannheter med et annet og kritisk blikk. Det vil si at jeg studerer de forståelser som kommer til uttrykk i det forebyggende helsearbeide gjennom et sosiologisk, kritisk diskursivt perspektiv.

Sett i lys av dette ønsker jeg å belyse og drøfte følgende hovedproblemstilling:

- *Hvilke diskurser om overvekt og helse trer frem i datamaterialet, gjennom et kritisk diskursanalytisk perspektiv?* Her vil sentrale temaer som går igjen i SEFs dokumenter gi grunnlag for å fortolke hvilke diskurser som kommer til uttrykk i SEFs helseforebyggende arbeid. Er noen perspektiver mer fremtredende enn andre? Hvem gis rett til å uttale seg om overvekt og helse, hva slags type forskning legges til grunn for SEFs informasjonsarbeidet, og hva gis legitimitet i ernæringsopplysningen? På hvilke måter kommer en eventuell dominans i diskursen til uttrykk? Dette vil jeg belyse nærmere i den videre analysen. Foucaults og Faircloughs diskursperspektiver og - metode legger føringer for hvordan jeg forstår og fortolker diskursene, noe jeg vil utdype nærmere i teorikapittelet.

I den videre analysen tar jeg utgangspunkt i følgende problemstillinger:

- *Er det kjønnsforskjeller knyttet til vekt og helse? Hvordan kommer eventuelle kjønnsforskjeller til uttrykk i SEFs forebyggende helsearbeid?* Fokus for analysen er rettet mot kvinner, vekt og helse på bakgrunn av at forskning synliggjør

kjønnsforskjeller knyttet til kropp - vekt- og helsetematikken<sup>4</sup>. Kvinner sliter i større grad enn menn med et anstrengt forhold til mat, kropp og vekt. Kjønn som biologi og rolle ser dermed ut til å være en relevant faktor for helse. Jeg velger derfor å lese diskursen gjennom et kvinneperspektiv. Susan Bordos og Frigga Haugs teoretiske perspektiver i forhold til kropp og kjønn er sentrale når jeg belyser kjønnsforskjeller knyttet til vekt og helse.

- *Er det helseforskjeller sett i lys av ulike samfunnsgrupper? Hvordan kommer eventuelle forskjeller til uttrykk i SEFs forebyggende helsearbeid?* I Stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken som kom i 2002 legges det vekt på at det er betydelige forskjeller knyttet til sosial ulikhet når det gjelder helse. Meldingen fokuserer på at det er mange faktorer som bidrar til å påvirke vår helse: hva vi spiser og drikker, det fysiske og sosiale miljøet rundt oss, vårt forhold til de nærmeste og nettverk vi inngår i, og det som kalles beskyttelses- og mestringsfaktorer (St.meld.nr.16 (2002-2003):6). Disse faktorene ble belyst i helseundersøkelsen *Bedre helse – større forskjeller* fra 2003. Undersøkelsen viser at det er større helseforskjeller i Norge mellom ulike sosiale grupper nå enn for tretti år siden (Rapport 2003:1). I Oslo er det stor forskjell i forventet levealder mellom østkant og vestkant. Menn på vestkanten lever i gjennomsnitt ti år lenger enn menn på østkanten, mens kvinner på vestkanten lever ca syv år lenger enn kvinner på østkanten (HUBRO 2001). Den nasjonale helseundersøkelsen viser at enslige har betydelig dårligere helse og har hatt mindre gunstig helseutvikling enn de som lever i familie. Funnene synliggjør store forskjeller i forhold til menns og kvinners helse. Mennene hadde to og en halv ganger så høy dødelighet som kvinnene. Det viste seg også at utdanning og inntekt hadde langt større innvirkning på menns helse enn for kvinners helse (Rapport 2003:1). Jeg velger derfor å lese SEFs dokumenter i lys av helseforskjeller i ulike samfunnsgrupper.
- *Kan det forebyggende folkehelsearbeidet fortolkes i lys av sosial kontroll og disiplinering av kropp?* Her vil de sentrale begrepene som anvendes være reguleringsmakt, disiplinering og overvåking. Jeg ser disse begrepene som

---

<sup>4</sup> Forskningen jeg tar utgangspunkt i presenteres i Vekt- helse rapport nr.1/2000, NOU 1999:13 om kvinners helse og St.meld.nr.16 (2002-2003) om folkehelsepolitikken.

kontroversielle å bruke. Men på bakgrunn av gjennomlesningen av SEFs dokumenter der anvendelsen av overvåkingsbegrepet er utbredt, synes det relevant og interessant å anvende begrepene for å belyse deler av datamaterialet. Jeg bruker Foucaults og Deborah Luptons disiplineringsperspektiver i denne delen av analysen, og disse presenteres nærmere i teorikapittelet.

- *Kan SEFs forebyggende arbeid i forhold til overvekt komme til kort dersom det dominerer alene i helsediskursen?* Gjennom drøfting av de forestående problemstillingene kan det synes som om SEF er alene som premissleverandør i forhold til kampen mot overvekt. Det medisinske vitenskapsperspektivet har lang tradisjon for å bidra med forståelsesformer innen helserelaterte spørsmål. Å belyse problemstillinger knyttet til helsefeltet i lys av sosiologiske perspektiver kan være interessant fordi sosiologien bringer inn andre forståelsesformer og årsaksforklaringer enn det medisinske vitenskapsperspektivet gjør. På bakgrunn av dette er det interessant å reise problemstillingen.
- *Hvordan kommer overvektsdiskursen til uttrykk i enkelte mediers formidling av overvekt som helseproblem?* Som institusjon er media en aktiv pådriver innen helseopplysningsfeltet, noe som påvirker vår forståelse og oppfatning av overvekt som et helseproblem. Media er derfor en sentral bidragsyter til helsediskursen. Stanley Cohens begrep *moralsk panikk* anvendes i analysen for å belyse hvilke forståelsesformer i forhold til overvekt og helse som presenteres i mediens overvektsdiskurs.
- *Kan SEFs helseforståelse og tilnærming til overvekt som folkehelseproblem ha uintenderte konsekvenser?* Utgangspunktet for problemstillingen er sitatet jeg fokuserer på innledningsvis i oppgaven. SEF uttrykker i et avsnitt i Vekt-helserapporten (2000) en bekymring for at kampen mot overvekten kan ha uintenderte konsekvenser i forhold til folks forhold til kropp og helse. Jeg vil belyse og drøfte denne problemstillingen på bakgrunn av diskursene som trer frem i analysen.

Jeg prøver ikke gjennom denne diskursanalysen å vurdere om overvekt er helsefarlig eller ikke, men jeg ønsker å belyse hvordan overvekt som helseproblem også konstrueres i diskurser.

# Avgrensning

Ernæringsopplysningen er et bredt kunnskapsfelt som dekker mange ulike helseområder. SEF gir blant annet informasjon om kosthold til gravide og har iverksatt kampanjer for å øke forbruket av folattilskudd for kvinner som planlegger graviditet. De har informasjonsprosjekter knyttet til sykdommer som kreft, allergi og diabetes, hvor sammenhengen mellom kosthold og sykdomsforløp belyses (SEFs Virksomhetsplan 2000:31). Blant enkelte grupper av voksne innvandrere er det en overhyppighet av kostholdsrelaterte sykdommer, og SEF har prosjekter som skal målrette det forebyggende helsearbeidet blant disse gruppene (SEFs Virksomhetsplan 2000:17). I tillegg arbeider SEF med helserelaterte tiltak i skolen. Disse består for eksempel av frukt og grønt-abonnementsordninger og en Mat - og aktivitetsuke som innebærer en landsdekkende uhytidelig konkurranse blant skolene for å stimulere til at elevene har med matpakke og er fysisk aktive i løpet av skoledagen (SEFs Virksomhetsplan 2000:24).

Overvekt anses som en av de største truslene mot folkehelsen, og har førsteprioritet i informasjonsarbeidet til SEF (informantsamtale). På bakgrunn av at det er overvekt og helse som danner utgangspunkt for problemstillingene i denne oppgaven avgrenses analysen mot andre temaer i ernæringsopplysningen som ikke har relevans i forhold til problemstillingene. Fokus for den videre analysen vil derfor være på den delen av SEFs helseforebyggende arbeid som omhandler overvekt som helseproblem.

## Teoretiske og metodiske perspektiver i oppgaven

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet danner utgangspunktet for min analyse fordi de representerer den offentlige helseforebyggingspolitikken innen overvekt og helse. Jeg ønsker å studere ernæringsopplysningen som en vitensdisiplin<sup>5</sup> som danner en *diskursiv formasjon*. Det vil si at jeg ser ernæringsopplysningen som et kunnskapsfelt som er med på å konstruere diskurser om overvekt og helse (Schaanning 2000, bind 1:297).

---

<sup>5</sup> Begrepet vitensdisiplin brukes aktivt i teoretiske beskrivelser av Foucaults diskursperspektiver. Det henspiller til et bestemt objektområde, eller en vitenskapsgren som for eksempel ernæringsvitenskapen, og retter oppmerksomheten mot at vitenskap er en form for samfunnsmessig virksomhet (Schaanning 2000:8).

Rapporter, årsmeldinger, strategi- og virksomhetsplaner fra SEF er alle deler av en diskurs om helse, og vil utgjøre hoveddelen av mitt datamateriale. Jeg har i tillegg intervjuet fire sentrale personer i SEFs administrasjon. Dette var for å få en forståelse av hvordan SEF er organisert og få innblikk i hvilke kunnskapsområder de har fokus på og prioriterer. Gjennom informantsamtalene fikk jeg kjennskap til hva slags forskning SEF vektlegger i utformingen av rapporter og strategiplaner, i tillegg til at jeg fikk en forståelse av hvordan de formidler overvekt som helseproblem.

Denne analysen er skrevet over en lang tidsperiode, noe som har bidratt til god kjennskap til feltet fra midten av 1990- tallet og frem til i dag. Dette har gitt meg mulighet til å belyse skifter i fokus og prioriteringer fra SEFs side, spesielt da institusjonen skiftet navn fra Statens ernæringsråd til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet i 1999. Det skjer stadig endringer i ernæringsopplysningen, men jeg har av praktiske grunner valgt å ta utgangspunkt i mitt datamateriale som ble samlet inn i 1999 og 2000. Temaet overvekt er imidlertid mer fremme i mediene nå enn da jeg startet datainnsamlingen, og er ikke blitt mindre relevant med tiden, snarere tvert i mot. Senest i midten av august i år var det en fire siders artikkel i Dagens Næringsliv som diskuterer kostholdspolitikken blant annet i lys av variabler som sosial ulikhet, kjønn og etnisitet, og som stiller seg kritisk til at kostholdsinformasjon tar utgangspunkt i at alle er like (Dagens Næringsliv 13./14.august 2005:32-36). VG slår fast på førstesiden 25.august i år at det nå er dokumentert at nordmenn er for fete (VG 25.august 2005: førstesiden). Inne i avisen refererer artikkelen til lederen for Nasjonalt råd for ernæring<sup>6</sup>, professor Knut- Inge Klepp, som hevder at avgifter kan få oss til å spise sunt. Direktøren ved det Nasjonale Folkehelseinstituttet mener myndigheter og ekspertise nå systematisk må gå gjennom hvordan nordmenn lever for å finne effektive tiltak. I følge direktøren bør det fattes politiske vedtak som gjør det vanskelig å leve usunt og lettere å leve sunt (VG 25.august 2005:28). Etersom aviser i dag er en sentral kilde til helseopplysning, og på den måten en viktig bidragsyter i helsediskursen, har jeg valgt å analysere et utsnitt av avisenes omtale av overvekt som helseproblem.

Analysen av datamaterialet er stor grad inspirert av Michel Foucaults teorier om diskurs, og Norman Faircloughs diskursive metodetilnærming (Foucault 1995,1999, Fairclough 1992). Foucaults begreper om diskurs, makt og disiplinering står sentralt i den videre analysen. Deborah Luptons perspektiver i forhold til forebyggende folkehelsearbeid

---

<sup>6</sup> Nasjonalt råd for ernæring er en del av tidligere Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet som siden 2002 er plassert i Sosial- og helsedirektoratet. Knut- Inge Klepp var tidligere leder for SEF.

anvendes for å belyse problemstillingen knyttet til disiplinering og makt. Jeg bruker Susan Bordos og Frigga Haugs perspektiver i forhold til kropp og kjønn når jeg belyser kjønnsforskjeller i SEFs helsediskurs (Bordo 1992a, 1992b, 1993, Haug 1990). Mediernes formidling av overvekt som helseproblem belyses ved anvendelse av Stanley Cohens begrep *moralsk panikk* (Cohen 1980). Gjennom hele analysen anvendes supplerende kvalitativ metode i tillegg til diskursanalyse. Med det forstår jeg sosiologisk kvalitativ metode som ikke tar utgangspunkt i diskursive perspektiver, men hvor formålet også er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener på bakgrunn av fylldige data om det man studerer (Thagaard 1998:11).

## Oppgavens oppbygning

Oppgavens videre gang er som følger. I kapittel 2 presenteres teoretiske perspektiver og begreper som knyttes til problemstillingene i innledningen. Jeg gjøre nærmere rede for Foucaults diskursteori, samt hans begreper om makt og disiplinering. Faircloughs tredimensjonale metodemodell beskrives, samt hans begreper om diskursiv og sosial praksis. Jeg gjør rede for ulike forståelser av helsebegrepet, og beskriver Bordos og Haugs perspektiver knyttet til kropp og kjønn. Kropp og sykdom kan betraktes som kulturelle symbolbærere, og jeg presentere perspektiver som ser dette i sammenheng med ulike helseforståelser. Kapittel 3 er et metodekapittel der jeg redegjør for valg av metode, innsamling og bearbeiding av datamateriale, og der jeg presenterer Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF). I kapittel 4 analyseres det empiriske materialet ut fra diskursanalytiske perspektiver, samt helse- og kjønnsperspektiver, og begrepet moralsk panikk. Funnene drøftes i lys av problemstillingene i innledningskapittelet og de teoretiske perspektivene jeg presenterte i kapittel 2. Kapittel 5 er et avslutningskapittel der jeg trekker linjer og oppsummerer oppgaven.

## Kapittel 2: Teoretisk rammeverk

---

Jeg ønsker å belyse SEFs helseforebyggende arbeid knyttet til overvekt gjennom et diskursanalytisk perspektiv. I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for Michel Foucaults og Norman Faircloughs diskursperspektiver, samt utdype Foucaults begreper om makt, kunnskap og disiplinering.

En diskursanalytisk tilnærming innebærer at man forstår kunnskap og viten som konstruerte størrelser i endring. Disse påvirkes gjensidig av kultur og samfunnsutvikling. Utsagn er derfor i et diskursivt perspektiv noe mer enn bare tekst eller kommunikasjon, det handler også om *sosial praksis*<sup>7</sup> og makt (Schaanning 2000, bind 1:205).

Andre sosiologiske perspektiver knyttet til problemstillingene i oppgaven presenteres tilslutt i kapitlet. Ulike helseforståelser knyttet til helsebegrepet, der Lennart Nordenfelts helseperspektiv står sentralt beskrives nærmere. Deborah Luptons tilnærming til folkehelsearbeidet som kunnskapsfelt, og Bill Hughes helseperspektiver presenteres videre i kapitlet. Susan Bordos og Frigga Haugs perspektiver på kropp og kjønn, som også kan fortolkes som kulturelle symbolbærere beskrives tilslutt, sammen med Karin Johannissons perspektiver på sykdomsdiagnoser som kan forstås som sosialt konstruerte.

### Foucaults diskursteori

Forståelser, kunnskap og tilnærminger til kropp og helse har endret seg i takt med sosiale prosesser og kulturelle impulser (Shilling 1993). Diskurser er ifølge Foucault bestemmende og konstituerende for hvordan vi tenker om forskjellige fenomener. Han setter fokus på hvordan diskursene skaper mening i bestemte samfunnsmessige kontekster.

---

<sup>7</sup> Begrepet sosial praksis viser til at den sosiale virkelighet rommer handlinger som på den ene siden er individuelle, konkrete og avhengige av konteksten, samtidig som de kan virke institusjonaliserende og sosialt forankrede, og på den måten har en form for regelmessighet (Winther Jørgensen og Phillips 1999:28). En nærmere utdyping av hvilken kontekst begrepet står i beskrives under "Andre tilnærminger til diskursanalyse som teori og metode" senere i kapitlet.



Med diskurser forstår Foucault:

(...) a group of statements which provide a language for talking about - a way of representing the knowledge about - a particular topic at a particular historical moment.  
(...) Discourse is about the production of knowledge through language. But (...) since all social practices entail meaning, and meanings shape and influence what we do – our conduct – all practices have a discursive aspect (Foucault sitert etter Hall 1997:44)

I følge Foucault er diskursene med på å legitimere at visse tanker om kropp og helse er mer sanne enn andre innenfor et avgrenset tidsrom og i en definert kontekst. Diskursene er knyttet til bestemte prosedyrer for å utvinne og ordne viten (Schaanning i forordet i Foucault 1995:8). Det innebærer videre at diskurser er med på å bestemme hva det er mulig å snakke om, hva som anses som relevant og sann kunnskap, hvem som har rett til å uttale seg, og hva som anses som viktig (Hall 1997:44). På denne måten handler diskursen også om de uuttalte reglene og kategoriene som fungerer organiserende for det som sies.

I lys av Foucaults diskursperspektiv er det derfor ikke relevant å se på om kunnskapen er sann eller ikke, men i stedet å se på hvordan denne kunnskapen konstrueres. Etersom kunnskapen i følge et diskursivt perspektiv er deler av en historisk struktur, blir den også del av en stadig pågående prosess, der de ulike delene påvirker hverandre (Schaanning 1997). Gjennom *diskursiv praksis*<sup>8</sup> blir viten muliggjort. Den diskursive praksis blir en del av forutsetningene for den vitenskapelige erkjennelsesprosess (Otto 1998:39).

Konsekvensene av den diskursive tilnærmingen er at man ikke tar noen sannheter for gitt, ettersom enhver sannhet er konstruert i en stadig pågående prosess. En diskursanalyse studerer måten diskursen eksisterer på, hvordan den er etablert og hvordan den muliggjør analyser av et bestemt fenomen eller samfunnsfelt (Otto 1998:49).

I den videre analysen belyses SEFs diskurser rundt overvekt, kjønn og helse, og hvordan diskursene legitimerer og utvikler forståelser knyttet til disse temaene. Foucault har gjennom sine analyser av seksualitetens historie, galskapens historie og den historiske utviklingen av overvåkning og straff, belyst hvordan det som anses som riktig og sann kunnskap i én historisk og kulturell kontekst endres gjennom tid og sted. Analysene hans problematiserer det vi tar for gitt som objektiv vitenskap (Foucault 1991, 1995, 1999).

---

<sup>8</sup> Begrepet diskursiv praksis viser til hvordan viten produseres og forstås i en gjensidighet med tekst og utsagn (Winther Jørgensen og Phillips 1999:80). Man kan forstå diskursive praksiser som betingende felt som påvirker dem som er vitensutøvere i det aktuelle feltet (Schaanning 2000, bind 1:303).

Den medisinske vitenskapen betraktes som en objektiv naturvitenskap, men den endres også med den samfunnsmessige og kulturelle utviklingen (Johannisson 1996). Det innebærer at diagnoser og sykdomsbilder ikke er statiske, og at de må forstås gjennom andre perspektiver enn kun det medisinske. Tradisjonelt har medisinen hatt en dominerende rolle i fortolkningen av helse og sykdom (ibid). Det at ett vitenskapsperspektiv dominerer i et kunnskapsfelt definerer Foucault som *vitensregime* (Foucault 1995:81). Vitensregime er i følge Foucault tett knyttet sammen med diskurs- og maktbegrepet. Foucault hevder at den medisinske vitenskapsforståelsen kan fortrenge andre tilnærminger i diskursen ved at den har en dominerende rolle i helsefeltet, og har makt til å definere hva som skal være gyldig og legitim kunnskap (Foucault 1995).

## Foucaults maktbegrep

Foucaults forståelse av makt henger sammen med hans teori om diskurs. Han beskriver makt som en gjennomtrengelig kraft eller energi som finnes overalt. Makten er ikke knyttet til bestemte institusjoner eller andre statlige direktiver som sikrer at borgerne underkaster seg en gitt stat, eller bestemte personer, grupper eller regler. Dette ser han heller som maktformenes endepunkt (Foucault 1995:103).

Makten er overalt. Det skyldes ikke at den omfatter alt, det skyldes at den kommer alle steder fra. (...) Makten er ikke institusjon og den er ikke en struktur, den er ikke en bestemt styrke som bestemte personer skulle være utstyrt med: Den er navnet man setter på en kompleks strategisk situasjon i et gitt samfunn. (Foucault 1995:104)

Foucault er opptatt av hvordan makten virker. Han hevder det oppstår ulike maktmekanismer eller maktteknologier som virker disiplinerende. For å illustrere det han forstår som en maktteknologi, bruker han Jeremy Bentham's arkitektoniske idé av det optimale fengsel; Panopticon<sup>9</sup> (Foucault 1999:179). Panopticon går ut på at selve bygningsstrukturen muliggjør en overvåkning av fangene, der fangene er fullstendig synlige men ikke har mulighet til å se sine medfanger eller voktere. I praksis innebærer det at fengselet er bygget opp rundt et vaktårn som har oversikt over alle fangene, men fangene kan ikke se vokterne i vaktårnet. Der er derfor ikke nødvendig at det *er* voktere i vaktårnet all den tid fangene har

---

<sup>9</sup> Panopticon er gresk, og betyr i denne sammenhengen "å se alt" (Foucault 1999b:179)

en bevissthet om at de til enhver tid *kan* bli overvåket. Fangene må dermed hele tiden handle som om de ble overvåket. På denne måten disiplineres de ikke gjennom tvang, men gjennom en synlighet som får dem til å disiplinere seg selv (Foucault 1995:180/181).

Panopticon blir et bilde på hvordan makt kan virke gjennom selvdisciplinering og hvordan makten automatiseres og avindividualiseres. I følge Foucault er det derfor ikke så viktig *hvem* som håndhever makten, men hvilke *virksomheter* makten får (Foucault 1999:181). Foucault hevder Panopticon blir en allmenn modell av myndighetenes forhold til menneskenes daglige liv, og at Panopticon ikke må forstås som ”et drømmeaktig byggverk, men som det ideelle diagrammet over en maktmekanisme” (Foucault 1999:184).

Problemet med Foucaults maktbegrep er imidlertid at det gir lite rom for motstand. Dersom makten er overalt og gjennomtrenger alt, skulle menneskene i følge Foucaults maktbegrep oppføre seg som lydige kropper (”docile bodies”) i et gjennomovervåket moderne samfunn. Han åpner imidlertid for motstand ved at han hevder at der det er makt, er det motstand. Denne motstanden befinner seg i følge Foucault aldri i en utvendig posisjon i forhold til makten. Makten og motstanden er av relasjonell karakter og henger alltid sammen (Foucault 1995:106/107). Diskursen står sentralt i analysen av maktens og motstandens former. Foucault spør hvordan diskursene kan fungere som støtte for maktrelasjonene, reduksjon av andre og hvordan motstandseffekter kommer til uttrykk (Foucault 1995:108/109). Diskurs, makt og motstand er derfor tre tett sammenvevde begreper i Foucaults diskursteori.

I henhold til Foucaults forståelser av diskurs- og maktbegrepet vil jeg i den videre analysen belyse hvilke perspektiver rundt overvekt og helse som kommer til uttrykk i SEFs helseforebyggende diskurser.

# Foucaults kunnskapsperspektiv

Foucault er opptatt av maktens virkninger, og for ham henger kunnskap og makt nøye sammen:

Makt og kunnskap forutsetter hverandre gjensidig. Intet maktforhold uten at det dannes et kunnskapsområde, og heller ingen kunnskap som ikke på samme tid forutsetter og danner visse maktforhold. (...) Men det er forholdet ”kunnskap - makt” - de prosesser og kamper dette forholdet rommer og utgjør - som bestemmer kunnskapens former og mulige områder (Foucault 1999:30)

Det essensielle er å studere hvordan kunnskapen er mulig, og hva som er de historiske betingelsene for den, ikke om den er sann eller ikke (Schaanning 2000 bind 1:56). I følge Foucault er *kunnskap* ideer, teorier eller forestillinger, og kunnskap danner bakgrunnen for det han definerer som *viten* (ibid:280). Viten bygger på en rekke diskursive praksiser og karakteriseres av å være det feltet som gjør vitensdisiplinen mulig. Vitensdisiplinen aktiverer det som defineres som vitensfelt, og utnytter, mobiliserer og drar veksler på dette feltet (ibid). Foucault hevder viten bestemmer det rommet der vitenskapen og erfaringen kan skilles og plasseres i forhold til hverandre. På denne måten blir viten et betingende felt som vitenskapen må dra veksler på for å definere seg som vitenskap (ibid:282).

I denne sammenheng er Foucault særlig opptatt av ekspertdiskursene, det vil si at han er interessert i det eksperter sier når de snakker som eksperter. Dette fordi han mener at disse diskursene er beste tilnærming for å belyse samspillet mellom det han definerer som kunnskap og hans maktforståelse. Ved å studere ekspertdiskursene vil Foucault prøve å nærme seg det som anses som sannhetsproduksjonen i samfunnet. Han studerer hva slags diskurser som er mulig, og hva slags diskurser som kan aksepteres som sanne (Dreyfus og Rabinow 1982:202). Hvordan overvekt som helseproblem konstrueres i SEFs diskurser vil være relevant for å forstå hva slags kunnskaps- og helseforståelse som aksepteres som sann i helseopplysningen. Diskursanalysen er egnet til å belyse kunnskap man antar for bevist, som man tror på eller betrakter som sann, eller som man tar for gitt (Schaanning 2000, bind 1:279). SEFs rådsmedlemmer for ernæring og fysisk aktivitet er faglige kapasiteter, og gis autoritet og legitimitet som eksperter i helsediskursen (SEFs Strategiplan 2000-2003:3). Diskurser handler om de uuttalte reglene som legger føringer for hvem som har rett til å uttale seg og hva slags kunnskap som betraktes som relevant og sann (Hall 1997:44).

Jeg vil i den videre analysen belyse hvilke eksperter som uttaler seg om overvekt og helse i mediediskursen, og hva slags kunnskap som forstås som sann.

## Disiplinering og normalisering

Kroppen står sentralt i Foucaults disiplineringsforståelse, i den forstand at det er gjennom kroppen disiplineringen utfolder seg, og tvinges til å være føyelig og nyttig (Foucault 1999:127). På den måten kan kroppen leses som et symbolsk uttrykk for kultur og sosial kontroll (Fürst 1995:53). Det å klassifisere og rangere vekt som under-, normal- og overvekt gjennom BMI- målet, er en metode som anses som relevant redskap for å få oversikt over helsetilstanden i befolkningen (Vekt- helse rapport 2000). Klassifisering er i følge Foucault én av flere disiplineringsteknologier og han hevder helsevesenet er en av arenaene hvor metoder for disiplinering som kategorisering, spesifisering og rangering er utbredt (Foucault 1999:166).

Kunnskap om befolkningen innhentes gjennom ulike kartleggingssystemer som for eksempel ulike helseregistre, Folkeregisteret og Statistisk sentralbyrå. Man observerer, registrerer og klassifiserer ut fra det som defineres som normalt eller avvikende og samler på denne måten viten om individene. Gjennom sosialiseringen i disse samfunnssystemene, internaliseres normer knyttet til hva som anses som normalt i forhold til kropp og vekt. Internaliseringen knyttes til vår samvittighet, i den forstand at vi blir bevisst andres blikk og bidrar til å vekke dårlig samvittighet dersom vi ikke følger rådende normer i forhold til kropp og helse (Fürst 1995).

I helsediskursen konstrueres normer om å være fysisk aktiv og innta visse matvarer, samt unngå andre fordi det forstås som helsefremmende (Lupton 1996:92-93). Det å fremme helse og hindre sykdom anses for å være noe som bør etterstrebtes. Det oppfattes utelukkende som noe positivt og betraktes som et verdinøytralt kunnskapsfelt (Lupton 1995:2-4). Det å unndra seg slike normer om hva som er usunt er ansett som illegitimt i vårt samfunn. Hvis man ikke lever opp til slike normer, står man i fare for å bli karakterisert som en som har mistet kontroll og som står for et umoralsk forfall. Vår samvittighet oppmuntrer handlingsmønstre som viser at vi er gode borgere som tar vare på egen helse. På denne måten konstrueres en sosial kontroll, som ifølge Foucault bidrar til at individene disiplinerer sine kropp i tråd med rådende helsenormer (Foucault 1999, Scaanning 2000, bind 1:446-450).

Foucault hevder at det moderne samfunn er i ferd med å bli et normsamfunn der medisinsk ekspertise formidler normer for hva som er sunt å spise, drikke og gjøre. En rekke sosiale forhold blir på denne måten i mindre grad bedømt ut fra om de er lovlige eller ikke, men i økende grad ut fra om de er ansett som normale (Schaanning 2000, bind 1:462). Fra vi blir født til vi går ut av grunnskolen gjennomgår vi vekt og høydemålinger som definerer oss som normale etter vekt- og høydekurver for hver aldersgruppe. Dersom vi faller utenfor normalkurven blir det iverksatt tiltak fra helsestasjon eller helsesøster. Gjennom slike offentlige tiltak sosialiseres vi til en bevissthet om hva som er kroppslig normalt, noe som bidrar til den sosiale kontrollen av kroppen.

Samfunnsøkonomi og en befolknings helsetilstand henger sammen fordi det er knyttet store kostnader til helsebudsjettet. Foucault hevder det derfor er nødvendig å organisere tiltak som forebygger skadelige utviklinger for fremtiden (ibid:462). Det settes i verk offentlige virkemidler som skal minske forekomst av sykdommer. De offentlige tiltakene bygger på sykdomsstatistikk og utviklingstendenser. Staten har i økende grad i oppgave å sikre befolkningens levekår og sosiale velferd. I Norge i dag har det offentlige statistisk kunnskap om store deler av befolkningens helse og velferd. Gjennom helseregistre og sannsynlighetsberegninger av befolkningens velferd oppstår det en form for statlig forvaltning av befolkningen. I følge Foucault representerer dette en form for *reguleringsmakt*, som har to sentrale trekk; den er statlig forankret, og har et medisinsk aspekt (ibid:458). Denne forvaltningen bærer preg av et medisinsk språk og tiltakene begrunnes med at de er helsefremmende. Foucault skiller mellom disiplinering og reguleringsmakt. Mens disiplineringen er rettet mot individet, er reguleringsmakten rettet mot hele befolkningen. De to maktmekanismene kan imidlertid virke sammen (ibid:469). Ser man dette i sammenheng med temaet overekt og helse, kan det man fortolker som reguleringsmakt på befolkningsnivå henge sammen med det jeg hevder er en form for disiplinering på individnivå. Et eksempel på reguleringsmakt kan være statlige tiltak som iverksettes overfor befolkningen på bakgrunn av statistikk som viser sykdomsforekomst og utviklingstendenser. Vekt- og høydemålinger som starter fra vi blir født og fortsetter gjennom helsekontroller i grunnskolen kan fortolkes som et eksempel på disiplinering på individnivå. Jeg vil i analysen belyse helseforebyggende arbeid knyttet til overvekt og helse i lys av begrepene reguleringsmakt og disiplinering.

Som tidligere nevnt er makten overalt i følge Foucault. Den videre analysen tar utgangspunkt i Foucaults perspektiver om disiplinering og makt. Det norske samfunnet ville imidlertid vært gjennomregulert og den norske befolkningen ville vært kjernesunn, dersom jeg fortolket empirien helt i tråd med Foucaults maktdefinisjon. Til tross for at han åpner for

motstand i disiplinerings- og maktteorien er hans maktforståelse for omfattende til at jeg deler den fullt ut. Jeg ser i stedet hans perspektiver som redskap for å belyse trekk ved kampen mot overvekten i Norge.

## Andre tilnærminger til diskursanalyse som teori og metode

Ernæringsopplysningen kan leses som det Foucault definerer som en diskursiv formasjon. En diskursiv formasjon utgjør et samstemt system av utsagn, praksiser og institusjoner som er med på å sette premisser for hva det er mulig å snakke om når det gjelder overvekt, helse og kropp (Schaanning 2000, bind 1:297).

Foucault bidro ikke med en konkret metode for hvordan man kunne gå frem for å gjøre en diskursanalyse, men det har andre forskere gjort i ettertid inspirert av hans diskursteori. For å belyse SEFs diskurser vil jeg derfor anvende Norman Faircloughs perspektiver i tillegg til Foucault.

Fairclough betraktes som en av de fremste representantene for kritisk diskursanalyse og har bidratt med en konkret metodetilnærming. Mens Foucault legger vekt på at diskurser bidrar til å konstruere den sosiale virkeligheten hevder Fairclough at diskurs kun er én blant flere dimensjoner ved den sosiale virkeligheten. For å belyse flere aspekter enn det diskursive må man anvende andre metodiske tilnærminger enn kun den diskursanalytiske (Foucault 1995, Winther Jørgensen 1999: 28). I tillegg til diskursanalysen, vil jeg i den videre analysen benytte supplerende kvalitativ metode i fortolkningen av ernæringsopplysningen gjennom et kvinneperspektiv.

Et sentralt moment for Fairclough er å belyse hvordan språket er forbundet med sosiale og kulturelle prosesser (Fairclough 1992). Dette gjør man ved å studere tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (Winther Jørgensen og Phillips 1999:80). På denne måten blir tekst noe mer enn bare språk; det blir en innfallsvinkel til å studere mer omfattende sosiale og kulturelle endringsprosesser i likhet med Foucaults tilnærming. Det blir derfor essensielt å studere hvilke vitenskapsfelt som dominerer i diskursene. Hva slags kunnskap er i fokus og blir verdsatt, og hvem eller hvilke institusjoner har autoritet til å sette dagsorden i et kunnskapsfelt? Disse spørsmålene blir sentrale i den videre analysen.

Faircloughs tredimensjonale analysemodell består av en *tekstanalyse*, der man studerer tekstens egenskaper som konstruerer diskurser. Det kan være ordvalg eller metaforer som danner bestemte versjoner av virkeligheten (Winther Jørgensen og Phillips 1999:95). Deretter analyserer man den *diskursive praksis*, der man studerer hvordan viten produseres og forstås i en gjensidighet med teksten. Det innebærer blant annet at man ser på hvilke eksisterende diskurser SEF bygger på i sin produksjon av tekst, og hvordan også leserne anvender forhenværende diskurser i sin fortolkning av teksten (Winther Jørgensen og Phillips 1999:80).

Den tredje og siste dimensjon i Faircloughs analysemodell er en analyse av den *sosiale praksis* som utsagnet er en del av. Begrepet sosial praksis setter folks handlinger i et dobbeltperspektiv. På den ene siden er handlingene individuelle, konkrete og avhengige av konteksten. Samtidig kan de virke institusjonaliserende og sosialt forankrede og av den grunn kan de ha en form for regelmessighet (Winther Jørgensen og Phillips 1999:28).

I analysen følger jeg i hovedtrekk Faircloughs analysemodell. I tillegg vil jeg benytte supplerende kvalitativ metode for å belyse det som forstås som ikke-diskursive praksiser. Med supplerende metode mener jeg en kvalitativ tilnærming som belyser og fortolker mønstre og sammenhenger i det empiriske materialet som ikke forstås som diskursivt. Teoretiske begreper og perspektiver tolkes i sammenheng med temaer som trer frem i datamaterialet. Den som analyserer utvikler en forståelse som er basert på en vekselvirkning mellom tendensene i det empiriske materialet og ens forforståelse og faglige perspektiv (Thagaard 1998:138). På denne måten fortolkes deler av datamaterialet i et ikke-diskursivt perspektiv.

Det er blitt vanligere å anvende diskursanalyse i sosiologisk forskning, og det har kommet flere relevante artikler og bøker på norsk om temaet<sup>10</sup>. Disse bidragene har vist at diskursbegrepet ikke er uproblematisk og at diskursanalyse som teori og metode har en rekke ulike innfallsvinkler. Ettersom diskursanalytikerer ser på den sosiale verden som omskiftelig, skiller den seg fra mange andre samfunnsvitenskapelige tilnærminger som definerer deler av verden som uproblematisk, for eksempel gjennom uavhengige og avhengige variabler (Neumann 2001:14). Et eksempel på dette kan være at begreper for gitt som helse, ernæring og sykdom. Samtidig er det slik at dersom man kun fortolker den sosiale virkeligheten som et diskursivt felt kan man få en forståelse av at alt er i stadig endring. Mange samfunnsforhold og fenomener består imidlertid i lang tid, og eventuelle endringer går tregt. Ettersom jeg ikke ser all sosial praksis som konstruert og som i stadig endring velger jeg derfor å ikke fortolke

---

<sup>10</sup> Se blant annet Iver B. Neumanns bok "Mening, materialitet, makt: En innføring i diskursanalyse" 2001, samt eget temanummer om diskursanalyse i "Sosiologi i dag" 4/2001



den sosiale virkelighet kun gjennom et diskursivt perspektiv, men også gjennom en supplerende kvalitativ tilnærming. Samtidig anvender jeg diskursanalysen for å belyse det jeg forstår som diskursivt i den sosiale praksis.

## Folkehelsearbeidet – et disiplineringsprosjekt?

Den australske sosiologen Deborah Lupton er engasjert i kunnskapsfeltet kropp og helse. Hun bygger på Foucaults diskursperspektiver i forhold til den disiplinerte kroppen og hennes fokus er særlig rettet mot folkehelsearbeid (Lupton 1994, 1995, 1996).

Lupton har en dialektisk forståelse av kroppen som både biologisk og sosial og hevder at diskurser er med på å forme kroppene i en større sosial sammenheng. Hun har et kritisk blikk på perspektivene som legges til grunn i folkehelsearbeid og problematiserer begreper vi tar for gitt som for eksempel *helse*, *normalitet* og *risiko* (Lupton 1995:4). Lupton hevder at folkehelsearbeidet bidrar til å disiplinere kroppen gjennom diskurser. Diskursene påvirker hvordan vi forstår, tenker om, snakker om og lever med våre kroppene. Makt, kunnskap, verdier og moral blandes sammen i folkehelsearbeidet slik det også i følge Lupton gjøres innen det medisinske vitensfeltet. Hun hevder at helse har erstattet religion som en målestokk for hva man har oppnådd, og at folkehelsearbeidet bidrar til å kommunisere hva som er ansett som en god og riktig måte å leve livet på (Lupton 1995:4). Her bygger hun på Foucaults perspektiver om at medisinen har tatt over for religion i forhold til å legge føringer for hvilke samfunnsnormer som betraktes som relevante og legitime å følge (Schaanning 2000 bind 1:461). Diskursen og praksisen i folkehelsearbeidet handler om makt, der former for samfunnskontroll blir begrunnet og legitimert gjennom helseargumenter (Lupton 1995:4).

Undersøkelser om befolkningens helsestatus, ernæringsanbefalinger og vektkontroller er metoder som bidrar til å disiplinere kroppen og er eksempler på måter staten forholder seg til befolkningens kroppene på. De fleste av undersøkelsene bygger på kvantitative data. Det vies lite oppmerksomhet til kritiske analyser av mulige konsekvenser av folkehelsearbeidet og om det faktisk har effekt (Lupton 1995:6).

I den videre analysen anvender jeg Luptons perspektiver for å belyse eventuell sosial kontroll som konstrueres i folkehelsediskursen.

# Helsebegrepet

SEFs overordnede mål er bedre helse i befolkningen (Virksomhetsplan 2000:5). Helse som begrep kan forstås og defineres på ulike sett. Jeg vil i denne delen kort ta for meg noen av de ulike definisjonene og forståelsene av helsebegrepet som er relevante for min analyse.

Det klassiske medisinske helsebegrepet fokuserer på fravær av sykdom og tar utgangspunkt i statistikk som viser sykdomsutviklingen i befolkningen. Faktorer som miljø, sosioøkonomisk tilhørighet, trivsel etc har ikke vært fremtredende i det klassiske medisinske perspektivet på helse (Folkehelse rapporten 1999:innledningen).

Denne helseforståelsen er kritisert. Flere hevder at fravær av sykdom bare er én faktor for helsen og at man må se helse i en større sammenheng enn rent medisinsk (Elvbakken og Solvang 2002:10, Folkehelse rapporten 1999, St.meld.nr.16 (2002-2003) om Folkehelsepolitikken, NOU 1999:13 om kvinners helse). Kulturelle, sosioøkonomiske, og psykologiske faktorer bidrar til å gjøre helse mer komplekst. Forskning viser at kjønn også er en relevant faktor som har innvirkning på helsestatus<sup>11</sup>.

Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver helse som en slags fullkommen tilstand på de fleste livsområder:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (<http://www.who.int/about/definition/en/>)

Denne helsedefinisjon kritiseres for å være utopisk. Allmennlege Jørgen Skavlan hevder at det kan føre til en ekstra belastning å tro at helse skal være lik å leve et sykdomsfritt eller smertefritt liv (Skavlan 2002).

I følge den svenske professoren Lennart Nordenfelt kan det foreligge sykdom uten uhelse, og uhelse kan foreligge uten sykdom (Nordenfelt 2002). Nordenfelt åpner dermed for at man kan ha god helse selv om man er syk, og at man kan ha dårlig helse selv om man er frisk. Hvordan mennesker mestrer sin livssituasjon eller sykdom, kan bety mer for helsen enn selve sykdommen eller diagnosen.

---

<sup>11</sup> Blant annet belyser Norges offentlige utredninger (NOU 1999:13) kvinners helse i Norge, og hvordan kjønn både som biologi og som rolle har betydning for helse.

## Et offentlig norsk helsebegrep?

Kritikken av det klassiske medisinske helsebegrepet, og WHO's omfattende helsebegrep, belyser at helsebegrepet ikke er entydig og gitt en gang for alle.

I Norge har ulike offentlige utredninger som legger føringer for det forebyggende folkehelsearbeidet belyst at definisjonen av helse forandrer seg i takt med samfunnsutviklingen og de målene som settes. I lys av dette blir derfor enhver helsedefinisjon noe midlertidig, og vil reflektere blant annet rådende ideologi, filosofi, politiske mål og kunnskapsutvikling. Helsebegrepet er utvidet i løpet av det siste århundret, fra det snevre synet på helse som fravær av sykdom, til en mer samlet forståelse av helse som legger vekt på sosiale og personlige ressurser så vel som fysiske evner (Folkehelse rapporten 1999: innledningen).

I følge Nasjonalt folkehelseinstitutt måles den norske befolkningens helse ut ifra et sett av indikatorer som måler sykdom og eventuelt død. Denne helseforståelsen bygger på det som defineres som *negativ helse* som innebærer at helse er fravær av sykdom. Samtidig måles selvpoplevd helse i befolkningsundersøkelsene og baseres på mål som går på både psykisk og fysisk helse og hva slags funksjonsnivå man har samt sosialt velvære.<sup>12</sup>

Utredningen om kvinners helse i Norge tar utgangspunkt i de sykdommer som i stor grad rammer kvinner sammenlignet med menn. I tillegg vektlegges hvordan medisinen, institusjonenes og kulturens beskrivelser av sykdom og helse kan bygge på bestemte kvinnebilder eller fravær av disse. Dette har konsekvenser for forståelsen av kvinners helse (NOU 1999:13 s.13 Utredning om kvinners helse i Norge). Det må antas at dette også kan gjelde for menn, selv om det kan gi andre utslag enn for kvinner. Kjønn som biologi og som rolle kan derfor være en relevant faktor for helseforståelse.

Oppsummert kan man si at det finnes ulike offentlige helseforståelser i Norge. Politiske styringsdokumenter legger vekt på en *samlet helseforståelse* som belyser en rekke faktorer som antas å ha innvirkning på befolkningens helse, som for eksempel kjønn, sosial ulikhet, etnisitet og sosialt nettverk. Samtidig bygger norske helseundersøkelser på et negativt helsebegrep og tar utgangspunkt i kvantitative metoder for å belyse sykdomsforekomst og utvikling. På samme tid måler de i tillegg selvpoplevd helse, noe som bidrar til å forstå helse i en større kontekst.

---

<sup>12</sup> E-post svar på min forespørsel om det eksisterer et offentlig, norsk helsebegrep, fra overlege Marit Rognerud, som arbeider ved det Nasjonale helseindikatorsystemet ved Norsk Folkehelseinstitutt.

## Endring i helseforståelse?

Sosiologen Bill Hughes hevder at et biomedisinsk perspektiv har dominert medisinen de siste hundre årene. Perspektivet innebærer at man ser på kroppen som en maskin der man kan reparere det som er galt eller sykkelig. Det å forstå kroppen som en maskin som består av enkeltdeler som kan skiftes ut eller repareres, bidrar til å ignorere andre aspekter ved det å være et tenkende, følende og sosialt menneske. I følge Hughes er den biomedisinske forståelsen reduksjonistisk i sin tilnærming til kropp og helse fordi den foretrekker biologiske fremfor sosiale, kulturelle eller biografiske forklaringer (Hughes 2000:16). Folkehelsearbeidet i Norge som SEF er en del av, har vært preget av en biomedisinsk forståelse som tar utgangspunkt i en gjennomsnittsbefolkning. Denne forståelsen kan ha bidratt til å tilsløre vesentlige trekk og faktorer som har betydning for befolkningens helse som for eksempel sosial ulikhet (St.meld.nr.16 (2002-2003):47 om Folkehelsepolitikken).

Hughes argumenterer for at det har skjedd en dreining i det biomedisinske perspektivet de senere årene i retning av det han forstår som et biopsykososialt perspektiv (Hughes 2000:16). Det biopsykososiale perspektivet har en holistisk tilnærming til helse. Å leve et sunt liv innebærer i lys av dette perspektivet at man ikke bare har en sunn kropp, men også selv opplever at man har en god helse og et trygt miljø. Helse blir dermed et begrep som omfatter alle dimensjoner ved menneskelig eksistens, i tråd med WHO's definisjon (Hughes 2000, Fox 1993).

I følge Hughes har den helhetlige helseforståelsen fått større gjennomslag de siste årene, også innenfor det biomedisinske perspektivet. I Norge kan man se eksempler på at et mer helhetlig helseperspektiv preger nyere offentlige utredninger knyttet til helse som fokuserer på andre aspekter enn kun fravær av sykdom (Folkehelse rapporten 1999 og 2002, St.meld.nr.16 (2002-2003) om Folkehelsepolitikken, NOU 1999:13 om Kvinnens helse i Norge). I norsk helsevesen kan man også se eksempler på hvordan en mer helhetlig helseforståelse kommer til uttrykk. På flere norske sykehus praktiseres to former for alternativ medisin. Akupunktur brukes på fødestuene som smertelindring og kiropraktorer samarbeider med leger i forhold til skjelettplager.

I den videre analysen tar jeg utgangspunkt i en samlet helseforståelse når jeg belyser SEFs diskurser om helse. En samlet helseforståelse innebærer at helse ikke kun er fravær av sykdom, men er påvirket av en rekke faktorer som kjønn, sosial ulikhet, egen opplevelse av helse og mestring, miljø og nettverket man har rundt seg.

# Kropp og sykdom som kulturelle symbolbærere

Kroppen står sentralt i forebyggende helsearbeid og i SEFs kamp mot overvekten. Den amerikanske filosofen Susan Bordo er influert av Foucault og fokuserer på kroppen som en kulturell symbolbærer (Bordo 1992b). Hun eksemplifiserer dette med hvordan man kan lese den individuelle sykdommen anoreksi<sup>13</sup> som et kroppslig symbolsk uttrykk for kulturen som omgir oss. Sykdommen regnes som en psykisk lidelse, men antas også å være påvirket av sosiokulturelle faktorer. Bordo sammenligner anoreksi med en lidelse som ikke lenger eksisterer i medisinsk terminologi; hysteri. Dette fordi begge lidelsene er overrepresentert blant kvinner og de er begge kulturelt og historisk situert. Det er elementer i disse lidelsene som i følge Bordo peker mot en kulturell påvirkning. Den kulturelle påvirkningen skjer ikke bare gjennom ideologi og forestillinger, men også gjennom organiseringen av familien, gjennom konstruksjonen av personligheten og gjennom opplæringen av vår forståelse for verden (Bordo 1993:49-50). Disse elementene gjør at sykdommer også kan leses som kroppslige uttrykk for den kulturen vi lever i og ikke kun som objektive, fysiologiske individuelle sykdommer (Bordo 1993).

Den norske psykiateren og forfatteren Finn Skårderud og den svenske idéhistorikeren Karin Johannisson har vært opptatt av samme tilnærming som Bordo i forhold til kropp, sykdom og symbolikk. Skårderud anses som en av de fremste ekspertene på spiseforstyrrelser i Norge og har et særlig fokus på kvinnekroppen. Han trekker frem anoreksi og hysteri, slik Bordo gjør, som eksempler på at sykdom foruten å være biologisk også kan leses som en metafor. Skårderud mener at på avstand, gjennom et antropologisk perspektiv, kan psykiske lidelser leses som uttrykk for spenninger og kjernekonflikter i en spesifikk kultur (Skårderud 2000a:30). Spiseforstyrrelser kan derfor forstås som metaforer på spenninger og kjernekonflikter i vår vestlige kultur. Av de som utvikler en spiseforstyrrelse er fremdeles 90 prosent kvinner. Metaforen knyttet til spiseforstyrrelser og hvordan kroppen kan leses som symbolbærer vil derfor også knytte seg til kjønnsrelaterte spenninger og kjernekonflikter i vår kultur.

Johannisson tar utgangspunkt i fysisk sykdom men med et særlig fokus på kvinner og den tidligere diagnosen hysteri. Hun beskriver hvordan synet på kropp og sykdom har endret

---

<sup>13</sup> Diagnosen anoreksi er en spiseforstyrrelse som karakteriseres av motstand mot å opprettholde normal vekt i forhold til alder og høyde, og en intens frykt for fedme eller det å legge på seg. En forstyrret opplevelse av kroppens størrelse og form, og en benektelse av at vekttapet er alvorlig er også trekk ved sykdommen (Skårderud 2000:14).

seg over tid, og hvordan kulturen og tiden vi lever i påvirker hvilke sykdommer som er i fokus og hva som får status og oppmerksomhet (Johannisson 1996). Johannisson setter fokus på europeisk medisinsk historie rundt århundreskiftet 1899-1901. Hun belyser hvordan medisinske diagnoser henger sammen med sosiale og kulturelle strømninger, på tross av en naturvitenskapelig objektiv tilnærming. Hun hevder derfor at definisjoner av helse og sykdomsdiagnoser er sosiale konstruksjoner, og ikke naturgitte sannheter (Johannisson 1996:8).

Overvekt som folkehelseproblem har først kommet i søkelyset de siste årene. For hundre år siden var en mannlig vom symbol på makt og velstand mens overvektsmagen i dag er et symbol på lavere sosial status og dårlige helsevaner (St.meld.nr.16 (2002-2003)). Folkehelseproblemer kan forstås og konstrueres i samspill mellom kunnskapsproduksjon og profesjonelle verdier. Det dreier seg om endringer over tid i kunnskap, forståelsesmåter og handlinger innenfor forebyggende helsearbeid. SEF er bærer av visse kulturelle verdier og det å definere overvekt som et folkehelseproblem handler også om helseprofesjoners og legfolks forståelse av helse og sykdom (Elvbakken og Solvang 2002:10). Sett i lys av Bordos, Skårderuds og Johannissons perspektiver er overvekt som helseproblem ikke en statisk, objektiv diagnose som er upåvirket av kultur og samfunn.

I følge sosiologen Chris Shilling må vi begynne å se kroppen som et materielt, fysisk og biologisk fenomen som ikke er reduserbart til umiddelbare sosiale prosesser og klassifikasjoner (Shilling 1993:10). Han kritiserer det han definerer som sosialkonstruktivistene, blant annet Foucault, for manglende bidrag til analyser av kropp som biologi. Shilling hevder at man ikke bare kan belyse kropp som et teoretisk kunnskapsfelt som kan fortolkes som uttrykk for kulturelle strømninger, og han spør hva som egentlig blir konstruert.

Jeg har valgt en sosialkonstruktivistisk tilnærming til kropp fordi jeg ønsker å stille spørsmål til den kunnskapen om kropp og diagnoser som tas for gitt i den helseforebyggende arbeidet knyttet til overvekt og helse. Måten vi forstår kropp og sykdom på er avhengig av kulturen og tidsperioden vi lever i, og kropp og sykdom får derfor ulik symbolverdi. På denne måten er det ikke relevant om overvekt er helsefarlig i lys av det biomedisinske kroppsperspektivet for det er ikke det jeg ønsker å studere. Jeg ønsker i den videre analysen å belyse hvordan kropp i tillegg til å være et biologisk, materielt og fysisk fenomen kan forstås som et kulturelt symbol for rådende helsenormer og samfunnsmessige prosesser, og ser derfor det sosialkonstruktivistiske perspektivet som relevant i denne sammenheng.

## Ulik kroppssosialisering for gutter og jenter?

I den videre analysen ønsker jeg å belyse om det er kjønnsforskjeller knyttet til overvekt som helseproblem. Forholder menn og kvinner seg forskjellig til kropp, og på hvilke måter kommer dette eventuelt til uttrykk? Disse spørsmålene står sentralt i analysen. Jeg vil her gjøre kort rede for de teoretiske perspektivene jeg anvender når jeg analyserer det empiriske materialet i forhold til kjønn og kropp.

Susan Bordo hevder kvinnekroppen utsettes for mer oppmerksomhet og disiplinering enn mannekroppen i den vestlige moderne verden (Bordo 1992b). I følge Frigga Haug sosialiseres gutter og jenter forskjellig i sitt forhold til kropp fra de er ganske små. Sanksjoner på kroppslig praksis og utseende er ulike for de to kjønnene og følger dem til voksen alder. Haug hevder kvinner kjenner målestokken for sin egen kropps normalitet, og at de vet hvordan denne normaliteten kan oppnås gjennom bestemte klesmåter, frisyre og slankekurer. Det utvikles en skyldfølelse hvis ikke kroppen er slik den burde være (Haug 1990:26).

I følge Haug kan samme verdi, for eksempel sunn kropp, ha ulik betydning for kjønnene. Verdien refererer til ulike praksiser og krever en annen atferd for kvinner og for menn. Hun belyser hvordan moral som verdi for kvinner blir knyttet til kropp, mens moral for menn blir knyttet til eiendom og forretning. Ordspråket *å frata noen uskylden* betyr i følge Haug for menn at de blir innviet i forretningshemmeligheter, mens det for kvinner betyr at de ikke lenger er jomfruer i seksuell forstand (ibid:19).

Moral blir en sterk kraft som atskiller kjønnene. Ettersom moralen blir knyttet til kropp for kvinner, blir jentene sosialisert mye strengere og mer omfattende enn guttene gjør. Gjennom denne moralske sosialiseringen utvikler gutter og jenter et svært forskjellig forhold til egen kropp. Haug anvender begrepet *kroppssentrering* for å beskrive en type sosialisering der alt dreier seg om kroppen, som for jenter i større grad enn for gutter også knyttes til identitet og normalitet (Haug 1990:23). Kroppens tilstand representerer kvinnens holdning til verden i dette perspektivet og dermed blir pleie og kultivering av kroppen nødvendig for å oppnå anstendighet (Haug 1990:25).

Jeg vil trekke Haugs analyse av ulik moral knyttet til kjønn inn i den videre analyse av kjønn og overvekt, der jeg belyser hvordan kvinner og menn forholder seg ulikt til kropp og vekt.

## Oppsummering

Diskursforståelsen som er presentert i dette kapittelet står sentralt for den videre analysen av hvilke føringer som kommer til uttrykk i SEFs kamp mot overvekt. Når jeg belyser om helseforebyggende arbeid kan fortolkes som et disiplineringsprosjekt anvender jeg Foucaults begreper om makt, kunnskap og disiplinering. Jeg ser i tillegg empirien i lys av Luptons perspektiver om folkehelsearbeidet som et biomedisinsk kunnskapsfelt som fortrenger andre forståelsesformer av helse. Faircloughs tredimensjonale metodetilnærming står sentralt i analysen av hvilke andre diskurser SEF bygger på når de formidler overvekt som helseproblem.

For å belyse hvilken helseforståelse som trer frem i SEFs helseforebyggende arbeid, bruker jeg Luptons og Hughes helseperspektiver. Johannissons perspektiv på sykdomsklassifisering og diagnoser som sosialt konstruerte, er også relevant i fortolkningen av SEFs overvektsdiskurs. Jeg anvender Haugs og Bordos kjønnsperspektiver i forhold til kropp når jeg analyserer eventuelle kjønnsforskjeller i datamaterialet.



# Kapittel 3: Metodisk tilnærming

---

I dette kapitlet vil jeg utdype metodiske betraktninger og valg jeg har gjort knyttet til problemstillingene mine, samt presentere Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, og organiseringen av deres arbeid. Jeg vil redegjøre for mine metodiske tilnærminger og deretter innsamlingen av datamaterialet. Refleksjoner rundt forskerrollen beskrives før jeg tilslutt vil redegjøre for fremgangsmåten i analyseprosessen av mitt empiriske materiale.

## Valg av metode

I følge sosiolog Karin Widerberg bør man stille spørsmål om hvordan man kan studere det temaet man ønsker å belyse, før man velger hva slags metode man skal anvende i analysen (Widerberg 2001). Jeg ønsker i denne oppgaven å belyse ulike perspektiver og diskurser i SEFs forebyggende helsearbeid, samt belyse begreper som for eksempel overvekt og helse som ikke problematiseres men tas for gitt i folkehelsearbeidet. Problemstillingene medfører at jeg søker å oppnå en forståelse av hvordan overvekt og helse konstrueres som sosiale fenomener. Jeg er ikke opptatt av statistiske oversikter over forekomst og utvikling av overvekt og helse, utover at statistikken er en del av diskursene. På bakgrunn av dette har jeg valgt kvalitative metodetilnærminger til datamaterialet. Kvantitative metoder stiller strenge krav om reliabilitet og validitet. Kvalitative tilnærminger forutsetter ikke det samme, men kjennetegnes derimot av krav til refleksivitet, samt det å synliggjøre selve kunnskapsprosessen (Widerberg 2001). Kvalitative forskningsmetoder er egnet til å belyse særtrekk, forståelser og helhetsinntrykk ved et fenomen (Repstad 1993).

Mitt metodevalg er inspirert av den sosialkonstruktivistiske retningen innen sosiologien som Foucault og Fairclough betraktes som en del av. Det ernæringsvitenskapelige feltet, her representert gjennom Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF), bidrar til å konstruere diskurser rundt overvekt og helse. Etersom jeg ønsker å studere meningsfeltet knyttet til kampen mot overvekt, har jeg valgt en kritisk diskursanalytisk tilnærming til deler av analysen. Diskursanalysen gir mulighet til å studere hvordan språk og tekst er mer enn bare lingvistikk, og stiller spørsmål ved fenomener og kunnskap vi tar for gitt. Utsagn danner også

i følge diskursteoretikere en form for språklig og sosial praksis. I følge Foucault handler diskurser om makt og kunnskap. De definerer og produserer mening, og bidrar til å styre måten et emne kan bli forstått og snakket om (Hall 1997:44). Diskursanalysen gir anledning til å studere både hvordan SEF er med på å konstruere en forståelse knyttet til overvekt og helse, samt å belyse det Foucault definerer som maktmekanismer som trer i kraft i diskursene.

For å belyse problemstillingene knyttet til kjønn, kropp og helse, har jeg anvendt supplerende kvalitativ metode i tillegg til diskursanalyse. Kvalitativ metode bygger på å stille spørsmål til trekk ved datamaterialet som trer frem ved gjennomlesning og fortolkning. I denne kartleggingen og utforskningen er det fokus på sosiale og ikke individuelle mønstre og sammenhenger (Widerberg 2001:59).

Først presenteres Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, før jeg utdyper den videre metodiske prosessen i innsamling av datamaterialet og fremgangsmåter i bearbeidingen av det empiriske materialet. Presentasjonen tas med for å gi et innblikk i hvordan utviklingen av tema og fokus i ernæringsopplysningen har endret seg i takt med samfunnsutviklingen, og hvordan SEF er organisert på tidspunktet datainnsamlingen foregår. Dette har relevans som bakgrunnskunnskap for den videre analysen og for å forstå SEF som analyseobjekt.

## Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF)

### Historikk

Statens ernæringsråd ble dannet i 1946, og daværende helsedirektør Karl Evang ble utnevnt til leder av rådet. Evang ledet rådet frem til 1953. Fra 1953 til 1996 har rådet hatt fem forskjellige ledere (Haavet 1996:160). Forvaltningsmessig ble Statens ernæringsråd plassert i Helsedirektoratet, i motsetning til mange andre land som plasserte ernæringsspørsmål under landbruksmyndighetene. Det norske valget av forvaltningsmessig plassering kan forklares med Evangs sterke stilling i helse- og sosialpolitikken (ibid:162). Ernæringsrådet hadde representanter fra 5 departementer: Landbruksdepartementet, Forsyningsdepartementet, Kirke- og utdanningsdepartementet, Fiskeridepartementet og Handelsdepartementet. Rådet hadde 14 medlemmer i tillegg til departementenes representanter, samt en representant fra Prisdirektoratet (ibid:163).

Ettersom Statens ernæringsråd ble opprettet rett etter 2.verdenskrig var matforsyning en av hovedutfordringene. Det ble viktig å arbeide for et godt kosthold til alle deler av befolkningen og sikringskost<sup>14</sup> stod på dagsorden. I dag er hovedfokus på den økte gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen og SEF leder kampen mot overvekten. Fokus og problemstillinger som opptok Statens ernæringsråd i 1946 var noe ganske annet enn i dag. Likevel er noen av temaområdene fremdeles de samme, som for eksempel økt forbruk av grønnsaker og ønske om at barn skal ha tilbud om et måltid på skolen ([www.sef.no](http://www.sef.no)).

En økende forståelse av sammenhengen mellom fett i kostholdet og hjertekarsykdommer, førte til en reformulering av ernæringspolitikken løpet av 1960- og 1970-årene. Det resulterte imidlertid i få konkrete tiltak, og det ble ikke satt i gang kampanjer for å redusere fettinntaket til befolkningen eller til næringsmiddelindustrien. Statens ernæringsråd nølte med å sette i gang tiltak for å bekjempe fettinnholdet i maten av flere årsaker. Kostholdsmålsettingene stod i et motsetningsforhold til både landbruksinteresser og margarinindustrien. Interessekonfliktene mellom landbruket og ernæringsrådene var ganske tydelige. Det bidro til å vanskeliggjøre iverksettingen av tiltak, og preget i stor grad arbeidet med å utarbeide en ernæringspolitikk (Haavet 1996:137, [www.sef.no](http://www.sef.no)). Denne sammenkoblingen av ulike interesser som påvirket ernæringsopplysningen er sosiologisk interessant. Statens ernæringsråd har alltid vært opptatt av å gi råd på et så vitenskapelig sikkert grunnlag som mulig. I forhold til fettspørsmålet var det et krav om mer dokumentasjon som ble opprettholdt lenger enn det mange mente var forsvarlig (Haavet 1996:137). På denne måten ble kostholdsrådene dermed farget av landbruks- og margarinindustriens interesser. Dette synliggjør at det har vært flere hensyn som ble ivarettatt når ernæringsopplysningen skulle utformes. Rådene var ikke en ”vitenskapelig sannhet” fordi den også var formet av en interessekamp mellom landbruksinteresser og helseinteresser.

I 1975 kom Stortingsmeldingen ”Om norsk ernærings- og matforsyningspolitikk” (St.meld.nr.32 1975-76), som la opp til et kompromiss mellom hensynet til helse, og hensynet til landbruket. Kompromisset fikk som konsekvens at det ble utarbeidet tvetydige meldinger om hva som var et sunt kosthold ([www.sef.no](http://www.sef.no)). Denne endringen var allikevel et radikalt skifte av fokus fra den tradisjonelle sikringskosten etter krigen (Haavet 1996). Anbefalingene om å kutte ned fettbruken til høyst 30 prosent av det totale kaloriinntaket og at minst 10

---

<sup>14</sup> Sikringskost var et statlig ernæringsiltak etter krigen som var knyttet til rasjoneringskort for å sikre befolkningens næringsgrunnlag fordi det var mangel på en rekke matvarer. Rasjoneringskortene sikret et minimum av blant annet mel, melk, tran, kjøtt og fisk (Haavet 1996)

prosent av fettete skulle være flerumettete fettsyrer, har stått nesten uforandret frem til i dag (ibid:138).

Kampen mot fettete i kostholdet fikk et oppsving på 1980-tallet, da opplysning ble et satsningsområde for Ernæringsrådet. Storstilte kostholdskampanjer ble satt i verk for å få folk til å spise mindre fett og forebygge hjerte- og karsykdommer (ibid:153). Omkring 1990 sank forekomsten av hjerte- og karsykdommer og kampen mot fettinnholdet i maten hadde ført til endringer i befolkningens spisevaner (ibid:157). Forbrukerne hadde selv presset landbruk og næringsmiddelindustri til å produsere magrere matvarer (ibid:138). Rundt 1995 var Statens ernæringsråds koblinger til landbruket redusert. Det satt ikke lenger representanter fra næringer eller organisasjoner men kun fagfolk fra ernæring og helse (ibid:193).

## Endring fra Statens ernæringsråd til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF)

1.mars 1999 skiftet Statens ernæringsråd navn til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, og et nytt arbeidsområde, fysisk aktivitet, ble inkludert. Bakgrunnen var en negativ utvikling i nordmenns fysiske aktivitetsnivå. Vi var blitt et mer stillesittende folk og den fysiske inaktiviteten kunne få negative utslag for folkehelsen ([www.sef.no](http://www.sef.no)).

Endringen førte til mange nye medarbeidere i administrasjonen og stort sett bare nye rådsmedlemmer. Det tidligere Ernæringsrådet bestod av 23 medlemmer, som alle hadde en faglig tilknytning til ernæring.

Etter 1.mars -99 ble det tidligere ernæringsrådet delt opp i to fagråd: Fagrådet for ernæring og Fagrådet for fysisk aktivitet. Hvert av rådene består av 12 medlemmer, med 24 personer totalt. Rådsmedlemmene har sine arbeidsplasser på universiteter og høyskoler rundt om i Norge og møtes 3-4 ganger i året. Utover møtene har de et Arbeidsutvalg, som er møteplassen hvor det daglige arbeidet skjer mellom administrasjonen og Rådet. I Arbeidsutvalget sitter leder og nestleder av Rådet, samt direktøren og informasjonssjefen, kontorsjefen, en representant for de ansatte på fysisk aktivitet og en representant for de ansatte på ernæring. Administrasjonen består av 19 ansatte, og er oppdelt i 4 seksjoner: Seksjon for fysisk aktivitet, Seksjon for ernæring, Seksjon for informasjon og samfunnskontakt og Seksjon for økonomi og administrasjon.

Etter at jeg samlet inn datamaterialet og intervjuet informantene fra SEFs administrasjon, har det skjedd ytterligere endringer. 1. januar 2002 ble SEF innlemmet i det nye Sosial- og helsedirektoratet. Mitt empiriske materiale bygger derimot på organiseringen SEF hadde frem til 2002, og jeg tar derfor utgangspunkt i SEF før omorganiseringen.

## Innsamling av datamaterialet

SEF som institusjon representerer den statlige offisielle helseforebyggende politikken i forhold til overvekt og helse. De arbeider med kunnskapsproduksjon og informasjonsarbeid i forhold til ernæring, fysisk aktivitet og helse og produserer på denne måten helsediskurser.

Ettersom jeg studerer hvordan SEF formulerer og formidler problematikk knyttet til overvekt og helse, hva slags forskning de bygger sitt informasjonsarbeid på, hvilke perspektiv som er i fokus og hvem som gis legitimitet til å uttale seg, var det viktig å samle sentrale dokumenter som SEF legger til grunn i sitt arbeide. Jeg vektlegger SEF som institusjon, og ikke enkeltuttalelser. Det betyr at jeg betrakter SEF som en helhet innenfor en diskursiv fortolkningsramme.

For å få en forståelse rundt organiseringen av SEF, og prioriteringen av forskjellige fagområder, har jeg valgt å ha informantsamtaler med fire sentrale personer i SEFs administrasjon. Dette var et resultat av at jeg ved gjennomlesningen av dokumentene fra SEF skjønnte at jeg trengte mer informasjon om hvilke rapporter og dokumenter som er sentrale for SEF i forhold til overvekt og helse, og hvilke temaer de prioriterte i informasjonsarbeidet.

I følge Weiss kan valg av informanter deles inn i forskjellige kategorier. Man kan velge personer som har spesiell kunnskap om et område, eller man kan velge personer som skal representere en hel gruppe (Weiss 1994). Jeg ønsker både informasjon knyttet til bestemte kunnskapsområder i SEF og at SEF skal representeres som organisasjon. Informantene uttaler seg på vegne av SEF og representerer på den måten en gruppe og ikke seg selv som enkeltindivider. Da informantene ble valgt, var det ut i fra begge av Weiss kategorier.

Utvalget av informanter ble gjort i samarbeid med SEF. I første omgang kontaktet jeg SEFs informasjonssjef som ble min første informant. Informasjonssjefen bidro til en klargjøring av hvordan SEF var organisert, og hvilke temaer som ville være satsningsområder

for SEF i årene som kommer. Han ga innspill til hvilke andre ved SEFs administrasjon som kunne være relevante informanter. Dette kan ha virket styrende for hvilke informanter jeg har fått tilgang til. Men, de som er valgt ut hadde kunnskap om de områdene i SEF som er relevante for mine problemstillinger. Informantene ga blant annet innblikk i hvilket datagrunnlag SEF bygger på, hvordan de utformer informasjonskampanjer og hvordan de velger ut temaer for kampanjene. Jeg fikk også innblikk i deres generelle informasjonsarbeide og hvordan de arbeidet i forhold til overvekt- og helsetematikken.

Jeg samlet inn datamaterialet høsten 1999 og våren 2000. På den tiden var SEF delt opp i administrasjon og to fagråd; Rådet for ernæring og Rådet for fysisk aktivitet. Jeg har valgt informanter fra SEFs administrasjon, og ikke fra Rådene. Dette fordi det er administrasjonen som til daglig arbeider med den praktiske delen av informasjonsarbeidet og har oversikt over hva som skjer i SEF. Rådene møtes kun tre-fire ganger i året. Ellers arbeider de faglige representantene i Rådene til daglig ved ulike forskningsinstitusjoner rundt om i landet. Ved Rådsmøtene fattes vedtak for hvilke prioriteringer og fokus man skal ha innenfor de to fagområdene i SEF, og videre er det administrasjonen som planlegger og iverksetter hvordan dette skal legges opp.

De fire personene som er mine nøkkelinformanter jobbet ved administrasjonen med hvert sitt fagområde som alle var relevante for mine problemstillinger. Den *første* var informasjonssjefen som hadde ansvaret for all informasjon utad og til pressen. Han hadde ikke arbeidet i SEF i så mange år, men hadde oversikt over SEF som organisasjon. Den *andre* informanten hadde vært ansatt i SEF i over 20 år. Han hadde kunnskap om utviklingen i det tidligere Statens ernæringsråd og om hvordan fokus på ulike helsetemaer på SEFs dagsorden hadde endret seg over tid. I tillegg hadde han ansvaret for mye av datatilfanget og forskningen som SEFs informasjonsarbeid bygger på. Den *tredje* informanten hadde også lang ansiennitet i SEF. Hun hadde ansvaret for utforming og gjennomføring av informasjonskampanjer de siste ti årene, og kunne gi innblikk i hva SEF vektlegger når de skal utarbeide informasjonskampanjer og informasjonsmateriell. Den *fjerde* informanten hadde ikke vært ansatt så mange år i SEF, men hadde en sentral rolle i det nye prioriterte arbeidet med å redusere gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen. Hun satt i arbeidsgruppa som var med på å utarbeide Vekt- helse rapporten (2000). Rapporten er sentral i SEFs kamp mot overvekt, og legger føringer for det videre arbeidet (informantsamtale). Informant nummer fire er og den som har ansvaret for en viderefølgning av føringene som kommer til uttrykk i rapporten. Hennes fagområde i SEF er hovedsakelig overvekt og helse, men omfatter også en mindre del av SEFs ansvarsområder, nemlig spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser som

helsetema er tatt på alvor av SEF, fordi de merker seg at mat, kropp og helse for noen også kan være problematisk. Det er allikevel ikke et satsingsområde for SEF. De beskriver det mer som noe man har i bakhodet ved utarbeidelse av informasjon og kampanjer (informantsamtale).

I referansene i analysen velger jeg å kun referere generelt til informantsamtalene. Dette fordi informantene er lett gjenkjennelige og uttalte seg på vegne av SEF, og ikke som enkeltpersoner. På denne måten er de anonymisert i selve analysen.

Informantene bidrar til å se rapporter og dokumenter fra SEF i en større sammenheng, og de peker på hvilke prioriteringer SEF foretar. De har i tillegg hjulpet meg å finne mindre tilgjengelige rapporter, slik at jeg får et bredere bilde av hvilke rapporter og dokumenter som finnes. På denne måten har jeg fått innblikk i hvor stort det ernæringsvitenskapelige feltet er, og dette har gitt meg en erkjennelse av at jeg kun gjør et lite utsnitt av feltet i min oppgave.

Rapportene og dokumentene jeg har samlet inn som empirisk materiale er nært knyttet til problemstillingene omkring overvekt og helse. Dette har bidratt til at jeg allerede i innsamlingen av datamateriale har foretatt et utvalg av tilgjengelige rapporter. Utvalget av rapporter er gjort i lys av mine problemstillinger og avgrenset i forhold til andre områder av ernæringsopplysningen. Disse er for eksempel informasjon til ulike grupper som allergikere og diabetikere, kostholdsråd til gravide og informasjonsprosjekter knyttet til kosthold hos enkelte innvandrergupper (SEFs Virksomhetsplan 2000).

I analysen konsentrerer jeg meg i hovedsak om Vekt- helse rapport nr.1/2000. Denne blir ansett som den mest sentrale rapporten når det gjelder overvekt- og helsetematikken (informantsamtalene). I tillegg omfatter datamaterialet Årsmeldinger fra 1998-2000 (tar for seg hva SEF har jobbet med hvert enkelt av disse årene), Virksomhetsplan 2000 (gir en oversikt over det arbeidet SEF planlegger å prioritere i løpet av året), Strategiplan for 2000-2003 og Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001 som begge gir en oversikt over hvilke strategier og strukturelle tiltak SEF vil jobbe med i årene fra 2000-2003.

De følgende forskningsrapportene er en del av empirien men er ikke så sentrale deler av datamaterialet som de ovenstående dokumentene. Rapportene som ble samlet inn til analysen av SEFs kunnskapsgrunnlag er: ”Norkost 1993-1994” og ”Norkost 1997”, ”Ungkost 1993”, ”Utviklingen i norsk kosthold (1998)”, ”Norske næringsstoffanbefalinger (1997)”, ”The Norwegian diet and nutrition and food policy (1994)”, og ”Kostholdets betydning for dødeligheten av hjerteinfarkt i Norge de siste 100 år (1993)”.

For å få et bredere innblikk i SEFs utvikling som helseformidler på 90-tallet, har jeg også lest ulike dokumenter som ”Statens ernæringsråds informasjonsarbeid: Bakgrunn og

prinsipper (1995/1996)", "Virkemidler i ernæringspolitikken (1995)", "Handlingsplan for økt forbruk av frukt og grønnsaker (1996-2000)", "Rapport nr.1/1997: Forebygging av spiseforstyrrelser", opplysningshefte "Tips om slanking og god mat (1997)" utgitt i samarbeid med Fjernsynskjøkkenet, og "Helse & Kost: Om hvordan matvanene påvirker helsen (1994)". Jeg har også mottatt flere nummer av SEFs eget tidsskrift *Kostbudet*<sup>15</sup> fra 1998-2000.

De nevnte forskningsrapportene ovenfor, og tidsskriftene, har ikke vært dominerende dokumenter i analysen. Rapportene bidrar i stedet til min for forståelse av problemstillingene og har på denne måten vært til nytte i avgrensingen av oppgaven.

Avisene er en sentral kilde til helseopplysning, og er derfor bidragsyttere i helsediskursen. På bakgrunn av dette har jeg valgt å gjøre en analyse av et utsnitt av noen avisoppslag hvor budskapet om overvekt som helsetrussel formidles. Det empiriske materialet er avisutklipp som jeg har samlet fra 1996 – 2000, samt noen oppslag fra 2005, knyttet til kampen mot overvekt. Utklippene er fra de tre største dagsavisene i Norge; VG, Aftenposten og Dagbladet. Det er førstesideoppslag eller oppslag som har fått stor plass inne i avisen som er tatt med i datamaterialet, men utvalget er ikke gjort systematisk.

## Forskerrollen

I følge Foucault blir man selv deltager i diskursen i det man omtaler og diskuterer en diskurs (Schaanning 2000, bind 1:302). En diskursanalytiker må derfor være eksplisitt i forhold til egen rolle i feltet og hvordan dette påvirker analysen (Neumann 2001:178). Mitt utgangspunkt er at jeg analyserer et ernæringsvitenskapelig felt gjennom sosiologiske perspektiver. I følge Karin Widerberg er kjønn relevant for hvilke erfaringer man gjør seg (Widerberg 1995). I lys av en slik forståelse vil mine erfaringer som kvinne ha relevans for valg av problemstillinger og for mine metodiske betraktninger (Widerberg 1995:160). Mitt engasjement for å belyse kampen mot overvekt i lys av et kvinneperspektiv, er basert på erfaringer fra mitt sosiale nettverk. Gjennom oppveksten er det flere av mine venninner som har slitt med spiseforstyrrelser. Som student og arbeidstaker har jeg erfart at lunsjens samtaleemner mange ganger dreier seg om forhold til mat, kropp og slanking. Dette har ført

---

<sup>15</sup> Tidsskriftet *Kostbudet* skiftet navn til *Mat & Mosjon* etter endringen fra Statens ernæringsråd til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet i 1999.



til en interesse for å belyse SEFs helsediskurser i sammenheng med spiseforstyrrelser som helseproblem.

Noe annet som kan ha relevans for selve intervjusituasjonen er min kroppsstørrelse. Dette er bare en refleksjon og fortolkning fra min side, og ikke et forsøk på å svare på om det har hatt innvirkning på intervjusituasjonen. I informantsamtalene var det to av informantene som kom med normative kommentarer og spøkefulle bemerkninger i forhold til kropp og overvekt. Dette tror jeg ikke hadde skjedd dersom jeg som intervjuer var overvektig, og fikk meg til å reflektere over om min kroppsstørrelse hadde betydning for hvordan informantene uttalte seg. Det er ikke mulig å svare på dette, men jeg vil trekke det inn som et moment ved intervjusituasjonen som kan ha hatt betydning for hva som ble vektlagt. I den videre analysen er jeg imidlertid ikke opptatt av overvekt som en personlig erfaring, men som en helsemessig konstruksjon eller realitet.

## Analyseprosessen

I min analyse av datamaterialet har jeg hovedsakelig fulgt Faircloughs tredimensjonale analysemodell som innebærer at man belyser teksten, og så den diskursive praksis, og tilslutt den sosiale praksis gjennom et diskursivt perspektiv. For å analysere den sosiale praksis ikke-diskursive elementer må man også anvende supplerende kvalitativ metode.

Det har imidlertid ikke vært én enkel gjennomlesning av dokumentene etter en bestemt metodisk anvisning. Jeg har forsøkt mange ulike innfallsvinkler til mitt empiriske materiale. Det første jeg gjorde var å lese dokumentene med et særlig blikk på sentrale begreper som kropp, overvekt og helse. Hvilken kontekst står begrepene i, hvordan er de anvendt og hvilken forståelse av begrepene kan jeg lese ut av sammenhengen de står i?

Ettersom jeg leste, har jeg forstått at jeg ble for opptatt av begrepene og at det liknet for mye på en tekstanalyse. Jeg ønsker å studere konstruksjonen av begrepene, og måtte derfor lese dokumentene på en annen måte. Jeg bestemte meg for å lete etter temaer som trådte frem i materialet og som gikk igjen i dokumentene. Da blir lesningen annerledes enn en litterær tekstanalyse. I min analyse beskjeftiger tekstanalysen seg ikke bare med tekstens egenskaper, men også med produksjons- og fortolkningsprosesser. Teksten får materialitet (Winther Jørgensen og Phillips 1999:80). For å analysere SEFs produksjons – og fortolkningsprosesser gjør jeg en analyse av diskursiv praksis (Fairclough 1992:73).

Analysen forutsetter at man går frem og tilbake mellom tekst- og diskursiv analyse, da disse henger tett sammen. Tekstanalysen innebærer at jeg ser på ordbruk og sammenheng mellom setninger som konstruerer diskurser og genre lingvistisk (Winther Jørgensen og Phillips 1999:82). Deretter analyserer jeg hvilke andre diskurser teksten bygger på eller knytter an til både for å skape en tekst, men også for hvordan tekstmottager bruker andre diskurser i sin lesning og fortolkning av teksten. For å analysere den sosiale praksisen knyttet til SEFs diskurser må jeg anvende annen sosiologisk teori i tillegg til diskursanalyse. Dette fordi sosial praksis ifølge Fairclough har både diskursive og ikke-diskursive elementer.

## Oppsummering

Den videre analyse følger hovedsakelig Faircloughs tredimensjonale analysemodell i de delene jeg gjør en kritisk diskursanalyse av datamaterialet som består av at man belyser teksten, den diskursive praksis og den sosiale praksis. Jeg leser empirien med forskjellig utgangspunkt for å se hva jeg kan analysere ut ifra dokumentene. Både ved å se etter begreper, senere etter temaer og til slutt en forsøksvis overordnet lesning der jeg ser etter hvilke forståelser av de ulike temaene som kommer til uttrykk. På denne måten får jeg en innsikt i datamaterialet på tre nivåer. Først på detaljnivå med bruk av begreper og uttrykk som går igjen i dokumentene. Deretter på mellomnivå der jeg leser dokumentene ut i fra temaer som trer frem som sentrale. Til sist leser jeg på et overordnet nivå en mer generell lesning av et kunnskapsfelt med visse trekk som går igjen i referanser til forskning; hva som er i fokus og hva som utelates.

I selve analysen tar jeg utgangspunkt i mellomnivået og det overordnede nivået, der det er temaene som har trådt frem i datamaterialet som har dannet overskriftene i analysekapittelet og i analyseprosessen. Dette fordi det er hensiktsmessig i forhold til hvordan man kan gjøre en diskursanalyse, samt at det er lett å henfalle til ren lingvistisk analyse dersom jeg skulle bli for opptatt av detaljene. Formålet med en sosiologisk diskursanalyse er snarere å belyse kunnskapsforståelser man til daglig ikke stiller spørsmålstegn ved.

Denne fremgangsmåten benytter jeg også når jeg analyserer kjønnsperspektivene i datamaterialet, samt ved analysen av avisenes overvektsdiskurs. Ved å anvende supplerende kvalitativ metode i tillegg til diskursanalyse, belyser jeg aspekter ved den sosiale praksis som i følge Fairclough ikke er diskursive.

# Kapittel 4: Empirisk analyse

---

I foregående kapitler redegjør jeg for kritisk diskursanalyse som teori og metode, og for mine metodiske tilnærminger til datamaterialet. I analysekapittelet vil jeg kombinere diskursanalyse og supplerende kvalitativ analyse når jeg belyser det empiriske materiale.

Diskurser om overvekt, kjønn og helse konstrueres i det offentlige forebyggende folkehelsearbeidet. I denne sammenhengen er diskursen om overvekt representert gjennom Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF), som har det nasjonale ansvaret for det forebyggende arbeidet knyttet til overvekt. Jeg ønsker å belyse hvilke forståelser av overvekt, helse og kjønn som kommer til uttrykk i det helseforebyggende arbeidet. Det sentrale spørsmålet for den videre analysen vil være å betrakte hvilke diskurser som trer frem i SEFs dokumenter og informantsamtaler i lys av et konstruktivistisk diskursperspektiv.

## Diskurser om overvekt

### Overvekt som helserisiko og folkehelseproblem

Et viktig satsningsområde for SEF i årene fremover er å få ned den norske gjennomsnittsvekten, samt forebygge ytterligere vektøkning (Vekt- helse rapport 2000, informantsamtale). Det viser seg at gjennomsnittsvekten har økt med 9,1 kg for menn og 3,7 kg for kvinner fra begynnelsen av 1960-tallet og frem til 1999 (ibid:3).

En arbeidsgruppe i regi av Verdens helseorganisasjon (WHO) konkluderte i en rapport fra 1997 med at forekomsten av fedme viser en alarmerende økning i både i-land og u-land, og at fedmen har store konsekvenser for helse og velferd (ibid:3-9). Fedme innebærer økt risiko for en rekke sykdommer som hjerte - karsykdommer, diabetes type 2, gallesykdom, visse former for kreft, søvnapné, leddplager og belastningslidelser (ibid:4). Overvekt regnes nå av mange som en global epidemi, og er i ferd med å erstatte underernæring og infeksjonssykdommer som viktigste årsak til helseproblemer på verdensbasis (Vekt- helse rapport 2000:3, SEFs Årsmelding 2000:4).

I Norge ble problemene knyttet til vektøkning satt på dagsorden i 1998. En arbeidsgruppe ledet av SEF ga i januar 2000 ut Vekt- helse rapporten, der det ble redegjort for

årsaker til vektøkningen. Helsemessige konsekvenser av overvekt, og forslag til tiltak innen forebygging og behandling ble også belyst. I følge SEF er utviklingen av gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen bekymringsfull, og det iverksettes utredning og tiltak på statlig nivå (Vekt- helse rapport 2000:3 og 9, St.meld.nr.16 (2002-2003):14):

Så langt har informasjon vært det viktigste virkemiddelet i ernæringspolitikken. Framover vil det legges større vekt på strukturelle forhold som for eksempel lovverk og tilgjengelighet til sunn mat. Virkemidler som organisering, koordinering, lovgrunnlag, overvåking, forskning, utviklingsarbeid og kompetanse må ses i sammenheng. (...) Det er nødvendig med samordning mellom ulike sektorer, og det er viktig å videreføre samarbeidet mellom det offentlige, matvarebransjen og forbrukerorganisasjonene (St.meld.nr.16 (2002-2003):36).

WHO er øverste internasjonale helseorganisasjon, og skal forebygge og bekjempe helseproblemer på verdensbasis. Organisasjonen har stor autoritet og legitimitet internasjonalt. WHO. I følge statsviter Iver B. Neumann har en diskurs mye større tyngde dersom diskursen har en institusjon i ryggen (Neumann 2001:128). Legitimiteten og autoriteten kan bidra til at WHO's og SEF's perspektiver på overvekt har tyngde når de to organisasjonene uttaler seg i forhold til helsespørsmål. I Vekt- Helse rapporten (2000) refereres det til rapporter eller forskning fra WHO. I SEF's Årsmelding fra 2000 presiseres det at:

Kontakten med WHO i ernæringsaker skal også ivaretas av SEF (SEF's Årsmelding 2000:26)

Det å referere til en internasjonal organisasjon som har legitimitet og autoritet i spørsmål knyttet til helse kan bidra til forrang eller dominans av WHO's perspektiver på overvekt i diskursene om fedmeøkningen. Det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget som WHO baserer sine helse råd på vil også ha legitimitet fordi det presenteres av WHO. På denne måten er det ett perspektiv som har mer legitimitet og autoritet enn andre når helse settes på dagsorden. Det at ett perspektiv eller én vitenskapelig retning dominerer i diskurser defineres av Foucault som vitenssystemer eller vitensregimer (Foucault 1995:85, Schaanning 2000:81/82), og WHO's perspektiver i overvektsdiskursen kan fortolkes som et vitensregime. Ettersom SEF er nært knyttet til og bygger på WHO's helse råd i forbindelse med ernæring og overvekt, kan også SEF's perspektiver på overvekt og helse tolkes som et vitensregime i diskursen.

I følge Stephen J. Ball handler Foucaults diskursbegrep om "hva som kan sies og tenkes om et fenomen, hvem som kan si det, når og med hvilken autoritet" (Ball 1990:2 sitert etter Hagelund 1998:18). Diskursen om overvekt som et internasjonalt helseproblem og en global epidemi får legitimitet og autoritet når internasjonale og nasjonale helseorganisasjoner er de institusjonene som setter overvekt på dagsordenen. Kunnskapen som formidles tas for gitt som sann og gyldig. Forskning underbygger SEFs og WHO's budskap om overvekt som et helse- og velferdsproblem, og det som formidles, er tilsynelatende et nøytralt budskap om overvekt og dens konsekvenser. Sett gjennom et diskursanalytisk og konstruktivistisk perspektiv produserer tekstene i rapportene og dokumentene fra SEF kunnskap og mening i en større samfunnsmessig kontekst.

I følge den australske sosiologen Deborah Lupton er imidlertid ikke diskursene i det forebyggende helsearbeidet nøytrale, selv om det tilsynelatende kan virke slik. Lupton hevder at språket i nåtidens ernæringsforskning bygger på moralske undertekster rundt kroppslig disiplin og viktigheten av selvkontroll (Lupton 1996:74).

Lupton viser i sine analyser hvordan nåtidens ideal er en sivilisert kropp. Det innebærer at individet har en bevisst og rasjonell kontroll over kroppen som betyr at man følger rådende normer om å ta vare på kroppen i tråd med helseråd om hva som er sunt og helsebringende (Lupton 1995:70). Forebyggende folkehelsearbeid preges av offisielle forståelser av hva god helse er, som for eksempel at fravær av sykdom er ensbetydende med god helse (Lupton 1995:70). Det er lite plass til individets egne definisjoner av god helse som ofte er mer relative, dynamiske og tett relatert til personlige erfaringer (Lupton 1995:72). Helseundersøkelser blant andelen i den norske befolkningen som hadde sykdommer eller lidelser av mer varig natur, kan underbygge Luptons perspektiv. Det viste seg at i 1995 svarte hele 86 prosent av den mannlige andelen, og 82 prosent av den kvinnelige andelen av respondentene at de opplevde sin egen helse som god eller meget god på tross av at de hadde sykdommer eller lidelser av mer varig natur (Folkehelse rapporten 1999). Eksempelvis kan en 80-åring som sliter med ulike helseproblemer, men som klarer å gå i trappen og handle selv, oppleve sin egen helse som god fordi han klarer seg selv og får truffet andre mennesker. Sammenlignet med en 80-åring som ikke lider av en sykdom, men som ikke klarer å gå i trapper eller å handle selv, og som derfor kan oppleve sin egen helse som dårlig.

Det tilsynelatende nøytrale folkehelsearbeidet knyttet til bekjempelse av overvekt, preges også av idealer og normer om disiplinering (Lupton 1995). Med disiplinering forstår Lupton det å ha en rasjonell kontroll over kroppen, og det å ha et bevisst forhold til kropp og sunn mat (ibid). Normer om å ta ansvar for egen helse og å unngå overvekt kan synes å være

fremtredende i dagens samfunn, både i ernæringsopplysningen og i media<sup>16</sup>. Diskurser om overvekt i SEFs rapporter og dokumenter kan hevdes å ikke være nøytrale; de inneholder rådende normer om kropp, helse og vekt. Sett i lys av et konstruktivistisk diskursperspektiv virker diskursen også konstruerende. Det vil si at den er med på å konstruere vår forståelse av hva god helse innebærer, og hva som kan virke truende for vår helse og velferd. Overvekt er av WHO og SEF utpekt som en av vår tids største trusler mot folkehelsen, og får stor gjennomslagskraft gjennom diskursene om overvekt.

## Klassifiseringen av overvekt som helserisiko

SEF og WHO opererer med et vektklassifiseringssystem kalt Body Mass Index (BMI=kg/m<sup>2</sup>) (Vekt- helserapport 2000:9 og 35). Personer med BMI under 18,5 vurderes som undervektige, mens man er normalvektig med en BMI mellom 18,5 og 24,9. Målet skiller mellom overvektig og fet. Personer med BMI mellom 25 og 29,9 vurderes som overvektige, mens man med en BMI over 30 defineres som fet (ibid:9).

Bruken av BMI som mål har imidlertid begrensninger. Målet tar ikke hensyn til at muskler veier mer enn fett. Dette kan gi ulike utslag, som for eksempel at toppidrettsutøvere kan ha en BMI som definerer dem som overvektige:

Man leter stadig etter gode mål på helseskadelig fedme. Kroppsmasseindeks er biologisk lite spesifikt, men er ofte brukt som eneste mål i store undersøkelser. Kroppsmasseindeks skiller ikke mellom fett- og muskelmasse. Dette vises tydelig ved at mannlige norske landslagsutøvere har en kroppsmasseindeks på lik eller større enn 25 (Vekt- helserapport 2000:37)

BMI-målet tar heller ikke hensyn til fettfordelingen på kroppen. Det innebærer at personer kan ha en BMI som ligger innenfor normalvekt, men ha en fettfordeling som gir en økt helserisiko. Det viser seg at lokaliseringen av fett har stor betydning for hvor stor helserisikoen er (Vekt- helserapport 2000:10). Det er særlig magefettet som er en selvstendig risikofaktor for en rekke sykdommer (ibid:37).

---

<sup>16</sup> Vekt- helserapport 2000, SEFs Årsmelding 2000, SEFs Strategiplan 2000-2003. Se også analysedelen om medienes overvektsdiskurs for eksempler på avisoppslag om overvekt og helse.

SEF viser til at det er komplisert å finne ett godt mål for når overvekt blir helseskadelig:

Ved gjennomgang av en rekke studier viser det seg at ulike institusjoner opererer med ulike anbefalte kroppsmasseindeks – nivåer for når over- eller undervekt blir en *signifikant helserisiko*. Grensene varierer i forhold til ulike sykdommer, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Det er med andre ord ikke én kroppsmasseindeks som kan anbefales alle (Vekt- helse rapport 2000:10)

Alder, kjønn og etnisk bakgrunn er faktorer som spiller inn for når overvekt blir en risikofaktor (ibid:10). På denne måten nyanseres bildet av overvekt som entydig helseskadelig ved en klassifiseringsgrense som er BMI over 25. Til tross for disse korte nyanseringene av og refleksjonene rundt når overvekt er helseskadelig (som kun består av tre korte avsnitt på ca én side til sammen), slår Vekt- helse rapporten ensidig fast gjennom resten av dokumentet at overvekt er helseskadelig ved en BMI over 25 (ibid:11).

Samtidig presenterer SEF forskningsresultater som viser at det ikke er et entydig bilde av årsakssammenhengen mellom overvekt, sykdomsrisiko og dødelighet (ibid:31-33). Etersom sykdom i seg selv kan påvirke kroppsvekten, er det meget vanskelig å vite om høy eller lav kroppsvekt fører til sykdom, og det er ikke enighet i faglitteraturen om hvordan vekt samsvarer med total dødelighet (ibid:29). Foreløpig finnes det ingen studier, unntatt i spesielle grupper med økt risiko eller etablert sykdom, som har vist at vektreduksjon øker levealderen. Flere studier tyder imidlertid på at en viss vektøkning i løpet av voksen alder er assosiert med lavere dødelighet enn både stabil vekt og vekttap. Andre studier viser at stabil vekt er gunstigst (ibid:55).

Det finnes derfor ingen klare grenseverdier for hva som er somatisk skadelig vekt. Samtidig finnes det positive konsekvenser av en vekt som ligger over det WHO karakteriserer som normalt. Derfor vil anbefalinger med hensyn til vektgrenser måtte inneholde både faglige og verdimeslige vurderinger (ibid:11). Disse modifikasjonene er imidlertid kun omlag fem korte avsnitt totalt, i en rapport på rundt 170 sider, og det er ikke tatt med slike nyanseringer knyttet til i andre dokumenter fra SEF.

I lys av et diskursivt perspektiv er det interessant å se nærmere på hva slags forskning som blir vektlagt, og hva slags forskning som blir utelatt når budskapet om overvekt som helsetrussel blir presentert. Kunnskap om overvekt og dødelighet er ikke entydig, ei heller om vektreduksjon øker levealderen. Nyere forskning har vist at det ikke er overvekten i seg selv som er hovedproblemet, men derimot mangelen på fysisk aktivitet som ofte ligger bak

overvekten. Korrigerer man for fysisk form, finner man ingen økt risiko ved overvekt. Dermed er ikke overvekt i seg selv forbundet med økt risiko for ulike sykdommer, så lenge man er i bra fysisk form (Blair 1996 referert i St.meld.nr.16 (2002- 2003):172). I SEFs formidling av overvekt som helserisiko er ikke dette noe sentralt aspekt, overvekt presenteres som helsefarlig ved en BMI over 25.

De verdimeslige vurderingene knyttet til hva slags forskning som presenteres og hva slags budskap som formidles er sosiologisk interessante. Dette fordi det som formidles sier noe om kulturelle påvirkninger på tilsynelatende nøytrale, medisinske begrunnede argumenter for hvorfor overvekt ikke er ønskelig. Jeg vil belyse dette i den neste delen.

## Overvekt- kun en helserisiko?

Ernæringsopplysningen bidrar med en fortolkningsramme for hvordan kroppsvekt skal forstås gjennom bruk av vektklassifiseringsmålet Body Mass Index (BMI). Halvparten av den voksne befolkningen i Norge defineres som overvektige fordi de har en BMI over 25 (Vekt-helserapport 2000:11). Overvekt betraktes som en helsetrussel, og i lys av dette står nesten halve befolkningen i fare for å utvikle sykdommer på grunn av overvekt. Budskapet om overvekt som helserisiko har derfor relevans for mange i Norge. Jeg vil i denne delen stille spørsmål om overvekt kun er en helsetrussel, eller om overvekt sosiologisk fortolket kan handle om noe mer enn en objektiv diagnose.

Et kjent norsk ordtak sier ”Du blir hva du spiser”. I dette ligger en norm om at du selv er ansvarlig for om du er over-, under- eller normalvektig, og at det du spiser er bestemmende for hvem du er. Dersom du er overvektig er det fordi du ikke har fulgt helseopplysningens råd. I følge Kari Tove Elvbakken representerer overvekten et brudd på normaliteten. Det må settes i verk tiltak og strategier for å oppdra befolkningen til et sunt og riktig levesett, slik at alle kan oppnå normen om normalvekt. Regelmessig vektkontroll står sentralt i denne strategien, noe som er innført i helsekontroller fra vi blir født og til vi går ut av grunnskolen.

Elvbakken synliggjør gjennom sine analyser av norske konstruksjoner av vektnormer at overvekten representerer noe mer enn en objektiv størrelse, og at det er knyttet en rekke moralske normer og verdimeslige vurderinger til hvordan man klassifiserer vekt. Den første vekttabellen ble utarbeidet i 1934 av professor i hygiene, Carl Schiøtz. Det var det første vurderingsverktøyet for vekt i Skandinavia. Overvektens uheldige egenskaper forklares i vekttabellhefte, både at overvekt er helsefarlig, men også at det er uestetisk, og til og med



uappetittelig. Hefkets budskap var at det var viktig å holde seg sunn og funksjonsdyktig, og at korrekt vektkontroll ville gjøre dette mulig (Elvbakken 2002:42-44). For å utarbeide vekttabellen tok Schiøtz utgangspunkt i en masseundersøkelse av rundt 300 kvinnelige sykepleierstudenter som var rundt 23 år og ble betraktet som sunne. Han konstruerte også vekttabeller for menn, da med utgangspunkt i et langt større utvalg av kull med soldater. Schiøtz var opptatt av at de unge kvinnene ikke skulle bli late, likeglade eller forsømme sitt ytre. Det å være overvektig ble av Schiøtz betraktet som noe uskjønt, til og med uappetittlig, og hang sammen med slapphet og dårlig moral. Å være overvektig kvinne var enda litt verre. Da synliggjorde kvinnen mangel på kontroll, og at hun var uten interesse for eget utseende (Elvbakken 2002:46-47). Overvekten representerte manglende viljestyrke, og en neglisjering av utseende, og dersom man ikke kunne påkalle forfengeligheten hos kvinnene kunne vekttabellen bidra til å gi en dytt i riktig retning. Koblinger mellom moral, hva som anses som kroppslig estetisk, dannelse og selvkontroll, blandes sammen med helseargumenter om at overvekt er helsefarlig i det første vekttabellheftet i Skandinavia.

I begynnelsen av 1950-årene ble det utarbeidet nye høyde- og vekttabeller av professor i hygiene Haakon Natvig, som var elev av Schiøtz. Natvig opererte med et større utvalg enn det Schiøtz baserte sin tabell på, og han argumenterte for at det var normalvekt og ikke idealvekt som skulle angis i tabellen. I lys av dette konstruerte han en normalvektskurve. Denne ble ikke basert på gjennomsnittskurver, men ble normativt bestemt ut ifra deler av et statistisk materiale. Tabellen tok for eksempel ikke hensyn til alder eller biologi. Det kunne gi utslag som at 37 prosent av kvinnene i 40-årene ble definert som overvektige, til tross for at de kunne være normalvektige ut i fra gjennomsnittet for sin egen aldersgruppe (Elvbakken 2002:48). En kvinne i 40-årene vil for eksempel ofte ha født flere barn, og vil derfor stort sett veie mer enn en 23-åring som ikke har født. Natvig understreket allikevel at tendensen til å legge på seg med alderen er noe som bør bekjempes (ibid:48). Normer knyttet til hva som er ansett som korrekt helseatferd, kommer her til uttrykk. Vekttabellene Natvig utarbeidet var lenge en sentral norm for vektvurdering (ibid:59).

I dag anvendes det internasjonale BMI- målet for å vurdere overvekt. Dette målet er også konstruert, men grunnlaget for konstruksjonen av BMI er ikke tematisert i litteraturen (ibid:62). Dette er interessant med tanke på at normer og verdimeslige vurderinger som har bidratt i konstruksjonen av akkurat disse vektgrensene, ikke synliggjøres. BMI som vektvurderingsmål har svakheter ved at det ikke tar hensyn til risikofaktorer som fettfordeling på kroppen, eller muskelmasse (Vekt- helse rapport 2000:10). I lys av dette, kan det problematiseres at SEF definerer halvparten av den norske voksne befolkningen som

overvektige fordi de har en BMI over 25. Ettersom overvekt betraktes som helsefarlig, vil en stor andel av befolkningen sykeliggjøres uten at det nødvendigvis foreligger en helserisiko ved en BMI over 25. Den sosiale konstruksjonen av en vektgrense kan derfor ha innvirkning på hvor mange som ”rammes” av en definert helsetrussel.

Det å være slank og normalvektig uttrykker kontroll og at man tar vare på egen helse. Vektreduksjon krever viljestyrke, forsakelse og utholdenhet. Dette er egenskaper som settes høyt i vårt samfunn. Fürst og Widerberg hevder at kampen mot overvekten kan knyttes til kulturelt ubevisste, kollektive angster, som blant annet kan omhandle angsten for å miste kontrollen (Fürst og Widerberg 2001:99). Ved å iverksette tiltak og strategier for å bekjempe overvekt, blir vi ikke bare sunnere, men vi beholder også den kollektive kontrollen. Jeg vil senere i analysen belyse hvordan det jeg forstår som en kollektiv kontroll kan komme til uttrykk i diskursen om helseforebyggende arbeid, og kan fortolkes som en form for disiplineringssprosjekt.

Elvbakken belyser hvordan det også er knyttet en rekke moralske normer og verdimeslige vurderinger til hvordan man klassifiserer overvekt, og Fürst og Widerberg synliggjør at kampen mot overvekten kan omhandle flere problemstillinger enn kun helseaspektet. Overvekt kan således i tillegg til å betraktes som en helserisiko også omhandle rådende normer knyttet til selvkontroll og hva vi betrakter som kroppslig estetisk. Hvordan vi fortolker helse og sykdom i lys av gjeldende normer om hva det innebærer å være sunn vil ha innvirkning på hvordan vi forstår overvekt. Sett gjennom et kritisk diskursivt perspektiv kan overvekt dermed forstås ikke bare som en helserisiko, men kan i tillegg fortolkes som et konstruert fenomen på bakgrunn av ulike problemstillinger.

## Dilemmaer knyttet til risikofokusering i kampen mot fedmen

SEF er klar over at budskapet om overvekt som helsetrussel, kan ha uønskede konsekvenser:

I forbindelse med intervensjon overfor overvektsproblemet, må man være klar over de mulige negative konsekvensene dette kan få. Det kan virke stigmatiserende og medikaliserende å gi alle personer med kroppsmasseindeks over 25 (som er WHO sin grense for overvekt) ”diagnosen” overvektig. I Norge vil denne ”diagnosen” ramme ca. 50 prosent av den voksne befolkningen. Vi vet lite om hvilke konsekvenser et slikt budskap vil få for risikofokusering, selvopptatthet, helseopptatthet, bruk av helsetjenesten eller for forekomsten av spiseforstyrrelser (Vekt-Helserapport1/2000:11)

Denne problemstillingen blir imidlertid ikke fulgt opp videre i Vekt- helserapporten eller i de andre av dokumentene fra SEF<sup>17</sup> som jeg belyser. Avsnittet jeg har gjengitt ovenfor er det eneste stedet denne bekymringen kommer til uttrykk. Problemstillingen knyttet til spiseforstyrrelser blir i stedet videreført i et eget kapittel om vekt og spiseforstyrrelser i Vekt-Helserapporten, men da med særlig fokus på kvinner (Vekt- helserapport 2000:112-125). I tillegg har SEF tidligere gitt ut et eget informasjonshefte om spiseforstyrrelser (Rapport nr.1/1997). Diskursen om overvekt som helsetrussel går derimot igjen i samtlige av de dokumentene fra SEF som jeg belyser. Hvordan budskapet om fedme som trussel for helse og velferd får konsekvenser for den delen av befolkningen som klassifiseres som overvektige vet vi foreløpig lite om i dag, men jeg vil belyse ulike aspekter som kan ha relevans for problemstillingen.

Det er menn som har hatt den største vektøkningen, noe som skulle tilsi at dette får konsekvenser for deres helsebekymring. I Marianne I. Liens hovedfagsoppgave, forteller hennes mannlige informanter at de er opptatt av å *ikke* være bekymret. Mennene forstår det som en ”kvinnelig” aktivitet å være bekymret for sin egen helse (Lien 2004:53). Lien viser til sosiologisk forskning som underbygger at menn ikke er så interessert i å endre helsevaner, selv om vanene er lite helsebringende (ibid:44). I følge forbruksforskning velger kvinner i større grad enn menn matvarer de selv mener er sunt. Nesten dobbelt så mange menn som kvinner velger matvarer de mener er sunt bare av og til eller sjelden (Wandel 1997:122).

---

<sup>17</sup> Årsmeldingene 1998-2000, Virksomhetsplan 2000, Strategiplan 2000-2003 og Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001.

NOU'en om Kvinners helse i Norge (1999:13), og kapittelet om spiseforstyrrelser i Vekt- helse rapporten belyser hvordan en stor andel kvinner sliter i forhold til mat, kropp og vekt (Vekt- helse rapport 2000:kap.7). Det kan se ut som det er en kjønnsforskjell både i forhold til hvordan menn og kvinner forholder seg til helserisiko, og hvordan de forholder seg til kroppsvekt. Denne kjønnsforskjellen vil jeg belyse og utdype i analysedelen om kjønn og vekt.

Da jeg spurte mine informanter fra SEF om hvordan de så på dilemmaet mellom å fokusere på den økende gjennomsnittsvekten, og eventuelle uønskede konsekvenser av denne fokuseringen, påpekte de at disse konsekvensene ikke kunne stoppe dem fra å intervensere overfor overvektsproblemet. Dette begrunnet en av informantene som var sentral i forhold til informasjon utad slik:

Overvekt er et mye større problem enn spiseforstyrrelse, både kommer til å bli og er, og vi kan ikke la være å snakke om det fordi en eller to prosent av spesielt norske jenter har problemer, det kan vi ikke. Men vi kan ta hensyn til det.

Informanten fra SEF konkluderer med at overvektsproblemet er mye større enn spiseforstyrrelsesproblemet, og man kan derfor ikke la være å understreke overvekt som et helseproblem overfor befolkningen. Dette kan tolkes som at hensynet til overvekt som helseproblem går foran hensynet til eventuelle konsekvenser for den gruppen mennesker som lider av eller står i fare for å utvikle spiseforstyrrelser.

Som tidligere nevnt vil ca. 50 prosent av Norges voksne befolkning betraktes som overvektige etter WHO's definisjon. Det betyr at de har en BMI mellom 24,9 og 29,9 (Vekt- helse rapport 2000, NOU 1999:13).

Det er vanskelig å få eksakte tall på hvor mange som lider av en spiseforstyrrelse, men de offisielle statistikkene opererer med en forekomst på ca 2 prosent i den kvinnelige befolkningen i Norge. Blant jenter mellom 13-18 år øker andelen til ca. 8-9 prosent, og blant norske eliteidrettsutøvere er andelen så høy som 20 prosent. 90 prosent av de som har en spiseforstyrrelse er kvinner, ca 10 prosent er menn (NOU 1999:13:82/156). I følge Finn Skårderud er disse tallene i endring. Det er nå flere menn enn tidligere som utvikler spiseforstyrrelser (Skårderud 2000b). Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser, IKS, opererer med at ca. 120.000 personer som lider av spiseforstyrrelser, og at så mange som 230.000 personer er behandlingstrengende i forhold til spiseproblemer ([www.iks.no](http://www.iks.no)). Disse tallene er basert på tall fra en undersøkelse av Gøtestam og Agras fra begynnelsen av 90-tallet (Gøtestam og Agras 1994).

Da jeg spurte informantene fra SEF om de så noen sammenheng mellom overvekt på samfunnsnivå og spiseforstyrrelser på individnivå, skilte de klarere mellom disse tingene:

Det med spiseforstyrrelser er så komplekst, at vi må ikke blande det med overvekt. Overvekt er et mye mindre komplekst saksfelt, det har mye mer med livsstil og hvordan samfunnet er blitt...det har selvfølgelig spiseforstyrrelser også, men det er et mye mindre problem, og psykologisk sett tror jeg det er mye som foregår oppi hodet. Så man skal ikke blande, dette er to helt adskilte ting, selv om overvekt på individnivå kan være en spiseforstyrrelse. Men noe samfunnsproblem er ikke spiseforstyrrelser (informantsamtale).

En av formene for spiseforstyrrelser som nå er med i diagnoseoversikten, er tvangsspising (NOU 1999:13:156, Vekt- helse rapport 2000:115). I følge Vekt- helse rapporten viser estimerte beregninger av forekomsten av de ulike diagnosetyperne for spiseforstyrrelser at de som lider av tvangsspising utgjør den største gruppen blant de som lider av en spiseforstyrrelse (Vekt- helse rapport 2000:115). Disse har ofte en høy kroppsvekt som følge av spiseforstyrrelsens art (overspising). Fedme kan derfor ha en sammenheng med spiseforstyrrelser. Psykolog Charlotte Buhl som anses som en av Norges fremste behandlere i forhold til spiseforstyrrelser og overvekt problematiserer denne tematikken. Hun belyser hvordan slankekurer kan medvirke til utvikling av betydelig overvekt eller vekt- og spiseforstyrrelser. Hun hevder samfunnets holdninger til overvekt som en livsstilssykdom bidrar til at man bebreider seg selv, eller de overvektige, for manglende viljestyrke og ansvarsløshet fordi man tilsynelatende viser at man er feilernært. Slike holdninger gjør det vanskeligere å akseptere eller leve avslappet med en moderat overvekt (Buhl 1996:86-88). Buhls perspektiver i forhold til overvekt representerer en annen tilnærming til overvekt som helseproblem enn de perspektivene som kommer til uttrykk i Vekt- helse rapporten (2000). Det er interessant at andre perspektiver ikke er i fokus når SEF planlegger informasjon og tiltak rettet mot overvektsproblematikken, særlig fordi SEF selv viser til dilemmaet med mulige negative konsekvenser av tiltak rettet mot en reduksjon av gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen. For SEF er imidlertid løsningen på dilemmaet med uønskede konsekvenser av den statlige kampen overfor overvektsproblemet å ikke fokusere så mye på vekt og slanking, men å fokusere mer på SEFs generelle hovedbudskap om å spise sunnere og bevege seg mer (Vekt- helse rapport 2000:11, informantsamtale).

Diskursen om helseskadelig overvekt handler så langt om følgende temaer. For det første handler det om en risiko for en rekke sykdommer, og at det er en økende

gjennomsnittsvekt i befolkningen. For det andre handler det om et klassifiseringsmål på overvekt, BMI, som har visse begrensninger fordi det ikke tar hensyn til fettfordeling, muskelmasse, alder, kjønn og etnisk bakgrunn (Vekt- helse rapport 2000:11). Sett i lys av sosiologiske perspektiver inneholder BMI-målet også verdimeslige vurderinger i forhold til hvordan vi forstår helse, kropp og sunnhet (Elvbakken 2002). Og tilslutt handler overvektsdiskursen om mulige uønskede konsekvenser ved intervensjon mot den økende gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen, som blant annet kan virke inn på forekomsten av spiseforstyrrelser eller problemer i forhold til mat og kropp. I den videre analysedelen vil jeg belyse andre aspekter ved overvektsdiskursen.

## Overvekt som samfunnsøkonomisk problem

Overvekt får ikke kun konsekvenser for helsen, det viser seg at overvekt også får store samfunnsøkonomiske konsekvenser (SEFs Årsmeldinger 1999, 2000). I USA viser forskning at 5,7 prosent av de direkte utgiftene til helsetjenester kan tilskrives fedme. Undersøkelser i en rekke andre land viser at utgiftene knyttet til overvekt/fedme varierer mellom 2-8 prosent av utgiftene til helse- og sosialvesenet. Det er ikke gjort lignende beregninger i Norge, men Norges Diabetesforbund har beregnet at de direkte kostnadene i helsevesenet knyttet til behandling av diabetes lå på ca. 4, 4 milliarder kroner i 1999. Samtidig som gjennomsnittsvekten øker, er det en økning i antall diabetes type 2- tilfeller. Denne lidelsen kan i mange tilfeller forebygges eller utsettes dersom man har en normal kroppsvekt (Vekt- helse rapport 2000:11).

Overvekt defineres her av SEF ikke kun som et helseproblem, men også som et samfunnsøkonomisk problem. De setter fokus på at økt innsats i forhold til forebygging og behandling kan spare samfunnet for store kostnader. Det samfunnsøkonomiske aspektet trekkes frem i to avsnitt i to av SEFs årsmeldinger (1999, 2000) og i Vekt-helse rapporten (2000). SEF argumenterer for hvorfor det er viktig å satse på endret kosthold og økt fysisk aktivitet. Problemstillingen knyttet til det samfunnsøkonomiske aspektet følges imidlertid ikke opp videre i dokumentene fra SEF.

Ved å trekke inn samfunnsøkonomiske konsekvenser av overvekt defineres problemstillinger knyttet til helse og vekt ikke bare som et individuelt problem, men helseskadelig overvekt heves opp på makronivå og synliggjøres som samfunnsproblem. Diskursen om overvekt handler dermed ikke bare om en helsemessig bekymring og at et

samfunn trenger en arbeidsfør befolkning, men også om en bekymring for økte samfunnsmessige utgifter (SEFs Årsmelding 2000:5). SEF beskriver de store utgiftene i forbindelse med overvekt som unødige, og gjør kampen mot overvekten til en samfunnsoppgave, og ikke bare et individuelt valg (SEFs Årsmelding 2000, Vekt-helserapport 2000).

## Helserisiko og sosial ulikhet

I Stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken slås det fast at sosioøkonomisk helseulikhet har økt i Norge de siste tretti årene, og at det gjennomgående er slik at grupper med høyere sosial posisjon har høyere forventet levealder enn grupper med lavere sosial posisjon (St.meld.nr.16 (2002-2003):12). De ernæringsrelaterte helseproblemene rammer ulike deler av befolkningen i forskjellig grad. Blant annet er forekomsten av hjerteinfarkt og overvekt betydelig større blant grupper med lav sosial status. Det viser seg at fysisk aktivitet også henger sammen med sosial status. Det er langt flere med høy utdanning enn med lav som mosjonerer (ibid:13).

I Vekt- Helserapporten er det et underkapittel på under én side som tar opp helsekonsekvenser av overvekt relatert til kjønn, etnisitet og alder, der også sosioøkonomi trekkes inn som en relevant faktor (Vekt- helserapport 2000:33):

Enkelte studier kan tyde på at den relative risikoen for sykdom og død ved ulike kroppsmasseindeks- nivåer er forskjellig avhengig av kjønn, etnisitet, kulturelle forhold, oppvekstforhold og sosioøkonomi (...) Det kan videre se ut som om fedme har større helsemessige konsekvenser for fattige enn for rike (Vekt- helserapport 2000:33)

I tillegg er det et underkapittel som tar opp forskjeller knyttet til utdanning i ulike fylker Norge. Undersøkelser viser at forekomsten av overvekt blant 40- åringene med høyere utdanning er synkende i forhold til andelen av 40-åringene med lavere utdanning i perioden fra 1994 til 1996 (ibid:27). Utover disse to underkapitlene som til sammen utgjør halvannen side i rapporten, er det sosioøkonomiske helseaspektet lite problematisert i SEFs dokumenter om overvekt som helseproblem.

Sett i lys av et sosiologisk perspektiv er det interessant at SEF i liten grad problematiserer sammenhengen mellom utdanning og overvekt. Det er i Norge registrert en sterk sosial ulikhet både når det gjelder helseproblemer og faktorer som påvirker helsen.

Risikofaktorene er ofte spesielt konsentrert i det som forstås som sårbare deler av befolkningen, som følger sosioøkonomiske mønstre. For eksempel er røyking ansett som en risikofaktor og blant dem som har høy utdanning er det en synkende andel av røykere enn blant dem med lav utdanning (St.meld.nr.16 (2002-2003):13). Det fokuseres også på at det er behov for å rette et skarpere søkelys på innvandrerbefolkningens spesielle helseproblemer, fordi det blant annet er en høyere forekomst av kostholdsrelaterte sykdommer i disse gruppene enn ellers i befolkningen (ibid:8, SEFs Virksomhetsplan 2000:17). Myndighetene har derfor gjennom Stortingsmeldingen ønsket å sette fokus på en bedre målretting av tiltak til grupper i befolkningen som er utsatt for høyere grad av risikofaktorer og helseproblemer (St.meld.nr.16 (2002-2003):8/47).

Undersøkelser viser at selv om både sykdomsforhold og sykdomsårsaker i Norge er endret, så har det over svært mange tiår rådet en vedvarende ulikhet i forhold til risikofaktorer for helseproblemer (St.meld.nr.16 (2002-2003):47). På tross av at befolkningen generelt har fått bedre helse de siste tretti år, har helseforskjellene mellom ulike sosiale grupper i samfunnet blitt større nå enn for tretti år siden. Det viser seg at enslige har betydelig dårligere helse og at de har hatt en mindre gunstig helseutvikling sammenliknet med andre grupper, og det er også stor forskjell på menns og kvinners helse. Mennene hadde for eksempel to og en halv ganger så høy dødelighet som kvinnene, og utdanning og inntekt betyr langt mer for menns helse enn for kvinners helse (Rapport 2003:1).

I stedet for å ta utgangspunkt i mangfoldet i den norske befolkningens helse, har folkehelsepolitikken i større grad tatt utgangspunkt i gjennomsnittlige forhold. I følge Stortingsmeldingen kan den norske helsediskursen ha bidratt til å tilsløre sentrale trekk når helsestatus og helseutviklingen beskrives. Det kan også ha betydning for effektene av de tiltakene som er iverksatt (St.meld.nr.16 (2002-2003):47).

Mangelen på fokus på sosial helseulikhet gjør seg også gjeldene i Vekt- helse rapporten som tidligere nevnt (2000), Strategiplan 2002-2003 og Virksomhetsplan 2000. Det skrives gjennomgående om ”den norske befolkningen” eller ”gjennomsnittsnordmannen”, og det gis generelle råd om sunn kost og fysisk aktivitet. Det finnes imidlertid noen unntak i forhold til mangelen på fokus på sosial ulikhet og det å ta utgangspunkt i enkeltgrupper. I SEFs Virksomhetsplan rettes fokus på at sosiale, kulturelle og økonomiske ulikheter i befolkningen er viktige utfordringer i kommende års arbeid med ernæring og fysisk aktivitet i Norge. SEF peker i Virksomhetsplanen på at selv om kunnskapsnivået og interessen for helse, kosthold og mosjon antas å være høy i Norge, er dette ikke nødvendigvis tilfelle for alle grupper av befolkningen. De viser til at økende kulturelt og språklig mangfold, og sosioøkonomisk



ulikhet innen befolkningen generelt gjør at SEFs evne til å nå frem ikke lenger kan tas for gitt (SEFs Virksomhetsplan 2000-2003:6-7). Det sosioøkonomiske aspektet ved overvekt kommer også til syne i noen av forslagene SEF fremmer i forhold til tiltak rettet mot forebygging av overvekt. Det er blant annet foreslått at mye kan gjøres av endringer i skattepolitikken og landbruksforhandlinger for folkehelsen, slik at det kan bli billigere å leve sunt (SEFs Årsmelding 2000:5). Eksempelvis pekes det på at dersom det blir billigere å kjøpe sunne matvarer, vil dette kanskje også få innvirkning for grupper som i dag sliter med dårlig økonomi. Tiltak som bidrar til at barn og unge i alle samfunnslag lettere får tilgang til fysisk aktivitet og sunn kost, kan være å øke antallet timer med kroppsøving på skolen, og innføre frukt- og grønt abonnementsordninger i skolen (Vekt- helse rapport 2000:153).

På slutten av Vekt- helse rapporten er det et avsnitt på 7 linjer som tar for seg nødvendigheten av strukturelle endringer for å bekjempe den sterke økningen i overvekt over hele verden. Ulike virkemidler som skal vurderes er økonomiske (pris-, skatte- og subsidiepolitikk), normative (lovgivning) og fysiske (utforming av nærmiljøet og produkttilgang), i tillegg til pedagogiske (helseopplysning) og kliniske (behandling av helseskadelig fedme) (Vekt- helse rapport 2000:152). Det er dette som stort sett er det som fremkommer av sosioøkonomiske perspektiver på overvektsproblematikken i rapporten.

Den generelle tilnærmingen var også tydelig i informantsamtalene. En av informantene som var sentral i forhold til informasjonskampanjer beskrev den generelle tilnærmingen som et bevisst valg for å nå flest mulig i forhold til det relativt trange budsjettet som var avsatt til slike formål.

På tross av at SEF belyser problemstillingene knyttet til det å innta et *epidemiologisk perspektiv* i folkehelsearbeidet, det vil si at helseopplysning og tiltak rettes mot hele befolkningen på et generelt grunnlag, får ikke problemstillingene foreløpig vesentlige konsekvenser i deres formidling av helse til befolkningen.<sup>18</sup>

Andre nordiske land det vil være naturlig å sammenligne seg med, som Sverige og Danmark, har valgt en annen tilnærming enn den norske folkehelsepolitikken; disse to landene har i stor grad fokus på sosial ulikhet i forhold til helse i den forebyggende folkehelsepolitikken noe som har hatt betydning for hvilke virkemidler og tiltak som er iverksatt (St.meld.nr.16 (2002-2003):47).

---

<sup>18</sup> Dette kan være i endring fra jeg samlet inn datamaterialet i 1999-2000. Sosial- og helsedirektoratet henviser nå på sine nettsider for Nasjonalt råd for ernæring til Rapporten 2003:1 *Bedre helse – større forskjeller* fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt, noe som kan tyde på at fokus på sosial ulikhet er mer fremme i dag.

WHO satte allerede i 1985 reduksjon av helseulikheter som mål for alle sine medlemsland, og hadde en målsetting om 25 prosent reduksjon av sosiale helseulikheter innen år 2000. Det er derfor påfallende at dette er nærmest en fraværende problemstilling i Norge. Gjennom Stortingsmeldingen ønsker regjeringen å rette et langt skarpere søkelys på utfordringen knyttet til sosial ulikhet og helse (St.meld.nr.16 (2002-2003):47). Tiltak som er foreslått er rettet mot bekjempelse av fattigdom og iverksettelse av støtteordninger for grupper som faller utenfor velferdsordninger i Norge (St.meld.nr.16 (2002-2003):49). Problemstillingene er i lys av WHO's fokus og Stortingsmeldingens føringer relevant for SEF. Dette fordi det er SEF som har det nasjonale ansvaret for forslag til tiltak og forebygging av den økende gjennomsnittsvekten i befolkningen, og at forskning viser at overvekt henger sammen med sosial ulikhet (St.meld.nr.16 (2002-2003), Rapport 2003:1).

Oppsummert har jeg belyst at SEF i liten grad fokuserer på sosial ulikhet og enkeltgrupper i sitt forebyggende folkehelsearbeid, men at de i stedet velger en generell tilnærming til hele befolkningen. Dette står i kontrast til hvordan andre nordiske land har prioritert i ernæringspolitikken, der det i stor grad fokuseres på sosial ulikhet knyttet til helse.

## Intertekstualitet og interdiskursivitet i SEFs dokumenter

Jeg har over presentert utsnitt av ulike aspekter i overvektsdiskursen som bidrar til å konstruere en forståelse av overvekt.

I følge Fairclough er det tre dimensjoner i diskursanalysen; tekst, diskursiv praksis og sosial praksis (Winther Jørgensen og Phillips 1999:81). Det kan være vanskelig å skille mellom disse dimensjonene i praksis (Hagelund 1998:26). Jeg vil derfor ikke skille dimensjonene som helt selvstendige nivåer i min analyse, men kommentere de ulike dimensjonene underveis.

Diskursen om overvekt som et helseproblem domineres av et medisinsk perspektiv. Det medisinske perspektivet dominerer blant annet fordi det er WHO, som verdensomspennende helseorganisasjon, som skal forebygge og bekjempe helseproblemer på verdensbasis, og som har satt kampen mot overvekten på dagsordenen. Kampen mot overvekten er satt i verk fordi det ifølge WHO kan dokumenteres at overvekt kan være helseskadelig, og kan øke risikoen for en rekke sykdommer (Vekt- helse rapport 2000). Etersom forekomsten av overvekt er økende i både u-land og i-land, har WHO oppfordret sine medlemsland til å sette kampen mot overvekten på dagsordenen. WHO har definert vekt

etter medisinske kriterier, og konstruert et klassifiseringsmål, der BMI over 25 defineres som overvekt. Rapporter og dokumenter fra WHO har stor legitimitet når det gjelder spørsmål knyttet til helse, ettersom det er den øverste internasjonale organisasjonen når det gjelder folkehelsearbeid.

SEFs fortelling om overvekt bygger på en allerede eksisterende diskurs fra WHO. Det var WHO som først beskrev og satte fokus på en alarmerende økning av overvekt i i-land og u-land (Vekt- helse rapport 2000:9). Norman Fairclough definerer det at man bygger på en allerede eksisterende diskurs for *interdiskursivitet*. Interdiskursivitet kan forstås som en form for *intertekstualitet* som innebærer at teksten bygger på tidligere tekster og utsagn, enten ved å henvise til disse tekstene eller ved å bruke velbrukte eller velkjente formuleringer. Den etablerte diskursen blir på den måten rådende for temaet det redegjøres for (Winther Jørgensen og Phillips 1999:84).

Interdiskursivitet bygger på eller trekker veksler på andre diskurser innenfor en diskursiv praksis. Gjennom interdiskursivitet kan man endre grensene for en diskursorden (for eksempel helsediskursen om overvekt), samt endre forholdet mellom ulike diskursordener.

Diskursordener kan forstås som domene for potensielt kulturelt hegemoni, hvor de dominerende grupper kjemper om å hevde og bevare bestemte strukturer i og mellom dem (Fairclough 1995b:56 sitert i Winther Jørgensen og Phillips 1999:85)

På denne måten kan interdiskursivitet være et tegn på og en drivkraft i diskursiv og dermed sosiokulturell forandring (Winther Jørgensen og Phillips 1999:84). Når SEF bygger på WHO's diskurs om overvekt manifesterer de budskapet om at overvekt er uønsket og helseskadelig, og de overtar forståelsesrammen om overvekt som helseisiko sett i lys av et medisinsk perspektiv. Diskursen om overvekt domineres dermed av to helsefremmende organer som skal forebygge og bekjempe helseproblemer. Ved at SEF viser til rapporter og annen forskning fra WHO for å begrunne sin kamp mot overvekten, skapes en form for intertekstualitet som er med på å forsterke og legitimere diskursen om overvekt som noe negativt og helseskadelig. Ettersom WHO er en respektert helseorganisasjon med stor legitimitet, bidrar referanser til denne organisasjonen til å øke gyldigheten i budskapet om at overvekt er helseskadelig, også i Norge.

Intertekstualiteten kommer også til uttrykk ved at begrepet ”fedmeepidemi” benyttes. Det er WHO som i sin rapport om overvekt som helseproblem fra 1997<sup>19</sup> anvender begrepet ”epidemi” om fedme og overvekt som helseproblem. Ved at WHO definerer fedme som en global epidemi konstrueres en diskurs om fedme som assosieres med andre type sykdommer. Epidemibegrepet forstås vanligvis i dagligtale som en type sykdom som er svært smittsom, og som angriper større eller mindre deler av befolkningen og spres på tvers av landegrenser. AIDS og det såkalte ”fugleviruset” i Asisa er eksempler på sykdommer som beskrives som epidemier. Intertekstualiteten kommer til uttrykk ved at WHO bygger på et begrep som allerede har en innarbeidet fortolking. Begrepet *epidemi* bærer med seg konnotasjoner fra tidligere relasjoner til andre språklige uttrykk som påvirker dets nye relasjoner med tekster og dets situering i nye kontekster (Neumann 2001:178). Det vil si at epidemibegrepet henspiller til tidligere forståelse av begrepet, men ved at WHO og SEF anvender epidemibegrepet for å beskrive overvekt som helseproblem gir de epidemibegrepet og fenomenet overvekt en ny forståelse. Overvekt er ikke smittsomt slik vi tenker på smittsomme sykdommer. Du kan ikke bli overvektig ved å sitte ved siden av en overvektig person, ei heller ved fysisk eller intim kontakt med en person som er overvektig. Sykdommer som tuberkulose eller AIDS, og nå den siste tiden lungesykdommen SARS, er alle eksempler på sykdommer som kan være svært smittsomme ved fysisk kontakt. I forbindelse med utbruddet av SARS-viruset i Asia, Canada og noen få andre land våren 2003, ble det innført karantene og strenge tiltak for å hindre at epidemien spredte seg. Det er slike sykdommer og tiltak man vanligvis forbinder med epidemibegrepet. Dersom en følger betydningen av begrepet slik det er forklart i fremmedordboken fra Kunnskapsforlaget (1991), er det ikke korrekt å anvende i forbindelse med overvekt ettersom overvekt ikke er smittsomt. Jeg har diskutert det med to leger som ikke reagerte på begrepsanvendelsen. Legene begrunnet det med at det er vanlig i medisinen å referere til tilstander som rammer store deler av en befolkning, uavhengig av om tilstanden er smittsom eller ikke, som epidemi. Dette kan kanskje forklare at begrepet tas for gitt i SEFs dokumenter knyttet til overvektsproblematikken, og at det gjengis fra WHO uten motforestillinger eller problematisering. For en hovedfagsstudent i sosiologi, og kanskje for folk flest, som er uten innsikt i medisinsk terminologi fremstår imidlertid begrepsbruken som uvanlig og lite korrekt.

---

<sup>19</sup> Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: World Health Organization, 1998 referert i Vekt- helse rapport 2000.

I et diskursanalytisk perspektiv er begrepsbruken interessant. Ved å anvende epidemibegrepet på en tilstand som ikke er smittsom, innføres nye betydninger og kontekster for begrepet. Diskursen om overvekt tilføres assosiasjoner som tidligere ikke er anvendt i forhold til overvekt. Dette får konsekvenser for tilnærmingen til overvektsproblemet. Etersom epidemier er noe som rammer store deler av en befolkning, setter man overvektsproblemet inn i et epidemiologisk perspektiv. Dette perspektivet innebærer at helsemyndighetene ser på hvilke sykdommer som truer den norske *befolkning*, og hvilke råd og tiltak som skal iverksettes for å hindre en slik utvikling (informantsamtale). Fedme og overvekt truer ifølge norske helsemyndigheter den norske folkehelsen. Ved å kalle det en epidemi som i tillegg er global, får det vidtrekkende konsekvenser. Det iverksettes andre tiltak enn om det ikke hadde blitt betegnet som en epidemi, men en sykdom som bare rammet en enkelt gruppe. En konsekvens av det epidemiologiske perspektivet er at overvektsproblematikken løftes opp på nasjonalt nivå, og det iverksettes strukturelle tiltak som gjelder hele befolkningen. Et eksempel på strukturelle tiltak er forslag om en pris- og subsidiepolitikk. Forslaget innebærer at det som anses som sunn mat blir billigere, mens det som anses som usunn mat, for eksempel sukker og fett, blir dyrere. Andre eksempler på forslag til strukturelle tiltak i kampen mot overvekten er innføring av skolemåltider, og by- og veiplanlegging som legger til rette for fysisk aktivitet og reduserer behovet for bruk av bil (Vekt- helse rapport 2000:154).

Diskursen om overvekt konstrueres dermed både gjennom intertekstualitet, der man anvender begreper som har andre assosiasjoner fra tidligere, og gjennom interdiskursivitet, der man knytter seg opp til og refererer til andre og internasjonale diskurser. Intertekstualitet kan også være at man viser til eller bygger på andre tekster som f.eks. tekst i rapporter og andre type dokumenter (Winther Jørgensen og Phillips 1999:84). Jeg vil her vise et eksempel på en form for intertekstualitet:

SEF mangler likevel ikke utfordringer. I januar 2000 la SEF fram rapporten "Vekt-Helse". Fra begynnelsen av 1960-årene og fram til 1999 økte gjennomsnittsvekten blant 40-årige menn med 9.1 kg. (...) Vektutviklingen skyldes at hverdagsaktivitetene er i ferd med å bli borte. I sin rapport om overvekt kaller Verdens Helseorganisasjon utviklingen "en global epidemi". Overvekt er nå så utbredt at dette er i ferd med å erstatte underernæring og infeksjonssykdommer som viktigste årsak til helseproblemer på verdensbasis (SEFs Årsmelding 2000:4).

Her refererer SEF helt konkret til tekst i en rapport om overvekt fra Verdens Helseorganisasjon (WHO), som var den rapporten som bidro til å sette overvekt på dagsorden for medlemslandene. Ved å vise til denne rapporten og benytte de samme begrepene som WHO bruker i sin tekst, skapes en form for intertekstualitet. SEF synliggjør gjennom intertekstualiteten at overvekt som helseproblem ikke bare er et nasjonalt helseproblem, men et internasjonalt helseproblem. Overvekt som helseproblem er så utbredt at det er i ferd med å bli den viktigste årsaken til helseproblemer på verdensbasis. Og begrepet ”global epidemi” refereres fra WHO’s rapport, slik at begrepet gis gyldighet, og blir brukt på en annen måte enn tidligere. Tekster produsert av WHO har som nevnt tidligere stor legitimitet, ettersom organisasjonen er ledende internasjonalt når det gjelder spørsmål knyttet til helse. Når SEF viser til rapporter fra WHO, som grunnlag for sine egne rapporter, blir legitimiteten til SEF styrket. Intertekstualiteten her består i at SEF refererer til, eller bygger sine rapporter på andre tekster og begreper; i denne sammenheng en rapport om overvekt som helseproblem fra WHO. Dette er også en form for interdiskursivitet, i og med at SEF bygger videre på og henviser til WHO’s diskurs om overvekt som helseproblem uten at de problematiserer bruken av begreper eller forståelsesformer. På denne måten konstrueres en diskursiv praksis i forhold til hvilke tekster det refereres til eller bygges videre på, og hvilke tekster som ikke refereres til eller som blir benyttet som kunnskapsbasis. Sett i lys av Foucaults diskursperspektiv handler dette om makt til å definere hva som er i fokus i diskursen, noe jeg vil belyse nærmere i delen om diskursiv praksis i analysen.

Et annet eksempel på intertekstualitet i dokumentene fra SEF er referansene til hvilke datagrunnlag SEF bygger på i sine anbefalinger. Disse referansene gjør at SEF kan ha en form for enerett til å definere hva som er et sunt kosthold og hva som er den sunne kroppen med god helse:

Nordiske næringsstoffanbefalinger er blitt utarbeidet av felles nordiske ekspertgrupper i 1980, 1989 og 1996. De har dannet grunnlaget for nasjonale anbefalinger og gitt retningslinjer for hvordan man kan sette sammen et kosthold som danner grunnlag for en god helse (SEFs Årsmelding 2000:9).

SEF refererer til ekspertgrupper bestående av fagpersoner med medisinsk og ernæringsvitenskapelig bakgrunn (informantsamtale). Ekspertgruppene gir retningslinjer, og danner grunnlag for nasjonale anbefalinger når det gjelder kost og helse. Det er ikke bare norske anbefalinger, det er nordiske, og det er ikke bare fagfolk, det er eksperter. Legitimitet

skapes ved å trekke på andres ekspertise og tekster som vanskelig kan bestrides i og med at det er nordiske eksperter som sammen har kommet frem til disse retningslinjene<sup>20</sup>.

På samme måte viser SEF til at de har et grundig datagrunnlag når det gjelder sine anbefalinger:

Forbruksundersøkelser om anskaffelse av matvarer i landsrepresentative utvalg av norske privathusholdninger er gjort årlig siden 1975 av Statistisk sentralbyrå. Statistikk over landets matforsyning er innsamlet av NILF og publisert årlig av SEF siden begynnelsen av 1950-årene. Dette datamaterialet utgjør faktagrunnlaget for SEFs årlige rapport "Utviklingen i norsk kosthold" (SEFs Årsmelding 2000:10).

Her refererer SEF både til forbruksundersøkelser gjort av Statistisk sentralbyrå, Norges største offentlige leverandør av data om den norske befolkningen, og de viser til at undersøkelsene er gjort i mange år. Det er en lang rekke tekster innhentet over en lang tidsperiode som danner grunnlaget for SEFs anbefalinger. Ved å vise til disse tekstene, direkte eller indirekte, konstruerer SEF en legitimitet som det eneste statlige organet som gir riktige anbefalinger i forhold til ernæring, fysisk aktivitet og helse. SEF viser til at dersom du følger disse anbefalingene, vil du oppnå en god helse, noe som er målet for SEFs arbeid (SEFs Virksomhetsplan 2000:5). Sett i lys av Foucaults teori, som jeg tidligere har vært inne på, er det slik en vitensdisiplin konstruerer dominans i diskursen.

## Diskursiv praksis

Jeg har i foregående analysedel belyst eksempler på interdiskursivitet og intertekstualitet i SEFs diskurs om overvekt. I denne delen vil jeg belyse diskursiv praksis i SEFs helseforebyggende arbeid. Diskursiv praksis innebærer en produksjon og en konsumpsjon av tekster (Winther Jørgensen og Phillips 1999:80). Det vil her si at SEF gjennom sin produksjon av tekst om overvekt som helsetrussel, er en del av den diskursive praksis.

Det er flere måter å analysere diskursiv praksis på. Jeg har valgt å følge Norman Faircloughs analytiske verktøy; hvordan de konkrete tekstene trekker på andre diskurser

---

<sup>20</sup> Retningslinjene er i dette tilfellet Norske næringsstoffanbefalinger fra 1997, som er resultatet av ekspertgruppens arbeid.

(interdiskursivitet), og på andre tekster (intertekstualitet) (Winther Jørgensen og Phillips 1999:93-94).

Et av formålene med en kritisk diskursanalyse er å kartlegge forbindelsene mellom språket og sosial praksis. Diskursiv praksis er bindeleddet mellom disse to faktorene. Fokuset er på de diskursive praksisers rolle i opprettholdelsen av den sosiale orden og deres rolle i sosial forandring (Winther Jørgensen og Phillips 1999:82). Viten blir muliggjort av en diskursiv praksis, og den diskursive praksisen blir en del av den vitenskapelige erkjennelsesprosessen (Otto 1998:39). Et eksempel på dette er anvendelsen av epidemibegrepet. Begrepet anvendes av WHO, og reproduseres av SEF uten at de problematiserer bruken av begrepet. "Epidemi" får andre konsekvenser for den sosiale praksis, som beskrevet tidligere, enn om det ble anvendt et annet begrep i diskursen om overvekt som helsetrusel.

Språkbruken er del av en diskursorden. Hvert utsagn fungerer som en form for sosial praksis, i det den reproduserer eller utfordrer *diskursordenen* (Winther Jørgensen og Phillips 1999:82-83). Diskursordenen er summen av alle de genrer og diskurser som er anvendes innenfor en sosial institusjon eller et sosialt domene, og er et system som former og formes av spesifikke tilfeller av språkbruk (Winther Jørgensen og Phillips 1999:83). De diskurser og genrer en diskursorden har til rådighet, legger begrensninger på hva man kan si. Samtidig åpnes det for endring av diskursorden hvis man trekker på diskurser og genre fra andre diskursordener eller på nye måter enn tidligere (Winther Jørgensen og Phillips 1999:83).

Jeg har tidligere i analysen belyst at tekstene som SEF produserer er preget av et medisinsk perspektiv. Tekstene trekker på begrepsbruk fra andre medisinske områder som for eksempel epidemibegrepet; en form for intertekstualitet. Tekstene trekker også på andre diskurser som fra WHO, interdiskursivitet, som er med på å reprodusere SEFs egen diskurs om overvekt som helseproblem. De data SEF bygger på når de konkluderer med at overvekt er et helseproblem er kvantitative og medisinske. Eksempler på dette er undersøkelser som Norkost (1997), Ungkost (1993), Norske næringsstoffanbefalinger (1997) og Vekt-Helserapporten (2000) som presenterer statistikk om ulike helseforhold, men som ikke belyser befolkningens helseforståelse eller hvordan befolkningen tar til seg helseopplysningen. Lupton hevder at folkehelseopplysningen har tette bånd til biomedisinen, som favoriserer forskning basert innsamlingen av empirisk kvantifiserbare data. Den har en tendens til å nedvurdere mer humanistiske, kritiske, teoretiske og fortolkende tilnærminger (Lupton 1995:1). I lys av Luptons perspektiv kan datagrunnlaget og språkbruken i disse undersøkelsene legge føringer på de genre og diskurser som dannes i SEFs diskursorden.



Gjennom undersøkelsene SEF baserer sitt kunnskapstilfang på kan man se hvilke vitenskapsfelt som dominerer i diskursen. De genre og diskurser som konstrueres i diskursordenen legger begrensninger på hva man kan si (Winther Jørgensen og Phillips 1999:83). Diskurser handler også om makten til å definere hva som er sann og relevant kunnskap, hva som er viktig og hvem som har rett til å uttale seg (Hall 1997:44).

På bakgrunn av de undersøkelsene SEF bygger på i sitt informasjonsarbeid preges diskursordenen av et medisinsk perspektiv og en medisinsk språkbruk fordi SEFs kunnskapskilder i stor grad baseres på et medisinsk, kvantitativt datagrunnlag (informantsamtale). Det konstrueres en ernæringsmedisinsk genre og en helseforebyggende diskurs om overvekt som begrenser hva man kan snakke om når det gjelder overvekt som helserisiko, eller når det gjelder hva som er helseforebyggende. Diskursordenen utfordres ikke i dokumentene fra SEF av andre genre eller nye måter å tilnærme seg problemet på, og det åpnes derfor ikke mye for endring av den bestående diskursordenen. For eksempel hadde det vært interessant å trekke inn sosiologiske og psykologiske perspektiver i det forebyggende helsearbeidet knyttet til overvekt, basert på de problemstillingene SEF selv presenterer i Vekt-helserapporten (2000), men i liten grad følger opp videre i forslag til strategier og tiltak. Det å trekke inn andre perspektiver er interessant fordi det kan bidra til andre forståelsesformer, andre tilnærminger og andre forslag til andre årsaksforklaringer og tiltak enn hvis det kun er ett perspektiv som dominerer i diskursen. Sett i lys av Foucaults diskursperspektiv handler dette om makt til å definere hvilket perspektiv som skal være det rådende i overvektsdiskursen, og som fremstår som det Foucault definerer som "vitensregime" (Foucault 1995).

Jeg har i denne delen av analysen forsøkt å belyse hvordan SEFs diskursive praksis, og diskursorden om overvekt som helserisiko, synliggjør at en bestemt type genre og diskurs dominerer i overvektsdiskursen. Makt og dominans i diskursene vil jeg komme tilbake til under delen av analysen der jeg belyser folkehelsearbeidet i lys av makt- og disiplineringsbegrepet.

# Diskurser om kjønn og vekt

Jeg har tidligere i analysen belyst overvektsdiskursen som trer frem i SEFs forebyggende helsearbeid. I forskningen som presenteres i SEFs dokumenter synliggjøres imidlertid noen klare kjønnsforskjeller, noe jeg vil belyse i denne delen av analysen. Problemstillingene som her tas opp er hvorvidt det er slik at overvekt innebærer en like stor helserisiko for alle? Og handler diskursen om overvekt også om forskjeller mellom kjønn? Jeg vil i den videre analysen belyse overvektsdiskursen i lys av et kvinneperspektiv.

## Kjønnsforskjeller i forhold til overvekt og helserisiko

Fra 1960 til 1999 har gjennomsnittsvekten for menn økt dobbelt så mye sammenlignet med antall kilo for kvinner (Vekt- helse rapport 2000:3). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) viser at i aldersgruppen over 45 år er det dobbelt så mange overvektige menn som kvinner (Tønnessen 2002). Helseundersøkelser gjort i perioden 2000 til 2001 viser at blant 40- og 45-åringene i Hedmark, Oppland og Oslo var om lag halvparten av kvinnene og tre fjerdedeler av mennene overvektige, sett i lys av BMI-målet. Samme undersøkelse viser imidlertid at menn har gått opp ca 5,0 kg og kvinner ca 5,8 kg ([www.fhi.no](http://www.fhi.no) Nasjonalt Folkehelseinstitutt). Undersøkelsen står i kontrast til funnene som ble presentert i Vekt- helse rapporten i januar 2000, der kjønnsforskjellen i vektøkningen var mye større, henholdsvis 9,1 kg for menn og 3,7 kg for kvinner (Vekt- helse rapport 2000:3, St.meld.nr.16 (2002-2003):13). Jeg har ikke funnet noen forklaring på forskjellene i disse funnene, men har på bakgrunn av en henvendelse til Nasjonalt Folkehelseinstitutt forstått at forskjeller i tallene kan sammenheng med over hvor mange år datamaterialet er samlet inn<sup>21</sup>. I den følgende analysen tar jeg utgangspunkt i tallene som er presentert i Vekt- helse rapporten ettersom det er SEFs dokumenter jeg analyserer.

---

<sup>21</sup> Jeg fikk følgende e-postsvar fra Nasjonalt Folkehelseinstitutt på forespørsel om de hadde en formening om hvorfor tallene var forskjellige: ”Vi mener denne forskjellen først og fremst skyldes at Vekt- helse rapporten snakker om vektøkning over en periode på rundt 30 år, mens faktaarket på våre nettsider tar for seg ca. 15 år, fra 1985 til rundt 2000. Og siden kvinner hadde en vekt nedgang rundt 1970, så ble vektøkningen for kvinner større i den siste 15-årsperioden enn i 30-årsperioden. Kvinner hadde altså en annen vektutvikling i 1970-årene enn menn, men en liknende vektutvikling fra ca. 1980”.

Undersøkelser viser at fedme som helserisiko er avhengig av flere faktorer, der fettfordelingen på kroppen er én av disse (Vekt- helse rapport 2000:37). Fettfordelingen på kroppen er ofte ulik for kvinner og menn. Mens kvinner stort sett har fettfordelingen rundt hofter, rumpe og lår, har menn oftere fettfordelingen på magen (ibid:36). Magefettet innebærer en høy risikofaktor for bl.a. hjerte-karsykdommer (ibid:36/37), noe som i større grad rammer menn (Haavet 1996:137).

Ny forskning presentert i Aftenposten 14. juli 2005 under overskriften ”Verst for fete menn”<sup>22</sup> viser at det er forskjellig helserisiko knyttet til overvekt for kvinner og menn. Forskerne tror det kommer av at kvinner legger på seg på underkroppen, mens menn legger på seg på overkroppen. Kvinner kan fra naturens side være bedre rustet til å takle overvekt fordi ekstra fett har vært nødvendig under svangerskap og amming. Ekstra fett har aldri vært nødvendig for menn, og helserisikoen ser derfor ut til å være større for menn enn for kvinner. Dette funnet støttes av tidligere forskning som viser at en viss overvekt hos kvinner er biologisk betinget, fordi kvinner fra naturens side skal kunne lagre energireserver i kroppen for å ha nok næring til amming (NOU 1999:13:82).

En av informantene som var sentral i forhold til informasjonsarbeid utad, påpekte kjønnsforskjeller i helserisiko og i slankeatferd:

For det ser man jo, at kvinner har en mer gunstig fordeling av fett, som ikke innebærer så stor helserisiko. Men, når man ser på hvem som ønsker å slanke seg, så er det jo en betydelig større andel kvinner enn menn (informantsamtale).

Informanten påpeker at kvinner, som har minst helserisiko knyttet til overvekt, er de som ønsker å gå ned i vekt. Dette er interessant fordi det i SEFs overvektsdiskurs i stor grad formidles et budskap om en generell helserisiko ved overvekt. Det refereres imidlertid i Vekt-helse rapporten til undersøkelser som skiller mellom menn og kvinner. I et avsnitt med et omfang på under en halv side, med overskriften ”Helsekonsekvenser av overvekt relatert til kjønn, etnisitet og alder”, tar SEF opp helserisikoen knyttet til kjønnsforskjeller (Vekt-helse rapport 2000:33):

(...) den relative risikoen assosiert med økt kroppsmasseindeks var litt lavere for kvinner enn for menn (ibid).

---

<sup>22</sup> Undersøkelse fra det nederlandske sykehuset Hospital Reinier de Graaf Groep ved Dr.Emile Dubois, som ble presentert i Aftenposten 14.juli 2005:14

Den halve siden er det eneste stedet der variasjoner i helserisiko knyttet til kjønn, etnisitet, kulturelle forhold, oppvekstforhold og sosioøkonomi blir presentert (ibid). At problemstillingene kun vies så liten plass i rapporten synliggjør at temaet ikke regnes som særlig sentralt for SEF. Det kan synes noe underlig at ikke problemstillingen blir vektlagt i større grad, ettersom disse variablene har innvirkning for hvor stor helserisikoen er ved overvekt (St.meld.nr.16 (2002-2003)). Og denne forskjellen i helserisiko ser ikke ut til å få konsekvenser for SEFs strategier og tiltak i forhold til forebygging av overvekt. I stedet skrives det konsekvent om ”befolkningen”, ”nordmenn”, ”gjennomsnittsnordmannen”, ”nordmenns helse”, ”det norske kostholdet” og ”folkehelsa” (Virksomhetsplan 2000, SEFs Strategiplan 2000-2003, Plan for strukturelle tiltak 2001, Årsmelding 1999, SEFs Årsmelding 2000, Vekt- Helserapport 2000). Her følger noen eksempler:

(...) å belyse utviklingen av vekt og kroppsmasse i den norske befolkningen (Vekt-helserapport 2000:13).

Den overordnede målsetningen med vår virksomhet er å bidra til befolkningen får en best mulig ernærings situasjon og stimuleres til økt fysisk aktivitet (Rapporten ”Utviklingen i norsk kosthold” 2001:2).

Nordmenn spiser grønnsaker som aldri før. (...) Det betyr at gjennomsnittsnordmannen spiser ca. 3 porsjoner frukt og grønt hver dag (SEFs Årsmelding 2000:4).

Fra et helsemessig synspunkt inneholder norsk kosthold fortsatt for mye fett, særlig mettet fett, for mye sukker og salt, og for lite av matvarer rike på stivelse, kostfiber og antioksidanter, slik som grovt brød og grønnsaker (SEFs Årsmelding 2000:10).

Det at SEF formidler generell kunnskap til befolkningen i informasjonskampanjer og gir generelle råd, som å spise frukt og grønnsaker og å være fysisk aktiv, kom også frem i informantamtalene. Flere av informantene presiserte imidlertid at informasjonen baseres på undersøkelser som skiller på variabler som kjønn, utdanning, geografisk tilhørighet og alder, som for eksempel Norkost (1997) og Ungkost (1993).

Helseundersøkelser fra 1985 og 1995, og Levekårsundersøkelsen fra 1998 viser at kvinner generelt spiser sunnere, og lever lengre enn menn (Tønnessen 2002). Nesten dobbelt så mange kvinner som menn har høyt forbruk av frukt og grønt (ibid). Dette innebærer at kvinner i større grad enn menn allerede følger SEFs råd om et sunnere kosthold. Forskning viser imidlertid at på tross av at kvinner spiser sunnere og lever lenger enn menn, så er det flere kronisk syke kvinner enn menn. Kjønnforskjellene i sykdom kan skyldes biologiske

ulikheter og forskjeller i hvordan menn og kvinner lever sine liv, hvilke muligheter og utfordringer de møter og hvordan de håndterer dem. Eksempelvis har kvinner gjennomgående lavere inntekt enn menn, de har en annen arbeidstilknytning og de føder barn (Tønnessen 2002, NOU 1999:13 s.54 om kvinners helse i Norge).

Kjønnsforskjellene er dermed knyttet til selve helserisikoen forbundet med overvekt, i tillegg til at forskjellene trer frem i lys av hvordan kvinner og menn forholder seg til et sunt levesett. Det er også kjønnsforskjeller knyttet til dødelighet, og til sykdommer.

I den følgende analysedelen vil jeg konsentrere meg om kjønnsforskjeller knyttet til hvordan kvinner og menn forholder seg til egen kropp og vekt.

## Kjønnsforskjeller i forhold til individets opplevelse av kropp og vekt

Et sentralt spørsmål i denne delen er om diskurser om overvekt også handler om forskjeller mellom kjønnene når det gjelder eget forhold til kropp, vekt og helse?

I kapittelet om spiseforstyrrelser i Vekt- helse rapporten, som jeg tidligere har referert til, beskrives klare forskjeller mellom kvinner og menn i syn på egen kropp. Kapittelet er på ca. 9 sider i en rapport på ca. 170 sider (Vekt- helse rapport 2000:112-121). Der belyses hvordan spiseforstyrrelser diagnostiseres, forekomst, forklaringsmodeller, litt om kroppsidealer, slanking, behandling og forebyggende tiltak. Dette kapittelet er imidlertid relativt løsrevet i forhold til resten av rapporten; flere problemstillinger knyttet til kjønnsforskjeller i forhold til kropp og slanking behandles ikke i sammenheng med resten av rapporten.

Jeg har tidligere belyst SEFs bekymring knyttet til intervensjon mot den økende overvekten (Vekt- helse rapport 2000:11). Vi vet foreløpig lite om hvilke konsekvenser budskapet om overvekt som helserisiko vil få for blant annet forekomsten av spiseforstyrrelser, men SEF viser til budskapet om at overvekt er helseskadelig kan ha en konsekvens i forhold til forekomsten av spiseforstyrrelser.

Slik situasjonen er i dag er spiseforstyrrelser en kjønn sykdom. Det hevdes at hele 90 prosent av dem som oppsøker helsevesenet for behandling av sykdommen, er kvinner (Vekt- helse rapport 2000:115). I følge psykiater Finn Skårderud, en av Norges ledende eksperter på lidelsen, er dette i ferd med å endre seg. Han hevder at i tiden fremover vil spiseforstyrrelser

være et økende problem også blant gutter (Skårderud 2000b). Det kan tyde på at kjønnsforskjellene i forhold til kropp og vekt kan være i endring.

Selv om de normal- eller undervektige, er det mange unger jenter som opplever seg selv som tykke:

(...) mange av jentene var svært slanke, i det 31 prosent hadde en KMI<sup>23</sup> på 15-19 (undervektig), mens 58 prosent hadde en KMI på 19-24 (normalvektig), 9,6 prosent på KMI 24-29 (overvektig), og 1,6 prosent hadde en KMI større en 29 (fedme). Likevel svarte så mange som 27 prosent av jentene at de opplevde seg selv som for tykke, og 18 prosent rapporterte at de hadde slanket seg (Vekt- helse rapport 2000:17)

For ungdom i alderen 16-19 år tyder data på at andelen undervektige er betydelig høyere enn andelen overvektige, spesielt blant jenter. Og til tross for at ungdommene er normal- eller undervektige, ønsker mange jenter å slanke seg (Vekt- helse rapport 2000:3, NOU 1999:13:82)

Også blant voksne er det kjønnsforskjeller i forhold til kropp, vekt og slanking. Undersøkelser viser at 40 prosent av mennene og 60 prosent av kvinnene i alderen 20-69 år ønsker å slanke seg. I den voksne normalvektgruppen er kjønnsforskjellen i ønske om å slanke seg særlig tydelig. Kun 13 prosent av mennene ønsker å slanke seg, mens hele 40 prosent av kvinnene har ønske om det samme. Særlig blant kvinnene under 30 år er andelen meget høy, nesten 50 prosent av de normalvektige i denne aldersgruppen ønsker å slanke seg (Vekt- helse rapport 2000:112).

Sett i lys av disse tallene, trer det frem noen paradokser. Gjennomsnittsvekten har økt med dobbelt så mange kilo for menn som for kvinner. Helse risikoen ved overvekt er større for menn enn kvinner. I aldersgruppa over 45 år er det dobbelt så mange overvektige menn som kvinner. Denne aldersgruppa har økt risiko for hjerte- og karsykdommer. Kvinner generelt spiser sunnere, og lever lengre enn menn, og de følger allerede i større grad enn menn kostholdsradene om høyt forbruk av frukt og grønt. Selv om de er under- eller normalvektige, er det markant mange flere kvinner enn menn som ønsker å slanke seg (Vekt- helse rapport 2000, NOU 1999:13, Tønnessen 2002, Wandel 1997, Haavet 1996).

Hvorfor følges ikke disse kjønnsforskjellene mer opp i SEFs dokumenter om strategier og tiltak knyttet til overvekt som helseproblem når den trer så tydelig frem? For SEF velger, til tross for disse forskjellene, en epidemiologisk tilnærming til overvektspromatikken.

---

<sup>23</sup> KMI (Kroppsmasseindeks) er det samme som BMI (BodyMassIndex)

Med epidemiologisk tilnærming forstår jeg at de har hovedfokus på generelle råd rettet mot hele befolkningen.

Jeg har ikke funnet noe klart svar på hvorfor ikke kjønnsforskjellene er mer fremme i SEFs overvektsdiskurs. Kanskje kan det være fordi diskursen i folkehelsepolitikken tradisjonelt har satt fokus på gjennomsnittlige forhold, og ikke på enkeltgrupper (St.meld.nr.16 (2002-2003:47)? Begrunnelsen informantene gav var at SEFs budskap om sunt kosthold og fysisk aktivitet var gyldig for alle grupper, uavhengig av kjønn, alder og etnisitet. SEF har imidlertid informasjonsarbeid rettet mot særskilte grupper i befolkningen som for eksempel gravide, personer med allergi, og personer med flerkulturell bakgrunn (informantsamtaler, Virksomhetsplan 2000).

Sett i lys av mulige uheldige konsekvenser av budskapet om at overvekt er helsefarlig kan det se ut som det kan ramme kvinner i større grad enn menn. Spiseforstyrrelser er i høy grad en lidelse som har vokst frem under spesifikke sosiokulturelle forhold. Forekomsten av spiseforstyrrelser avspeiler kulturelle holdninger til kropp og mat, og er nært knyttet til slankeatferd i befolkningen (NOU 1999:13:82 om kvinners helse i Norge). Det å slanke seg ved normalvekt øker risikoen for å utvikle spiseforstyrrelser (ibid:156). All fokuseringen på helserisikoen forbundet med overvekt, sammen med et sterkt fokus på kroppsidealer og tynnhet som et symbol på kontroll, er i følge Reden årsaker til at så mange normal- og undervektige ønsker å redusere sin vekt (Reden (1992) referert i Vekt- helse rapport 2000:112). SEF viser til at slanking kan være en risikofaktor for å utvikle spiseforstyrrelser:

Overvekt er et samfunnsproblem, og helserisikoen forbundet med alvorlig overvekt er vel dokumentert – og hyppig formidlet. Forskningsbasert viten knyttet til hvilke konsekvenser denne påvirkningen har for enkeltmennesket, er derimot mangelfull. Slanking og hyppige vektvariasjoner er risikofaktorer for utvikling av spiseforstyrrelser (Vekt- helse rapport 2000:113)

Psykolog Charlotte Buhl, en av Norges fremste eksperter på overvekt og spiseforstyrrelser, hevder at gjentatt slanking i mange tilfeller fører til økt overvekt. Mange går kraftig ned i vekt gjennom strenge dietter, men vender tilbake til sine tidligere matvaner når slankekur er over og ønsket vekt oppnådd. Kroppen har gjennom dietten vendt seg til et lavt energiinntak, og senket forbrenningen. Når personen spiser normalt igjen, tar det en stund før forbrenningen tilpasser seg det økte energiinntaket. Gjentatte slankekurer med hyppige vektvariasjoner kan forstyrre forbrenningen slik at man lettere legger på seg enn man gjorde før vektreduksjonene. Forskere har over en fire års periode fulgt personer som slanker seg, og så å si alle som

slanker gjenerobrer sin opprinnelige vekt etter noen måneder eller i løpet av et par år. Det viser seg å være nesten umulig å vedlikeholde et oppnådd vekttap uten å fortsette med stadig nye slankekurer (Buhl 1996:89)<sup>24</sup>. I lys av disse undersøkelsene kan slanking og økt overvekt ha en sammenheng på individnivå.

Det er tre hovedtyper spiseforstyrrelser: Anoreksi, bulimi og patologisk overspising (også kalt Binge Eating Disorder, eller tvangsspising). I følge Göttestam og Rosenvinge er det store forskjeller i fordelingen på de ulike diagnosene når det gjelder norske kvinner som lider av en spiseforstyrrelse. I aldersgruppen 15 til 44 år regner man med at det er 0,3 prosent som lider av anoreksi, to prosent som lider av bulimi og tre prosent som lider av tvangsspising. Undersøkelser tyder på at forekomsten hos kvinner når det gjelder tvangsspising bare er en halv gang større enn hos menn<sup>25</sup>. Kjønnsforskjellene, som det tidligere refereres til, er knyttet til anoreksi og bulimi, mens forekomsten av tvangsspising ikke har like tydelige kjønnsforskjeller. Mens anoreksi fører til undervekt, og bulimikere stort sett er under- eller normalvektige, fører tvangsspising oftest til fedme. Spiseforstyrrelser og overvekt kan derfor ha en sammenheng på individnivå.

Undersøkelser viser at mellom 48 og 70 prosent av kvinner i alderen 24 til 54 år med jevne mellomrom er på slankekur. Slankekurer og vektkontroll opptar kvinner helt fra 7 års alder opp til meget høy alder. Vel 70 prosent av kvinner som er opptatt av slankekurer og vektkontroll, oppgir andre årsaker enn helse som begrunnelse for vektreduksjon (Vekt-helserapport 2000:119). Det kan eksempelvis begrunnes i kroppsidealer eller ønske om å bli betraktet som en som har kontroll.

I følge Göttestam og Rosenvinge har nærmere 230.000 kvinner i alderen 15 til 44 år en spiseforstyrrelse som faller inn under diagnosesystemet (Göttestam og Rosenvinge (1999) referert i Vekt- helserapport 2000:115). Mange kvinner som har et problematisk forhold til vekt og kropp faller ikke inn under diagnosekriteriene, slik at det reelle tallet antakelig er mye høyere (Skårderud 2000b). Det er en klar tendens i undersøkelsene som presenteres at kvinner foreløpig har større problemer i forhold til synet på egen kropp og vekt enn det menn har (Vekt- helserapport 2000, St.meld.nr.16 (2002- 2003), NOU 1999:13). Skårderud hevder

---

<sup>24</sup> I denne sammenheng brukes slanking om det å følge en bestemt diett, og ikke det å tilegne seg en mer bedre livsstil helsemessig sett.

<sup>25</sup> Göttestam og Rosenvinge 2002, referert på Nasjonalt Folkehelseinstituttets nettsider om spiseforstyrrelser ([www.fhi.no](http://www.fhi.no)).



imidlertid at menns forhold til kropp er i endring, noe som kan peke i retning av at et problematisk forhold til kropp og vekt kan øke i omfang også for menn (Skårderud 2000b).

I følge Susan Bordo kan kroppen leses som en metafor for kulturen vi lever i. Både hva vi spiser, hvordan vi kler oss og daglige ritualer knyttet til kropp, er uttrykk for kultur. Kvinner bruker mer tid og krefter på å kultivere kroppen i dag enn de har gjort på lang tid (Bordo 1992b:13). Hennes perspektiver på kropp og sosial kontroll er ifølge Bordo selv influert av Foucault. Bordo trekker imidlertid inn et kjønnsperspektiv, og synliggjør hvordan den sosiale kontrollen arter seg ulikt for kvinner og menn (ibid). Hun hevder kvinners kropper alltid i større grad enn menn, har blitt utsatt for kontroll og normalisering, uavhengig av alder, rase og klasse (ibid:14). Denne disiplineringen er ifølge Bordo en vedvarende og fleksibel strategi som stadig minner oss på at kroppen ikke er god nok som den er, og på den måten fungerer disiplineringen som en form for sosial kontroll over kvinnekroppen (ibid). Anoreksi og bulimi kan, i tillegg til å være psykologiske lidelser, også leses som kulturelle protester mot den sosiale kontrollen knyttet til kjønn og kropp (ibid:16). Kjønnforskjellene som kommer til syne i statistikken over spiseforstyrrelser i Norge kan i lys av Bordos perspektiver ikke bare forklares som psykologiske, individuelle sykdommer; de kan også fortolkes i lys av kulturelle og sosiale samfunnsforhold og omhandle sosial kontroll, disiplinering og holdninger til og forståelser av kjønn.

Den tyske sosiologen Frigga Haug hevder at den moralske sosialiseringen av gutter og jenter er tvekjønnet. Moral har lik verdi for begge kjønn, men får ulik betydningen i oppdragelsen. Haug hevder at for jentene er moralen knyttet til kropp, mens moral for gutter er knyttet til økonomi, arbeid og eiendom. Dette fører til at det kreves en annen atferd for kvinner enn for menn (Haug 1990:19). Etersom moralen blir knyttet til kropp for kvinner, blir jentene sosialisert mye strengere og mer omfattende enn guttene gjør, og de utvikler et svært forskjellig forhold til egen kropp. Eksempelvis lærer jenter tidlig å sitte med bena samlet for å ikke å fremstå som vulgære, mens det å sitte bredbeint for gutter er et tegn på at de er menn. Kroppssosialiseringen knyttes i følge Haug til identitet og normalitet i større grad for jenter enn for gutter. Det at sosialiseringen i så stor grad er knyttet til hvordan man opplever seg selv definerer Frigga Haug som *kroppssentrering* (Haug 1990:23). Hun hevder at kroppens tilstand representerer kvinnens holdning til verden. Det å pleie og å kultivere kroppen blir dermed nødvendig for å oppnå anstendighet og god moral (Haug 1990:25). Jenter bruker eksempelvis mer tid og energi på sminke og klær enn det gutter gjør, og er opptatt av hvordan kroppen fremstår. Det kan imidlertid tenkes at dette er i endring, ettersom ungdomsmoter i dag også for gutter kan sies å ha fokus på egenpleie og kropp. Utseendet og

kroppens betydning for kvinners selvfølelse er imidlertid fremdeles fremtredende i ulike undersøkelser<sup>26</sup>, og er knyttet til identitetsfølelse og opplevelse av kvinnelighet. Samfunnets holdninger til overvektige kvinner er i stor grad negative, og er mer nedvurderende overfor kvinner enn overfor menn (Buhl 1996:78). I lys av Haugs perspektiver kan ulik sosialisering for de to kjønnene kan ha innvirkning på kjønnsforskjellene som trer frem i forhold til kropp og vekt i SEFs overvektsdiskurs.

Til tross for at SEF er bekymret over mulige konsekvenser for forekomst av spiseforstyrrelser i forbindelse med intervensjon i forhold til overvekt, samt at kvinners forhold til vekt og kropp i diskuteres i Vekt- helse rapporten, får problemstillingen få konsekvenser for det videre arbeidet med kampen mot den økende gjennomsnittsvekten. Kjønnsforskjellene er lite problematisert i strategier knyttet til overvektsproblematikken, og er fraværende i forslag til tiltak og behandling mot overvekt<sup>27</sup>. Løsningen på en mulig kobling mellom fokus på overvekt og forekomst av spiseforstyrrelser er slik SEF ser det å fokusere mindre på slanking og vekt, og mer på det å spise sunn mat og leve et fysisk aktivt liv (Vekt- helse rapport 2000:11, informantsamtale). Det kan synes som om denne løsningen ikke er tilstrekkelig ettersom mulige uintenderte konsekvenser av fokuset ser ut til å kunne få større konsekvenser for kvinner enn for menn sett i forhold til slankeatferd og forhold til kropp. I lys av at kvinner spiser sunnere og lever mer i tråd med helse rådene som gis er ikke kvinner den målgruppa som trenger budskapet om helserisikoen knyttet til overvekt mest.

Det er et ønske fra myndighetenes side gjennom Stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken å rette et skarpere søkelys på utfordringer knyttet til kjønnsforskjeller og helseproblemer (St.meld.nr.16 (2002-2003):47). En egen offentlig utredning som beskriver kvinners helse i Norge synliggjør at myndighetene tar kjønnsforskjellene knyttet til helse på alvor (NOU 1999:13). Utredningen slår fast at det er manglende integrering av kjønnsperspektivet i helsepolitikken, og at dette er et satsningsområde i forhold til forskning, kunnskapsformidling, forebygging og behandling (St.meld.nr.16 (2002-2003):9). Tiden vil vise om disse føringer får konsekvenser for SEFs forebyggende arbeid i forhold til den økende overvekten, og hvilke utslag dette kan gi for de eksisterende kjønnsforskjellene når det gjelder vekt og helse og mulige uintenderte konsekvenser i forhold til forekomst av spiseforstyrrelser.

---

<sup>26</sup> Vekt- helse rapport 2000, NOU 1999:13 om kvinners helse

<sup>27</sup> Vekt- Helse rapporten (2000), SEFs Virksomhetsplan (2000), SEFs Årsmeldinger (1999, 2000), SEFs Strategiplan (2000-2003) og SEFs Plan for strukturelle tiltak (2001).

Oppsummert har jeg belyst at overvektssdiskursen også omhandler kjønnsforskjeller i lys av individenes forhold til kropp og vekt. Kvinners forhold til egen kropp og vekt kan synes å handle om noe annet enn en risiko for sykdommer i forbindelse med overvekt. I stedet kan det hevdes at diskursen om overvekt utløser en mulig økt risiko for forekomst av spiseforstyrrelser hos kvinner (Fürst og Widerberg 2001).

## Diskurser om helse

Jeg vil i denne delen av analysen belyse SEFs diskurser om helse, og et sentralt spørsmål er hva slags helseforståelse som trer frem i SEFs forebyggende folkehelsearbeid. God helse i befolkningen er et uttalt mål i den norske folkehelsepolitikken (Folkehelse rapporten 1999 og 2002, Vekt- helse rapporten 2000, St.meld.nr.16 (2002-2003) om Folkehelsepolitikken). Hva legger man i begrepet god helse? Det vil jeg søke å belyse i denne delen.

Helsebegrepet kan forstås på ulike måter. Det forandrer seg i takt med samfunnsutviklingen og de målene som settes i folkehelsepolitikken for å bedre helsen i befolkningen (Folkehelse rapporten 1999: innledningen). SEF definerer ikke helsebegrepet i sine dokumenter knyttet til forebyggende helsearbeid<sup>28</sup>. Det trer imidlertid frem en helseforståelse i SEFs diskurs om hvordan den norske befolkningen kan unngå sykdommer og leve sunt. Det er denne helseforståelsen jeg ønsker å belyse.

Forskning og føringer i helsefokus fra WHO, samt statistikk fra norske helseundersøkelser ligger blant annet til grunn for de valg og prioriteringer SEF gjør i sitt arbeid (informantsamtalene, Vekt- Helse rapport 2000, SEFs Strategiplan 2000-2003:12). WHO og Nasjonalt folkehelseinstitutt, som gjennomfører helseundersøkelsene i befolkningen, er derfor sentrale bidragsytere til SEFs diskurser.

WHO definerer helse som en fullkommen tilstand på de fleste livsområder<sup>29</sup>. Definisjonen har blitt kritisert for å være urealistisk fordi den er uoppnåelig for de fleste mennesker men den. Den tydeliggjør allikevel at helse handler om mer enn fravær av sykdom (Tjensvoll 1996). WHOs helsebegrep omfatter flere dimensjoner ved helse fordi mentalt og sosialt velbefinnende likestilles med fysisk velbefinnende.

I følge overlege Marit Rognerud ved Nasjonalt folkehelseinstitutt betraktes WHOs helsedefinisjon som en visjon eller et mål å jobbe mot. I følge Rognerud er helse slik WHO definerer det neppe realistisk for de fleste over tid. Det er derfor ikke noe egnet mål i et folkehelseperspektiv. I Norge måles helse oftest med et sett av indikatorer som måler sykdom

---

<sup>28</sup> Blant annet Årsmelding 1998, 1999, 2000, Strategiplan 2000-2003, Virksomhetsplan 2000, Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001, Vekt- helse rapport 2000.

<sup>29</sup> Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity (<http://www.who.int/about/definition/en/>)

og eventuelt død. Det at helse måles i lys av fravær av sykdom og død defineres som et *negativt helsebegrep* eller en *negativ helseforståelse*<sup>30</sup>.

Faktorer som påvirker helsen omfatter blant annet sosialt og økonomisk miljø, fysiske omgivelser, individuell mestringsevne og hva man selv gjør for å leve sunt. Det å fokusere på alle disse faktorene i en helseforståelse kalles i folkehelse rapporten for en mer *samlet helsedefinisjon*. Denne helsedefinisjonen danner utgangspunktet for norske myndigheters helseforståelse (Folkehelse rapporten 1999: innledningen)

Da jeg spurte informantene i SEFs administrasjon om de arbeidet ut fra en bestemt definisjon på helse, var det ingen som hadde en oppfatning av at SEF hadde en helsedefinisjon som den WHO anvender. Imidlertid mente flere at det var fokus på at man ønsket å hindre og forebygge sykdom, og at sykdomsutviklingen i befolkningen var med på å definere hva helse er. En av mine informanter forteller i den forbindelse:

Jeg kan ikke umiddelbart si at vi har noen sånn definisjon på helse som er sånn totalomfattende som den WHO har... Jeg vet ikke om vi opererer med en egen definisjon på helse, vi forholder oss jo kanskje mer til sykdomsutviklingen i befolkningen. Vi bruker mye statistikk, ser hvordan f.eks. hjerte-karsykdommer og kreft har utviklet seg, og sammenligner med hvordan kostholdet har utviklet seg. Litt sånne parametere bruker vi. Hvor mye psykisk helse har vært inne i bildet, det er jeg ikke sikker på i den statistikken.

SEF bygger i stor grad sine råd og rapporter på kvantitative undersøkelser som måler sammenhenger mellom sykdomsutvikling og kosthold. De har mindre fokus på andre sosiale faktorer. Slik kan det umiddelbart se ut som det trer frem en helsediskurs som kan hevdes å bygge på en negativ helseforståelse. Informantene var imidlertid ikke kun opptatt av statistikk når det gjelder sykdomsutvikling, de la også vekt på livskvalitet:

Vi kan jo ikke gjøre livet lengre, men å øke kvaliteten på de årene du lever, sånn at du liksom holder deg mest mulig frisk i livsløpet (informantsamtale)

SEF legger her vekt på at livskvalitet innebærer fravær av sykdom. Generelt synes det som om SEFs helseforståelse preges av at man må være frisk for å oppleve god helse eller livskvalitet<sup>31</sup>. De problematiserer ikke at man kan ha livskvalitet på tross av sykdom.

---

<sup>30</sup> På min forespørsel til Nasjonalt Folkehelseinstitutt om det finnes et norsk offentlig helsebegrep fikk jeg e-postsvar fra overlege Marit Rognerud som formidlet dette. Rognerud arbeider ved det Nasjonale helseindikatorsystemet på Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

I følge den svenske professoren Lennart Nordenfelt er et helseperspektiv som ser god helse som fravær av sykdom snevert fordi det bare dekker visse aspekter ved helse. Han hevder det kan foreligge sykdom uten at man har dårlig helse og at man kan ha dårlig helse uten å ha sykdom (Nordenfelt 2002). I følge Nordenfelt handler dette om hvordan mennesker kan mestre sin livssituasjon eller sykdom på en slik måte at mestringen i seg selv gjør at man opplever at man har god helse, på tross av sykdom.

Norske helseundersøkelser som har sett på folks selvopplevelse av helse kan underbygge Nordenfelts perspektiver på helse. Undersøkelsene viser at 86 prosent av den mannlige og 82 prosent av den kvinnelige befolkningen vurderte sin egen helse som god eller meget god. Dette til tross for at en stor andel av disse hadde sykdommer eller lidelser av mer varig natur, som for eksempel skjelett- og muskelsykdommer eller lungesykdommer (Folkehelse rapporten 1999). Helseundersøkelsene forteller noe om at opplevelse av god helse hos individene selv handler om mer enn fravær av sykdom. Funnene sier også noe om at opplevelse av god helse ikke nødvendigvis fordrer fullkomment mentalt, sosialt og fysisk velbefinnende slik WHO's helsedefinisjon setter fokus på. Nordenfelts helseperspektiver kan hevdes å stå i kontrast til SEFs forståelse av helse, og hans helseforståelse utfordrer sentrale argumenter i SEFs forebyggende helsediskurs som går på at god helse i stor grad kan oppnås gjennom sunn kost og bevegelse, og at god helse innebærer fravær av sykdom.

SEFs helsediskurs preges gjennomgående av et fokus på at god helse kan oppnås gjennom fysisk aktivitet og et sunt kosthold (SEFs Årsmeldinger 1999 og 2000, SEFs Virksomhetsplan 2000, SEFs Strategiplan 2000-2003, Plan for strukturelle tiltak 2001). Her følger et eksempel på en tekst som går igjen i flere av de ovenstående dokumentene:

Hovedmålet for SEFs virksomhet er bedre helse i befolkningen gjennom økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold.

God helse knyttes i stor grad til reduksjon av sykdomsrisiko. Følgende er et eksempel på en type ordbruk som går igjen i SEFs dokumenter:

---

<sup>31</sup> Blant annet Årsmelding 1998, 1999, 2000, Strategiplan 2000-2003, Virksomhetsplan 2000, Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001, Vekt- helse rapport 2000, informantsamtale

Både norske og internasjonale studier dokumenterer at fysisk aktivitet kan redusere risikoen for mange sykdommer, som hjerte-karsykdommer, diabetes type 2, osteoporose og enkelte kreftformer. (...) Et ernæringsriktig kosthold kan redusere risikoen for en rekke sykdommer (Virksomhetsplan 2000:4).

Det mentale og sosiale aspektet i WHO's helsedefinisjon er mindre vektlagt i SEFs helsediskurs. Dette er interessant ettersom SEF i stor grad ellers bygger på WHO's begreper og perspektiver når det gjelder helse og overvekt<sup>32</sup>. Årsaken til dette kan være at folkehelsearbeidet i Norge tidligere har vært preget av fokus på at god helse er lik fravær av sykdom, og at man derfor har fokusert på sykdomsrisiko. Dette er i følge Folkehelse rapporten i endring i retning av en mer helhetlig tilnærming til helse, som innebærer at man tar hensyn til andre faktorer som for eksempel miljø og trivsel (Folkehelse rapporten 1999: innledningen).

På tross av at SEFs helsediskurs i stor grad handler om å forebygge sykdom, er imidlertid psykologiske og sosiologiske perspektiver fremme i deler av Vekt- helse rapporten. Blant annet diskuteres det hvilke konsekvenser risikofokuseringen i forbindelse med overvektspørmelet kan få, og holdninger i samfunnet til overvekt (Vekt- helse rapport 2000). I SEFs Årsmelding fra 2000 er mental helse trukket inn:

Regelmessig fysisk aktivitet har en gunstig effekt både på fysisk og mental helse (SEFs Årsmelding 2000:8)

SEF legger i disse avsnittene i rapportene vekt på andre aspekter ved helsebegrepet enn fravær av sykdom, men ellers fokuserer SEF kun i liten grad på andre aspekter ved helsebegrepet i dokumentene.

En mer samlet helseforståelse kommer til uttrykk i forslagene til strukturelle tiltak for å forebygge overvekt i den norske befolkningen (Vekt- helse rapport 2000). Tiltakene belyser samfunnsforhold som kan gjøre det lettere å være fysisk aktiv og spise sunt. For eksempel kan by - og vei planlegging legge til rette for at det blir enklere å sykle i stedet for å kjøre bil. Pris- og subsidiepolitikk i forhold til frukt og grønnsaker kan gjøre sunn mat billigere. Ved at SEF overvåker og innhenter informasjon om befolkningen når det gjelder kosthold, fysisk aktivitet og helse, kan de lettere identifisere risikogrupper (Vekt- helse rapporten 2000:153/154).

Da jeg spurte informantene om de hovedsakelig arbeidet ut ifra et helhetlig helseperspektiv, svarte flere at de hadde det i bakhodet, men at det ikke var hovedfokus:

---

<sup>32</sup> Dette er nærmere belyst i analysedelen om overvektsdiskursen.

Psykologiske eller sosiale perspektiver er ikke vårt hovedområde, men vi kan jo ikke lukke øynene og bare se med det rent medisinske på folk. Men, vårt hovedanliggende og mål er jo at befolkningen skal ha et gunstig kosthold og ha et nivå av fysisk aktivitet som fremmer helse og forhindrer sykdom da, det er jo det det går på. Men, det er klart at for å se sykdom i en litt videre forstand enn bare høyt blodtrykk og diabetes liksom, så er det klart at vi vil ta det psykiske med i betraktning her. Og det er jo kjempeviktig, altså det er jo ikke det som har vært hovedanliggende hos oss, det psykiske, men det er klart at det er viktig å ta med den biten, men jeg vet ikke hvor synlig det har vært hittil. Og heller ikke i vårt informasjonsmateriell (...) Men, jeg føler kanskje at det er litt utenfor vårt kompetanseområde egentlig, vi har ikke noen som er eksperter på det, så vi har jo egentlig ikke noen kompetanse til å gå i dybden her, uten bare å ha det i bakhodet at man er klar over det. Men vi må jo ikke drive heller å skulle utgi oss for noe sånn form for psykologer eller eksperter på det psykiske på en måte, det er noe med også å holde oss litt til det vi kan (informantsamtale).

SEF velger å ha hovedfokus på det fysiske helseaspektet, og begrunner manglende fokus på et psykisk aspekt ved helse med manglende kompetanse på området. I SEFs dokumenter utpekes usunt kosthold og mangel på fysisk aktivitet gjennomgående som de to hovedrisikofaktorene for sykdomsutvikling:

Disse svakhetene i kostholdet medvirker til utvikling av hjerte-karsykdommer, kreft, overvekt, forstoppelse, galleveissykdom, tannråte, jernmangel, benskjørhet og diabetes type II (SEFs Årsmelding 2000:11)

Fysisk inaktivitet er en meget viktig risikofaktor for sykdom og død (...) (SEFs Årsmelding 2000:8)

Ettersom det ser ut til å utvikle seg et markert skille i befolkningen mellom dem som driver regelmessig fysisk aktivitet på fritiden og dem som er fysisk passive, gir dette økt risiko for sykkelighet, samt en økende grad av overvekt i deler av befolkningen (SEFs Strategiplan 2000-2003:6, Virksomhetsplan 2000:4). SEF problematiserer ikke dette skillet videre, og vi får ikke vite hvilke deler av befolkningen som har økt helserisiko. Det er imidlertid helt klare sosiale forskjeller når det gjelder hvilke deler av befolkningen dette omfatter, noe som belyses i Stortingsmeldingen om folkehelsepolitikken og i NOU'en om kvinners helse. Det er en tydelig sammenheng mellom overvekt og utdanningsnivå, og et usunt kosthold kombinert med lite mosjon er mer utbredt i grupper med lav sosial status enn i grupper med høy sosial status (NOU 1999:13:81, St.meld.nr.16 (2002-2003):15). Jeg finner det interessant at SEF



heller ikke her problematiserer at det er visse grupper som i større grad er i risikozonen for å utvikle sykdom, men at fokus er på befolkningen, eller deler av befolkningen uten å presisere nærmere hvem det dreier seg om<sup>33</sup>.

SEF skal bidra til at befolkningen, gjennom informasjon og opplysning, får økt innsikt i betydningen av fysisk aktivitet og et sunt kosthold (Virksomhetsplan 2000:5). Det konkretiseres hvordan man kan oppnå god helse:

Fysisk aktivitet en halv time om dagen. Økt forbruk av frukt og grønnsaker. Redusert inntak av fett til 30 energiprosent (Virksomhetsplan 2000:5).

SEF har tro på at deres anbefalinger er verdifulle, noe som fremkommer i følgende sitat:

Dersom SEFs anbefalinger for kostholdets sammensetning følges, kan forekomsten av disse sykdommene reduseres (SEFs Årsmelding 2000:11).

I diskursen legger SEF vekt på det de anser som positive utviklingstendenser i et helseperspektiv:

Det har skjedd en positiv utvikling av det norske kostholdet. Fettinnholdet i kosten er redusert fra drøyt 40 energiprosent i 1975 til 34 energiprosent i dag. Dessuten har kostens fettsammensetning endret seg i ønskelig retning (SEFs Årsmelding 2000:11).

Diskursen definerer hva som er ønskelig i helsesammenheng, som mindre fett i kostholdet, mer frukt og grønnsaker, økt fysisk aktivitet og normalvekt i befolkningen. Den definerer også hva som ikke er ønskelig når det presenteres lister med sykdommer man vil unngå ved å forebygge gjennom sunne helsevaner, samt tiltak for å unngå en økende gjennomsnittsvekt i den norske befolkningen.

I følge Deborah Lupton har de tilsynelatende nøytrale helserådene som er basert på vitenskapelige undersøkelser moralske undertoner knyttet til kroppslig disiplinering og viktigheten av selvkontroll. Troen på effektene sunt kosthold har på kroppen og dens helsestatus, internaliseres som normer. Lupton hevder konsekvensen av disse moralske undertonene er at de som ikke lykkes i å ta til seg informasjonen om helserisiko ved usunt kosthold, manglende fysisk aktivitet og overvekt, betraktes som personer som mangler rasjonalitet og passende selvkontroll (Lupton 1996:74). Det er lite bevissthet i

---

<sup>33</sup> Dette er nærmere belyst i analysen av overvektsdiskursen under overskriften "Helserisiko og sosial ulikhet".

ernæringsdiskursen rundt kompleksiteten knyttet til kostholdsvalg i følge Lupton. Hun hevder at implisitt i diskursen er budskapet at helse er enkelt: Hvis du gjør de riktige valgene og følger ernæringsrådene, vil du bli velsignet med god helse, og det er ingen risiko for at dine blodårer vil tette seg eller at du vil dø ung (ibid:75). I følge Lupton stilles det sjelden kritiske spørsmål til folkehelsearbeidet fordi den medisinske vitensdisiplinen og folkehelsefeltet vanligvis anses som politisk nøytrale, og som kun baseres på objektiv forskning.

I lys av dette hevder Lupton at folkehelseopplysningen har tette bånd til det biomedisinske vitenskapsfeltet. De tette båndene mener hun fører til at positivistiske metoder og forskning som er basert på kvantifiserbare data fortrenger mer humanistiske, kritiske og fortolkende tilnærminger til helse. Hun hevder at disipliner som antropologi og historie har blitt marginalisert; på sitt beste blitt møtt med mistenksomhet, på sitt verste nedvurdert som for ”soft” eller ikke-praktisk. Tendensen har ifølge Lupton vært å akseptere en rett-troenhet innen helseopplysningsarbeid, ved å fokusere på statistiske mål og evaluering av målbare effekter. Hun hevder derfor at helsediskursen ikke er så nøytral og objektiv slik den tilsynelatende fremstår når statistikken med årsakssammenhenger presenteres. Helsediskursen påvirkes av politiske målbestemte verdier og av sosial kontekst, som endres i tid og rom (Lupton 1995:1).

Sett i lys av Luptons perspektiver kan det hevdes at SEFs råd og fokus i forhold til hva god helse omfatter ikke er verdinøytrale. For å belyse at helseforståelsen som kommer til uttrykk i SEFs diskurser mener Lupton at det er sentralt å stille kritiske spørsmål til helsesannheter hun hevder blir tatt for gitt (ibid), noe jeg vil gjøre i den videre analysen.

Det kan hevdes SEFs forebyggende helsediskurs ikke kjennetegnes av en helhetlig helseforståelse sett i lys av at diskursen er preget av kvantifiserbare data som viser sykdomsutvikling og årsaker til sykdomsutvikling, og har et fokus på kosthold og fysisk aktivitet som faktorer som kan fremme helse. SEF retter hovedfokus på disse to risikofaktorene, og utelater i stor grad andre faktorer som har relevans for helse, som for eksempel kjønn, sosial status, psykisk helse og sosialt nettverk. Gjennom dette snevres helsediskursen inn, noe som har betydning for hvilke årsaksforklaringer til helse og overvekt som blir belyst, og som har innvirkning på hvilke tiltak og løsninger som iverksettes.

Som nasjonalt organ for helseforebyggende arbeid bidrar SEF til helseforståelsen i det norske samfunn. Deres helsediskurs har stor legitimitet fordi de er en nasjonal institusjon, og helseforståelsen som kommer til uttrykk gjennom diskursen har stor tyngde (Neumann 2001). Tradisjonelt har medisinske perspektiver dominert i det forebyggende folkehelsearbeidet (Lupton 1995). I følge Foucault vil en diskurs kunne domineres av ett vitensfelt, og på den

måten vil dominansen av ett vitensfelt skape det han forstår som et *vitensregime* (Foucault 1995). Det innebærer at andre helseforståelser fortrenses til fordel for den dominerende forståelsen som kommer til uttrykk i diskursen (Schaanning 2000:bind 1:297/298). Ett dominerende perspektiv kan være problematisk fordi tilnærmingene til og hvordan søker å løse problemstillinger knyttet til et fenomen snevres inn. Andre perspektiver kan bidra med andre forståelser og årsaksforklaringer, og på den måten kan man få en bredde i tilnærmingen til og løsninger overfor overvekt som helseproblem.

For meg fremstår det som et paradoks at nordmenn aldri før har vært så opplyste i forhold til helse, tilgjengeligheten til treningssentre og sunn kost har aldri vært bedre historisk sett. Allikevel øker gjennomsnittsvekten i befolkningen, det er stor sosial ulikhet knyttet til helse, og det er stort fokus på negative utviklingstrekk i forhold til helsen i den norske befolkningen. Det å trene på et treningssenter er imidlertid dyrt, og sunn kost som rent kjøtt (ikke farsemat), ren fisk (ikke fiskefarse eller fiskepanetter), frukt og grønnsaker er relativt dyrt i Norge, noe som kan ha en innvirkning i forhold til helsevalg. I lys av et sosiologisk perspektiv er det interessant at variabler som i stor grad knyttes til samfunnsvitenskapelig forskning, for eksempel kjønn og sosialt status, i så stor grad utelates i SEFs helsediskurs. Disse variablene er med i de kvantitative undersøkelsene SEF baserer sin informasjon på<sup>34</sup>, men preger i liten grad forslag til tiltak og informasjonsarbeidet generelt.

I analysen av overvektsdiskursen tidligere i oppgaven ble det belyst at det er store sosiale ulikheter knyttet til helse (NOU 1999:13 om kvinners helse, St.meld.nr.16 (2002-2003) om folkehelsepolitikken). Dette henger sammen med strukturelle samfunnsforhold som gir individene mindre handlingsfrihet enn det man kan få inntrykk av gjennom SEFs helsediskurs. En ny doktoravhandling ved HEMIL-senteret i Bergen som kom i 2005 belyser hvordan utdannelsesnivå har innvirkning på hvordan man håndterer helseinformasjon fra mediene. Kvinner med lavere utdanning tror at helse mer er et resultat av tilfeldigheter og skjebne, mens kvinner med høy utdanning har større tro på egne sunne vaner og den helsemessige gevinsten av å spise frukt og grønt (Iversen 2005). Kanskje SEF må ta andre grep for å nå frem med helseforebyggende informasjon, og at det er andre faktorer i tillegg til individuelle valg som vil ha innvirkning på befolkningens helse?

Professor i sosialmedisin Per Fugelli og lege Jørgen Skavlan har argumentert for at de siste årenes fokus på helseforebyggende arbeid har ført til at man glemmer at sykdom og aldring er en naturlig del av livet, og at det stadige fokuset på risiko for fremtidige tenkte

---

<sup>34</sup> Norkost 1997, Ungkost 1993, Vekt- helse rapport 2000.

sykdomsforløp kan bidra til å skape stress og dårligere helse (Fugelli 1999, Skavlan 2002). Normene om å være friske og samfunnsnyttige står sterkt i vår kultur i dag, det samme gjør normene som sier at vi kan gjøre mye selv for å unngå sykdom og dårlig helse. Fuggeli og Skavlan hevder at forventninger om god helse bare man er flink nok til å følge rådene helseforebyggende myndigheter gir, og bare man er flink nok til å ta vare på seg selv, skaper en ekstra belastning når kroppen slår seg vrang og man blir syk. Deres forståelser fokuserer dermed på et mer helhetlig helseperspektiv. Skavlan trekker særlig frem mestringsperspektivet, i tråd med Nordenfelts helseperspektiv, og hevder at hvordan mennesket forholder seg til utfordringer i sitt eget liv spiller en stor rolle for hvordan vi opplever egen helse (Skavlan 2002). Disse helseperspektivene er lite problematisert i SEFs diskurs om helse.

Sosiologen Bill Hughes argumenterer for at det skjer en dreining i det biomedisinske perspektivet han hevder har dominert medisinen de siste hundre årene til noe han kaller ”biopsychosocial medicine”. I et biomedisinsk perspektiv ser man kroppen som en maskin der man kan reparere det som er galt eller sykkelig. Det biomedisinske perspektivet er reduksjonistisk i sin tilnærming til kropp og helse, og privilegerer biologiske forklaringer fremfor sosiale, kulturelle eller biografiske forklaringer (Hughes 2000:16).

Den biopsykososiale medisinen derimot har derimot en holistisk tilnærming til helse, og ser mennesket som noe mer enn en fysiologisk kropp bestående av enkeltorganer. Å leve et sunt liv innebærer etter dette perspektivet at man ikke bare har en sunn kropp, men også et sunt sinn og et trygt miljø. Helse blir dermed et begrep som omfatter alle dimensjoner ved menneskelig eksistens (Hughes 2000:16). Denne forståelsen av helse er i tråd med WHO's definisjon.. Hughes biopsykososiale perspektiv kommer til uttrykk i SEFs forslag til strukturelle tiltak som presenteres i Vekt- helse rapporten (2000) der det vektlegges at miljøet som omgir oss, enten det er skole, arbeid eller der vi bor, har innvirkning på vår helse. Til tross for en mer samlet helseforståelse i noen av SEFs forslag til tiltak er SEFs helsediskurs i stor grad preget av en helseforståelse som fokuserer på fravær av sykdom, og god helse kan oppnås gjennom sunt kosthold og fysisk aktivitet. Etersom SEF ellers i sitt forebyggende arbeid baserer seg på mange av WHO's perspektiver og helseprioriteringer, er det interessant at de ikke bygger på WHO's helsedefinisjon. SEF anvender epidemibegrepet fra WHO, de har satt overvekt på dagsorden etter oppfordring fra WHO, og de anvender flere forskningsrapporter fra WHO som kunnskapsgrunnlag som tidligere belyst i analysen. Det kan tenkes at det kan være den norske folkehelse tilnærmingen, som i større grad har tatt

utgangspunkt i gjennomsnittsbefolkningen enn i ulike samfunnsgrupper<sup>35</sup>, kan være en del av forklaringen på hvorfor SEF ikke bygger på WHO's helseforståelse.

Hughes biopsykososiale perspektiv og WHO's helseforståelse kommer til uttrykk i Folkehelse rapporten 1999, NOU 1999:13 om kvinners helse og i Stortingsmelding nr.16 (2002-2003) om den norske folkehelsepolitikken de neste ti år. Helseforståelsen som legges til grunn i disse dokumentene kan tyde på at det skjer endringer i fokus i den offentlige helsediskursen. En mer helhetlig helseforståelse kan komme til å prege det forebyggende folkehelsearbeidet i årene fremover, selv om det ikke i så stor grad kommer til uttrykk i SEFs dokumenter fra årene rundt 1999- 2000 som utgjør mitt datamateriale.

---

<sup>35</sup> St.meld.nr.16 (2002-2003):47

# Diskurser om helseforebyggende arbeid: Et disiplineringsprosjekt?

Jeg vil i denne delen belyse SEFs forebyggende helsediskurs sett i lys av Foucaults perspektiver om disiplinering og diskursiv makt.

Foucault er opptatt av hvordan vitensdisipliner, i dette tilfelle det ernæringsmedisinske perspektivet, gjennom diskurser og diskursiv praksis kan dominere et kunnskapsfelt (Foucault 1995, Schaanning 2000 bind 1:329). I diskursene konstrueres normer for hva som kan sies og tenkes, og hvem som kan uttale seg om dette med autoritet (Hall 1997:44).

Jeg belyste i analysen av overvektsdiskursen hvordan kropp og vekt ikke bare er et individuelt anliggende, men at kampen mot den økende gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen er blitt et statlig prosjekt. SEF har det nasjonale ansvaret for informasjon og tiltak knyttet til å utvikle god helse og forebygge overvekt. I lys av dette er det interessant å belyse SEFs diskurser om forebyggende helsearbeid ut fra et makt- og disiplineringsperspektiv.

## Makt og dominans i SEFs helsefremmende diskurser?

Opplysning om helserisiko og sunne valg står, som jeg har belyst, sentralt i det forebyggende folkehelsearbeidet. I følge SEF er norsk helseopplysning tradisjonelt utformet på en måte som er egnet til å nå en forholdsvis homogen befolkning med høy tillit til statlige myndigheter, og som har gode kunnskaper om å forebygge sykdom (SEFs Strategiplan 2000-2003:7). SEF legger vekt på at de skal være et helseopplysningsorgan som folk har tillit til:

Den som mottar informasjon fra SEF skal alltid kunne stole på det faglige innholdet og om nødvendig få tilgang til underliggende forskning og dokumentasjon. Alt informasjonsarbeidet må derfor bygge på solid dokumentasjon, og være faglig kvalitetssikret. (Virksomhetsplan 2000:42)

Det kommer her til uttrykk hvilken tyngde og legitimitet informasjon fra SEF har, og det understrekes videre hvilken posisjon SEF har innen forebyggende helsearbeid:

SEF skal være den fremste faglige autoritet innen ernæring, fysisk aktivitet og helse i Norge, og en kilde til troverdig informasjon (Virksomhetsplan 2000:3, SEFs Strategiplan 2000-2003:3)

Ettersom SEF definerer seg som det organet som har rett til å uttale seg om det som må anses som riktig informasjon knyttet til kosthold, bevegelse og helse, vil andre perspektiver som ikke er i tråd med SEFs komme i en mindre relevant posisjon i diskursen. Andre vitensdisipliner, eksempelvis sosiologi, kan bidra med supplerende årsaksforklaringer eller andre tilnærminger til hvordan man kan oppnå god helse enn det SEF presenterer. SEF uttaler at de skal være den fremste faglige autoriteten innen kosthold, mosjon og helse i Norge (Virksomhetsplan 2000:3, SEFs Strategiplan 2000-2003:3). På denne måten plasserer SEF seg i en dominerende posisjon i det helseforebyggende arbeidet, og konstruerer en form for dominans i diskursen. Dersom andre perspektiver presenterer forståelser av ernæring, fysisk aktivitet og helse som står i et motsetningsforhold til SEFs informasjon, vil denne ikke ha like stor legitimitet og autoritet som SEFs råd nettopp fordi SEFs defineres som fremste autoritet på feltet.

Det at ett vitenskapsfelt gjennom diskursen dominerer et kunnskapsområde slik SEF kan hevdes å gjøre her, definerer Foucault som *vitensregime* (Foucault 1995:81). Han hevder at produksjonen av viten henger sammen med makt, og at det er i diskursen makt og viten forbinder seg med hverandre (Foucault referert i Schaanning 2000, bind 1:330). Sett i lys av Foucaults diskursperspektiv vil SEFs produksjon av kunnskap knyttet til hvilke faktorer som utpekes som en helserisiko henge sammen med deres makt til å definere en helseforståelse og en bestemt tilnæringsretning for å bedre helsen. Når ett kunnskapsfelt konstrueres som en sannhet, mens andre diskvalifiseres som ikke relevante eller uvitenskapelige i diskursen, konstrueres det i følge Foucault ulike maktmekanismer (Heede 1997:93). For å belyse maktmekanismene må man se på hvem som gis rett til å uttale seg, hva slags type forskning som legges til grunn for informasjonen som gis og hvilket perspektiv som er dominerende i diskursen (Hall 1997).

SEF defineres i diskursen som det organet som har den fremste autoriteten til å uttale seg<sup>36</sup>. Jeg har tidligere redegjort for at informasjonen som kommer til uttrykk i diskursen i stor grad er bygget på kvantitative undersøkelser som viser sykdomsutvikling og sammenhenger mellom kosthold, fysisk aktivitet og sykdomsrisiko. Jeg har belyst hvordan SEFs helsediskurs er preget av fokus på to risikofaktorer; kosthold og fysisk aktivitet, og at god helse innebærer fravær av sykdom og det å være normalvektig. Diskursen har et generelt fokus rettet mot hele befolkningen, og er lite problematiserende i forhold til

---

<sup>36</sup> SEFs Virksomhetsplan 2000:3, SEFs Strategiplan 2000-2003:3.

kjønnsperspektiver eller sosial ulikhet knyttet til helse<sup>37</sup>. Helseperspektivet som dominerer i diskursen kan hevdes å fokusere på fravær av sykdom. Sammenlignet med en mer samlet helsedefinisjon betraktes en slik helseforståelse som snever (Nordenfelt 2002, Folkehelse rapporten 1999: innledningen).

Det at SEF definerer overvekt som en helserisikofaktor er, sett i lys av Foucaults diskursperspektiv, effekter av makt og kunnskap og produkter av spesifikke diskurser (Foucault 1991). Det innebærer at overvekt som helsetrusel kan endres over tid som følge av at diskurser utfordres og er i endring, og nye helsetrusler vil dukke opp. Diagnosen hysteri er et eksempel på at objektive medisinske diagnoser endrer seg i takt med sosiale og kulturelle endringer. Hysteri var for cirka hundre år siden en hyppig anvendt diagnose, mens den nå ikke lenger er i bruk (Johannisson 1996). Hva som anses som en helsetrusel er i følge Foucault avhengig av sosiale og kulturelle samfunnsnormer (Foucault 1995).

Dette innebærer at det er tatt noen valg i forhold til hva slags forskning som presenteres og vektlegges, og hva slags forskning som utelates når SEF definerer hva som skal anses som risikofaktorer for helsen. Det er for eksempel lite fokus på kvalitative helsetilnærminger i SEFs diskurs, og selv om sosiologiske perspektiver tas opp, er de ikke dominerende i helsediskursen.

For å belyse maktmekanismer som trer i kraft i forhold til det som kan forstås som SEFs dominans i helsediskursen tar jeg med et eksempel som er hentet fra mediedebatten som kom til uttrykk høsten 2002. To fagpersoner tok til orde for andre ernæringsråd enn de SEF forfekter. Den i debatten som forsvarte SEF var professor Kaare Norum som tidligere har vært leder av Statens ernæringsråd over flere tiår. Norum anses som en av Norges ledende ernæringsekspert, og sitter i WHO's ernæringsekspertgruppe. Han debatterte mot doktor Fedon Lindberg og ernæringsprofessor Dag Viljen Poleszynski. Jeg tar her med noen sitater fra avisene for å belyse hvordan Kaare Norum på vegne av SEF forsvare den rådende helsediskursen, og kan sies å nedvurdere disse to som utfordrer diskursen med andre kostholdsråd enn dem SEF forfekter. Fedon Lindberg ville at folk skulle kutte ned på brød og poteter, en av hjørnesteinene i norsk kosthold, og spise mer proteiner. Dag Viljen Poleszynski hadde tro på en form for steinalderdiett, der fett var en sentral ingrediens som han hevdet var sunn. Norum tok imidlertid kraftig til motmæle mot det han kalte ”amatører” (Dagsavisen 18. september 2002):

---

<sup>37</sup> Se analysedelene om diskurser om overvekt, diskurser om kjønn og vekt, og diskurser om helse.



Rådene er sterkt i strid med både norske og internasjonale retningslinjer. Hans utredninger (Fedon Lindbergs, min kommentar) er så gale at han ikke ville bestått eksamen i ernæringslære ved Universitetet i Oslo (Norum sitert i Dagsavisen 18.september 2002)

”Bare at Kaare Norum har sagt noe, så er det ikke automatisk sant. Han er ikke Gud selv,” sier Lindberg. Norum fnyser: ”Jeg er blitt utpekt som spesialrådgiver for Verdens helseorganisasjon innen ernæring, så jeg er litt mer guru enn ham, da” (Lindberg og Norum sitert i Dagsavisen 18.september 2002)

I avisen fremholdes det videre:

Norum vil tie motstanderne i hjel, og påberoper seg nå monopol på rådene om hva vi bør spise. ”Jeg må reagere. Denne villedingen av befolkningen kan ikke fortsette,” raste ernæringsprofessor Kaare Norum (...) (Dagbladet 19.september 2002)

Kaare Norum er mildt sagt oppgitt (...) ”Det er Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet som skal gi råd til befolkningen. Disse rådene bygger på viten, og tar hensyn både til tradisjon, levesett, fysiologi og økonomi. Hvis de skal endres, må det baseres på solid vitenskap og gode data, ikke på synsing fra useriøse ”eksperter” (Norum sitert i Dagbladet 19.september 2002)

Lindberg og Viljen Poleszynski har begge akademisk bakgrunn med fagkompetanse på ernæringsfeltet. Viljen Poleszynski er ernæringsprofessor II, og har dermed samme fagbakgrunn som Norum. Lindberg er gresk og har sin utdannelse fra utlandet, noe Norum ikke unnlater å kommentere. De som utfordrer den rådende diskursen er dermed ikke amatører eller synsere, men de har en annen tilnærming til kost og helse enn SEF. Norum utdefinerer imidlertid de andres perspektiv på kostholdsråd slik at SEFs råd fremstår som de vitenskapelig baserte rådene, mens de andre bare er ”useriøse eksperter”. Han viser til at det er SEF som har monopol på kostholdsopplysning i Norge, og han kaller de andre deltagerne i debatten for ”amatører”. På denne måten nedvurderer Norum utfordrernes fagkunnskap, fordi fagkunnskapen ikke er i tråd med den helseforståelsen SEF baserer sine råd på. I lys av Foucaults diskursive maktforståelse kan det hevdes at Norum her får gjennomslag for en diskursiv makt. Med diskursiv makt forstår jeg at Norum definerer hva som kan sies og tenkes om sunt kosthold, hvem som har rett til å uttale seg om det, og han definerer med hvilken autoritet han uttaler seg (Foucault 1995, Ball 1990:2 sitert etter Hagelund 1998:18). Norum utpeker seg selv som ekspert og som den som har autoritet til å uttale seg. Ernæringsdebatten

gir inntrykk av at SEFs ernæringsforståelse er den eneste sannhet, og SEFs ernæringsopplysning kan dermed i lys av Foucaults kunnskapsperspektiv fortolkes som et vitensregime.

Nordenfelts, Fugellis og Skavlans helseperspektiver er eksempler på andre tilnærminger til helse, og som kan bidra til en bredere innfallsvinkel til det å formidle helseopplysning. Fugelli og Skavlan hevder at risikofokusering i det helseforebyggende arbeidet kan være en risikofaktor i seg selv (Fugelli 1999, Skavlan 2002), mens Nordenfelt hevder at hvordan man forholder seg til egen livssituasjon og utfordringer som oppstår kan ha mer å si for helsen enn sykdom i seg selv (Nordenfelt 2002). Disse helseperspektivene tas opp av SEF, men problematiseres lite videre og er ikke et dominerende fokus i helsediskursen.

Sett i lys av Foucaults maktperspektiv er SEF som statlig organ en sentral bidragsyter til den norske befolkningens helseforståelse. En økt bevissthet knyttet til hvilken helseforståelse som presenteres, hvordan helse- og overvektsproblematikken kommer til uttrykk og hvem som gis rett og legitimitet til å uttale seg i den forbindelse, kan bidra til å skape motdiskurser og utfordre den rådende helseforebyggende diskursen slik at den utvikler seg videre og rommer en videre helseforståelse.

## Reguleringsmakt i SEFs helseforebyggende arbeid?

SEF viser til at det finnes flere ulike styringsmidler staten kan ta i bruk for å påvirke enkeltmenneskers og befolkningers beslutninger og handlemåte (Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001:5). De fire styringsmiddelkategoriene SEF har fokus på er normative, økonomiske, fysiske og pedagogiske virkemidler. *Normative virkemidler* inkluderer arbeid i forhold til lov- og regelverk og retningslinjer, mens *økonomiske virkemidler* inkluderer prisvirkemidler, refusjons- og tilskuddsordninger. *Fysiske virkemidler* inkluderer det å påvirke tilbud av varer og tjenester, samt fysisk tilrettelegging, mens de *pedagogiske virkemidlene* inkluderer informasjon og undervisningsmateriell i tilknytning til de tre andre kategoriene (Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet 2001:5). I sine planer for årene 2000-2003 har SEF prioritert følgende strategier:

SEF vil i perioden 2000-2003 bidra til å påvirke rammevilkårene for et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet. SEF vil styrke innsatsen rettet mot beslutningstakere som politikere og næringslivsledere. Det vil bli vektlagt å påvirke strukturelle forhold som har betydning for kosthold og fysisk aktivitet. SEF vil stimulere til at både barn og voksne går eller sykler til jobb og skole, og arbeide for tilfredsstillende nettverk av gang - og sykkelstier, samt trygge skoleveier. SEF vil fremme et sunt mattilbud og mulighet for fysisk aktivitet på arbeidsplassene. Samarbeid med fagbevegelsen og arbeidsgiverorganisasjonene prioriteres (SEFs Strategiplan 2000-2003:10).

Disse strategiene kommer også til uttrykk i blant annet SEFs Årsmelding for 2000, og i Vekt-helserapporten (2000), her følger et eksempel:

SEF kommer til å bruke mye tid og ressurser på å jobbe mot arenaer som samferdsel, skole, arbeidsliv, skattepolitikk, miljøvern, helsemyndigheter og landbruk for å legge forholdene til rette for at folk skal kunne gjøre sunne valg (SEFs Årsmelding 2000:5).

Her bidrar SEF til å definere noen valg som er sunne, implisitt at det finnes valg som er usunne. På denne måten konstrueres normer for hvordan man kan oppnå god helse, og disse internaliseres i vår bevissthet gjennom diskursene, sett i lys av Foucaults diskursperspektiv.

SEFs strategier og tiltak for å oppnå bedre helse i befolkningen, kan fortolkes i lys av det Foucault definerer som *reguleringsmakt*. Reguleringsmakten har to sentrale trekk, den er statlig forankret og har et medisinsk aspekt. I tillegg rettes den mot hele befolkningen, i motsetningen til det Foucault definerer som disiplinering som rettes mot enkeltindividet. Men reguleringsmakten kan virke sammen med det Foucault forstår som disiplinierende teknologier, noe jeg vil belyse nærmere under analysedelen om ulike disiplinierungsstrategier. Den delen av forvaltningen som Foucault definerer som reguleringsmakt preges av et medisinsk språk, og tiltakene som forslås begrunnes med at de er helsefremmende (Schaanning 2000, bind 1:458). SEF er et statlig organ, og deres forebyggende folkehelsearbeid har et medisinsk aspekt som jeg har belyst tidligere i analysen. Tiltakene SEF iverksetter forklares med at målet er bedre helse for det norske folk, og tiltakene rettes mot hele befolkningen, Sett i lys av Foucaults perspektiv kan SEFs helseforebyggende arbeid fortolkes som en form for reguleringsmakt i forvaltningen.

## Sosial kontroll og disiplinering i helsefremmende folkehelsearbeid?

Deborah Lupton hevder folkehelsearbeid også handler om politisk praksis som kan ivareta ulike maktinteresser. Det er derfor sentralt å belyse de disiplineringstrategiene som iverksettes (Lupton 1996). Jeg vil i den følgende analysedelen belyse ulike tiltak og strategier som fremmes i forebyggende folkehelsearbeid, i lys av Foucaults og Luptons perspektiver om disiplinering på individnivå.

BMI – målet er konstruert for å definere hva som skal klassifiseres som under-, normal-, og overvekt (Vekt- helse rapport 2000). På denne måten bidrar målet til å klargjøre hva som betraktes som normal kroppsvekt, og hva som avviker fra normen i folkehelsearbeidet knyttet til overvekt som folkehelseproblem. I følge Foucault er klassifisering en disiplineringstrategi, og gir makt til å definere hva som er normalt (Foucault 1999). Sett i lys av Foucaults disiplineringsperspektiv kan BMI- målet således fortolkes som et verktøy for å disiplinere og normalisere.

Ettersom ernæringsopplysningen tar i bruk BMI- målet når de formidler budskapet om helsefarlig overvekt, bidrar SEF med en fortolkningsramme for hvordan kroppsvekt skal forstås. Forskning underbygger at overvekt innebærer en helserisiko, og at det virker helsefremmende å være normalvektig (Vekt- helse rapport 2000). I lys av Foucaults disiplineringsperspektiv har SEF en sentral rolle i disiplineringen og normaliseringen av individene, og i forvaltningen av befolkningen. Det konstrueres en forståelse av hva en normal kropp og en normal befolkning innebærer, og ulike tiltak iverksettes for at alle skal oppnå denne normalitetsnormen (Schaanning 2000:482). Et eksempel på slike tiltak er vekt- og høydekontroller fra vi blir født til vi går ut av grunnskolen. Slike kontroller kan bidra til internalisering av normer om hva som er normalt, og hva som er ønskelig kroppsstørrelse.

Eksempler på andre tiltak som er iverksatt for å oppnå normen om god helse og en sunn kropp, er forslag om subsidiert sunn skolemat for barn og unge (fremmet på Stortinget våren 2005), det er innført ”grønn resept” i helsevesenet, som innebærer at legen kan foreskrive fysisk aktivitet og riktig kosthold på resept (St.meld.nr.16 (2002-2003:93), og i 2000 kom en reduksjon av matmomsen som førte til billigere frukt og grønnsaker (SEFs Årsmelding 2000).

BMI- målet, vekt- og høydekontrollene, subsidiert mat i skolen, ”grønn resept” og reduksjon av matmoms kan fortolkes som ulike disiplineringstrategier som rettes mot enkeltindividene for at de skal foreta det som defineres som sunne valg.

Diskurser kan ifølge Foucault virke disiplinerende ved at de virker inn på praksiser og institusjoner i samfunnet, og omvendt. Diskursene er ikke utvendige, men tett sammenvevd med kunnskapsproduksjon, samfunn og makt (Schaanning 2000:320). Det handler om makten til å definere hva som anses som sann kunnskap, og hva som betraktes som relevant.

Sett i lys av Foucaults perspektiv kan SEFs diskurser om overvekt og helse disiplinere ved at de virker inn på hvordan vi organiserer ulike samfunnsforhold som for eksempel skolemat, helsekontroller og matpriser i butikkene.

Den kroppslige disiplineringen skjer gjennom internaliserte normer om at et sunt kosthold og fysisk aktivitet er det som skal til for å oppnå god helse og en normal kroppsvekt. I en diskurs er det en rekke utsagn om et fenomen, her overvekt som helserisiko, som konstrueres av et kunnskapsfelt (ibid:81/82). Som jeg tidligere har belyst er det den medisinske og ernæringsvitenskapelige helseforståelsen som dominerer i SEFs helsediskurs. Forskningen som legges til grunn for informasjonsarbeidet er i stor grad kvantitativ og preget av et biomedisinsk perspektiv<sup>38</sup>. I følge Foucault er dominansen i en diskurs med på å gi forrang til ett kunnskapsfelt som gis autoritet og legitimitet, og det etableres et vitensregime (ibid:82-88). I denne sammenheng er det det medisinske og ernæringsvitenskapelige vitenskapsfeltet som har legitimitet til å fremme en forståelse av overvekt og helse. SEFs perspektiver får innvirkning på de strukturelle samfunnstiltak som iverksettes, fordi det er SEFs helseforståelse som uttrykkes gjennom forslag til hvilke tiltak som skal iverksettes og det er SEF som har det nasjonale mandatet i den forbindelse (Vekt-helserapport 2000:152/3). Sett i lys av Foucaults perspektiv kan SEF fortolkes som et vitensregime i det helseforebyggende arbeidet knyttet til overvekt og helse.

Sosiologiske perspektiver og forskningsresultater er eksempelvis stort sett fraværende i SEFs rapporter, likeså psykologiske tilnærminger. De avsnittene jeg har funnet i rapporten om vekt og helse der andre perspektiver enn medisinske og ernæringsvitenskapelige trekkes inn, er på til sammen ca to sider. I disse avsnittene tas det for eksempel forbehold om ulik helserisiko knyttet til sosiologiske variabler som alder, kjønn og etnisk bakgrunn (Vekt-helserapport 2000:33). Sosiologiske og psykologiske forståelsesformer trekkes også inn i kapittelet om spiseforstyrrelser som er på cirka ni sider. Dette kapittelet er interessant fordi SEF her ser kropp, vekt og kjønn i lys av en sosiologisk og psykologisk sammenheng. Men

---

<sup>38</sup> Det biomedisinske perspektivet i forskningen som presenteres av SEF kommer til uttrykk i Vekt-helserapporten (2000), i SEFs Årsmelding fra 1999 og 2000, i SEFs Strategiplan for 2000-2003, i SEFs Virksomhetsplan for 2000, i SEFs Plan for strukturelle tiltak 2001, og i informantsamtalene.

kapittelet fremstår som relativt løsrevet i forhold til resten av rapporten, fordi problemstillingene som her diskuteres ikke følges opp gjennom resten av rapporten (Vekt-helserapport 2000).

SEFs definisjon av overvekt, som bygger på WHO's internasjonale vektvurderingsmål, bidrar til definere halvparten av den norske voksne befolkningen som overvektige. Disse står i fare for å utvikle sykdommer på grunn av overvekt (Vekt-helserapport 2000:11). SEFs diskurser om overvekt og helse har derfor relevans for svært mange mennesker i Norge.

I følge Deborah Lupton har den historiske utviklingen støttet av vitenskapelige påstander i ernæringsopplysningen vist en økende tendens til rasjonalisering, overvåkning og regulering av befolkningens ernæringsinntak (Lupton 1996:72). Det å leve i pakt med rådende ernæringsmessig kunnskap for å oppnå god helse, blir ansett som viktig. Lupton hevder at dette ikke bare er viktig for enkeltindividenes velvære, men at det også blir et spørsmål om statlig regulering. Det er i samfunnets interesser å ha en arbeidsfør og frisk befolkning. På denne måten blir kroppen blir anerkjent som en form for produktiv maskin, og har dermed relevans for statlige økonomiske interesser (Foucault 1999, Lupton 1996:72). Hva slags kosthold man inntar involverer derfor ikke bare helse spørsmål, men knyttes også til moralske normer om å være arbeidsom og frisk. Det blir essensielt å ha evne til unngå utskeielse og sløseri, fordi det gir uttrykk for at man ikke har kapasitet for selvkontroll og arbeid.

En bevissthet knyttet til hva som omfatter det riktige ernæringsinntaket og hvilken effekt dette kan ha for kroppen og dens helsestatus, internaliseres som normer. Budskapet som formidles i det forebyggende folkehelsearbeidet og i ernæringsopplysningen er at sunn mat er lik sunn kropp. I følge Lupton formidles det samtidig at det er individets ansvar å sikre at ens kropp forblir sunn (Lupton 1996:75).

Det å være overvektig representerer dermed et brudd på en rekke normer. Overvekten synliggjør at man har mistet selvkontrollen, og at man ikke følger de helserådene som er basert på vitenskapelig forskning. Dersom du er overvektig er det fordi du ikke har spist sunt eller mosjonert nok, og ikke fordi du for eksempel har en sykdom av enten fysisk eller psykisk art. SEFs strategi er derfor helseopplysning og samfunnsmessige tiltak som kan bidra til at befolkningen velger et sunt og riktig levesett, i tråd med det som er definert som helsemessig normalt.

Ettersom så mange i følge SEFs oversikter sliter med overvekt kan man stille spørsmål ved om Foucault og Luptons perspektiver om disiplinering gjelder for alle. Nyere helseundersøkelser viser at det er store forskjeller knyttet til sosial ulikhet i forhold til

overvekt og helserisiko<sup>39</sup>. Utdanningsnivå har relevans for hvordan man forholder seg til helserelatert informasjon og helseatferd. Kvinner med lite utdanning har i mindre grad enn andre tro på at frukt og grønnsaker forebygger kreft, og de har mindre tro på at de selv kan klare å gjennomføre en sunn endring i kostholdet sitt. Den samme gruppen blir også mer stresset av kostholdsinformasjon, noe som kan forklares med at de oppfatter den store mengden med informasjon fra ulike kilder som forvirrende og overveldende (Iversen 2005). Ernæringsopplysningen forstås dermed ikke likt av alle selv om den går bredt ut til hele befolkningen. Dette kan fortolkes slik at helsediskurser og -normer kan internaliseres ulikt i forhold til individenes egen forståelses- og fortolkningsramme, noe som kan ha betydning for hvilke befolkningsgrupper som disiplinerer egen kropp i tråd rådende helsenormer sett i lys av disiplineringsperspektivet.

## Overvåkingsbegrepet i det helseforebyggende arbeidet

Jeg vil i denne delen belyse en annen form for disiplinering eller sosial kontroll som trer frem i SEFs helsediskurs der overvåkingsbegrepet introduseres. Overvåking er i følge Foucault et eksempel på en disiplineringsteknologi (Foucault 1999).

SEF anvender overvåkingsbegrepet hyppig i sine dokumenter, særlig i de dokumentene som omhandler forslag til tiltak og strategiplaner. Her følger et eksempel fra en av SEFs årsmeldinger der et kapittel har overskriften *Overvåking*:

Statens råd for ernæring og fysisk aktivitets system for overvåking av kostholdet står sentralt i kostholdsovervåkingen. (...)Vi har foreløpig få data om utviklingen innen fysisk aktivitet, men et system for å overvåke befolkningens aktivitetsnivå er under utvikling. Det er en stor utfordring å videreutvikle de ulike elementene i overvåkingssystemet (SEFs Årsmelding 1999:10)

I informantsamtalene jeg hadde med sentrale personer i SEFs administrasjon, ble overvåkingsbegrepet aktivt brukt. En av informantene fleipet med at de kalte den ansvarlige for datagrunnlaget til SEF for ”overvåkingssjefen” (informantsamtale). Den såkalte ”overvåkingssjefen” er for øvrig en av informantene.

---

<sup>39</sup> Rapporten ”Bedre helse – større forskjeller” er publisert av Nasjonalt folkehelseinstitutt i 2003.

Det å bruke begrepet overvåking i denne sammenheng er interessant. Det gir assosiasjoner til helt andre, mer totalitære systemer som ser alt du foretar deg. Overvåking forbindes vanligvis med videoovervåking og politi. Informantene brukte begrepene ”overvåkingssystem” og med humor ”overvåkingssjef” uten å stille seg kritisk til begrepet eller problematisere det. Det kan tolkes som at de betrakter begrepet som uproblematisk og tatt for gitt, ettersom de anvender det som en del av vokabularet som benyttes i det forebyggende helsearbeidet. På denne måten blir begrepet en del av overvekt- og helsediskursene.

Overvåkingsbegrepet forstås av SEF som positivt ladet. Det handler om å skaffe data om den norske befolkningens matvaner, deres trimvaner og deres helse. For eksempel SEFs kvantitative undersøkelser som Norkost (1997) og Ungkost (1993) der folk svarer på spørsmål i forhold til egen helse, kosthold og deres fysiske aktivitet. I tillegg samles det inn statistikk som viser endringer i befolkningen på disse områdene over tid. Desto mer kunnskap SEF kan få om den norske befolkningens sett i lys av ernæring og fysisk aktivitet, desto bedre er det. Da kan de iverksette målrettede tiltak på grunnlag av innsamlet kunnskap (informantsamtale).

Begrepet ”overvåking” er et begrep vi vanligvis ikke forbinder med helseforebyggende arbeid. I stedet forbindes det med for eksempel videoovervåking på offentlige plasser for å bekjempe kriminalitet, eller med statlige myndigheters overvåking av politiske grupper som anses som en trussel for rikets sikkerhet. SEF anvender et velkjent begrep, men bruker det i en annen sammenheng enn det vi er vant til. På denne måten oppstår det en form for intertekstualitet der begrepet får et annet innhold enn tidligere, men bygger på det tidligere innholdet i begrepet. Overvåkingsbegrepet er tradisjonelt ikke så positivt ladet, det henspiller på at noen følger med på oss og at vi ikke er fri til å gjøre hva vi vil.

I følge Foucault er hans bilde av Panopticon en illustrasjon på en disiplineringsteknologi. Mennesket disiplinerer seg selv fordi det har en bevissthet om at det er overvåket og synlig, selv om det ikke nødvendigvis er tilfelle. Den mulige overvåkingen internaliseres i individet slik at man ikke trenger maktapparater eller vold for å få mennesket til å oppføre seg på en ønsket måte.

Sett i lys av Foucaults perspektiv kan den aktive bruken av begrepet overvåking fra SEFs side i det helseforebyggende arbeidet gi assosiasjoner til en synlighet i forhold til kropp, vekt og helse. Dette kan igjen internalisere en bevissthet i individet om å ta vare på kroppen og helsen sin, hvis ikke vil det iverksettes offentlige tiltak for å bedre helsesituasjonen i befolkningen.



Denne overvåkingen som omhandler kunnskapsinnhenting handler ikke bare om en bevisstgjøring hos individene i forhold til at staten følger med på deres helsestatus. I følge Foucault handler denne systematiske kunnskapsinnhenting om en forvaltning av befolkningen som i sitt vesen er blitt et slags medisinsk prosjekt. Helse er blitt en viktig gjenstand for politisk kamp (Foucault 1999, Schaanning 2000, bind 1:448). I tidligere tider skulle man ifølge Foucault ta hånd om og frelse sjelene, mens man nå skal ta hånd om og sørge for kroppene (Schaanning 2000, bind 1:460/461). I følge Bryan S. Turner blir helse basisen for det gode liv i moderne samfunn, og instrumentelle strategier for å oppnå god helse som diett og mosjon blir støttet fra statlig hold som forebyggende medisin (Turner 1996:171). Mike Featherstone hevder at identitet i vårt samfunn er kroppsliggjort når vi viser oss frem eller presenterer oss selv i vårt dagligliv. I følge Featherstone er overvekt det nye stigma som forbindes med latskap og tap av kontroll, noe som innebærer at man ved å være overvektig bidrar til en dårlig presentasjon av seg selv (Featherstone 1996: 170 – 196). I lys av Turners og Featherstones perspektiver kan normer om å ta vare på egen helse og det å unngå overvekt stå sentralt i folks helseforståelse.

I følge Turner har kroppen også fått en ny sosial og individuell betydning i forbrukersamfunnet; det er der personlige strategier for helse er lokalisert (Turner 1996:171). Kroppen blir et objekt for makt og disiplinering, fordi det er her sosial kontroll kommer til uttrykk i praksis (Foucault 1999, Bordo 1992:13). Den sosiale kontrollens mål er å få en kropp som tvinges til å være føyelig og nyttig. Disiplinen skjer ikke ved hjelp av tradisjonelle metoder som tvang og vold, men gjennom ulike disiplineringsteknikker (Foucault 1999). Tidligere tiders disiplineringsteknikker var ofte svar på konjunkturbestemte krav, som for eksempel tiltak mot epidemier (Schaanning 2000, bind 2:435).

Sett i lys av Foucaults disiplineringsperspektiv, kan overvåking og kunnskapsinnhenting, helseundersøkelser og helseopplysning fortolkes som disiplineringsteknologier som blir iverksatt for å stoppe utviklingen av det som SEF kaller en overvektsepidemi.

Men dersom disse disiplineringsteknikkene skulle føre til føyelige og nyttige kropper slik Foucault fortolker det, burde hele den norske befolkningen fulgt SEFs råd om ernæring og fysisk aktivitet, og vært normalvektige og kjernesunne. Vekt- helse rapporten synliggjør at dette ikke er tilfelle (Vekt- helse rapport 2000). Til tross for all helseopplysning og disiplineringsteknikker, så bedres ikke den norske befolkningens helse. Tvert i mot øker gjennomsnittsvekten, vi beveger oss mindre enn før, og spiser mer usunn mat (ibid). SEFs forklaring på dette er at tidsbesparende teknologiske hjelpemidler som for eksempel heiser,

rulletrapper, biler og PC'er bidrar til at vi kan utføre de fleste oppgaver uten særlig fysisk bevegelse. Det innebærer at vi har et mer stillesittende liv enn tidligere. Den manglende daglige fysiske aktiviteten hevder de kan være årsaken til at gjennomsnittsvekten øker (SEFs Strategiplan 2000-2003:7). De siste årene har det vært et økende fokus på sukkerforbruket i befolkningen, særlig blant barn og unge. Et høyt inntak av sukker gjennom sukkerholdige drikker som brus og saft kan også være en forklaring på vektøkningen. Sukkerforbruket i den norske befolkningen har økt og særlig blant ungdom ([www.shdir.no](http://www.shdir.no), [www.fhi.no](http://www.fhi.no))<sup>40</sup>

Det at gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen øker på tross av rådende normer om hvordan vi kan leve sunt og holde vekten innebærer at diskursen gir rom for motstand; vi er ikke viljeløse, internaliserte marionetter som gjør slik staten ønsker. Foucaults perspektiver bidrar imidlertid til å belyse trekk ved det norske helseforebyggende arbeidet som kan fortolkes som disiplinerende og en form for sosial kontroll i forhold til vekt fra statlig side.

I analysen har jeg foreløpig belyst ulike diskurser i SEFs forebyggende arbeid knyttet til overvekt og helse. Jeg vil i den neste delen belyse avisenes formidling av overvekt og helse, ettersom mediene også er en sentral bidragsyter i overvekt- og helsediskursene.

---

<sup>40</sup> På Sosial- og helsedirektoratets og Nasjonalt folkehelseinstituttets nettsider er det presentert nyere aspekter i forhold til overvekt og helse. Nasjonalt folkehelseinstitutt har publisert helseundersøkelser i forhold til ungdom fra seks ulike fylker i Norge, der sammenhengen mellom brusdrikking og overvekt belyses (Helseundersøkelsene 2004).

# Et utsnitt av medienes overvektsdiskurs

Diskurser om overvekt som helseproblem konstrueres på ulike arenaer. I den foregående analysen har jeg belyst ulike diskurser som trer frem i SEFs helseforebyggende arbeid knyttet til overvekt og helse. Media bidrar i diskursen om overvekt blant annet gjennom avisoppslag og artikler. I denne delen av analysen vil jeg derfor belyse et utsnitt av noen avisers formidling av overvekt som helseproblem, ettersom media er sentrale aktører i helseopplysningen til den norske befolkningen.

I følge en av informantene ved SEF har man de senere årene observert en ny trend i media. Helse og helseforebyggende arbeid har fått mer spalteplass og oppslag enn tidligere, særlig har Dagbladet frontet dette feltet. Det er spesielt én del av helsefeltet som har fenget journalistene, og det er i følge informanten den økte oppmerksomheten rundt overvekt og helse (informantsamtale).

I riksdekkende aviser som VG, Dagbladet og Aftenposten har det vært mange oppslag om overvekt som helsetrussel de siste årene. Jeg har samlet artikler fra 1996 til 2000, og noen fra 2005. I hovedsak har jeg konsentrert meg om de oppslagene som har fått førstesideoppmerksomhet, eller stor plass med billedbruk inne i avisen. Oppslagene har ikke vært samlet systematisk, og gir dermed mer et utsnitt av avisenes dekning enn å påberope seg all mediedekningen i denne perioden.

Det tidligste oppslaget jeg er i besittelse av er fra oktober 1996, der den daværende helseminister Gudmund Hernes ”frykter overvektige i helsekøer” (Dagbladet 4.oktober 1996:13). Hernes fortsetter:

Ja, vi må bare erkjenne at overvekt og fedme kan bli ett av våre største helseproblemer. Det er derfor viktig å få kommunisert at ansvaret for egen helse også gjelder dette.

Artikkelen fortsetter:

Han (helseministeren) er overbevist om at det er store helsemessige - kanskje også budsjettmessige - gevinster å hente ved både mer mosjon og sunnere kosthold.

Og når helseministeren blir spurt hva norske helsemyndigheters strategi mot overvektsproblemet er, svarer Hernes:

Vi kan ikke sette det norske folk på sultekur. Men folkeopplysning, positive kampanjer og rådgiving viser seg å hjelpe. Ernæringspolitikken og Statens ernæringsråd har en nøkkelrolle, både i forhold til forbrukerne, skoleverket og institusjonene. Gode matvaner bør læres så tidlig som mulig.

Dette oppslaget kom før WHO-rapporten som i 1997 satte overvekt og helse på den internasjonale dagsorden. I april 1998 kommer et oppslag i Dagbladet der overskriften lyder: "Fedme truer folkehelsen" (Dagbladet 30.april 1998: 19). I ingressen står det videre at: "Om lag 300 000 av oss er for feite. Nå mener norske helseeksperter at det er på høy tid at fedme også blir et offentlig ansvar". Artikkelen bygger på forskning fra Statens helseundersøkelser som viser at ti prosent av den norske befolkningen er for tunge. Serena Tonstad, som i avisen presenteres som overlege ved avdeling for preventiv kardiologi ved Ullevål sykehus, uttaler i artikkelen: "Fedme må ses på som en kronisk sykdom og en alvorlig trussel mot folkehelsen". Tonstad sier videre at: "Overvekt koster det offentlige millioner av kroner i form av tilleggssykdommer som diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol." Oppslaget kom i 1998, to år før Vekt- helse rapporten ble presentert, men etter at WHO satte fedme på dagsorden. Mens daværende helseminister Hernes formidler at det også er individenes ansvar å unngå overvekt, er overlege Tonstad opptatt av at overvekt er et offentlig ansvar.

Et annet oppslag er fra juni 1998, der overskriften lyder: "Verdens tyngste problem" (Aftenposten 13.juni 1998:37). Artikkelen er illustrert med et enormt bilde som dekker nesten to tredjedeler av siden. Bildet viser en naken, svært overvektig dame. Hun sitter slik at kroppsfettet legger seg i valker, og den overvektige kroppen er det som skal være blikkfanget. Bildet er senere brukt i en rekke avisoppslag om fedme i ulike aviser, men da stort sett i mindre format. Billedbruken i samspill med teksten gir inntrykk av en kjønnmet metaforikk. Det er tilsynelatende den overvektige kvinnekroppen som er verdens tyngste problem (Fürst og Widerberg 2001:93). Ingressen forteller videre at "Nå skal Norge slankes.", og fortsetter:

En fersk WHO-rapport viser at fedme for første gang har passert underernæring som verdens største helseproblem. Amerikanerne er blant de feteste, men også nordmenn eser ut.

Lenger ned i artikkelen kan vi lese: "Ernæringsråd og fedmeeksperter beskriver utviklingen som urovekkende og alarmerende." Christian Drevon, professor ved Institutt for ernæringsforskning ved Det medisinske fakultetet i Oslo (han var også tidligere medlem av Statens ernæringsråd, og satt i arbeidsgruppa som jobbet med Vekt- helse rapporten): "frykter at antallet voksne som

får sukkersyke, kommer til å eksplodere i årene som kommer. Han frykter også at den positive trenden med lavere dødelighet for hjerte- og karsykdommer kommer til å snu.” I følge artikkelen siteres Drevon på: (...) det nå må sterk lut til. Vil folk leve lenger og få et bedre liv uten for mange sykdommer, har de ikke noe valg. De er nødt til å legge om spisevanene og øke den fysiske aktiviteten. Og skal politikerne ta problemet på alvor, må de ty til drastiske tiltak som treffer mange. En mulighet er å øke bensinavgiftene så det virkelig svir for å få folk til å gå mer eller bruke sykkel.” Helseforståelsen som her kommer til uttrykk baseres på at god helse innebærer fravær av sykdom, og at mosjon og kosthold er nøkkelen til god helse. Drevon er normativ i sine uttalelser, ettersom det må iverksettes tiltak som treffer mange, og som bidrar til at folk legger om sine matvaner og trimmer mer. Artikkelen lar også Statens ernæringsråd (SEF før de endret navn) komme til ordet, og de: ”varsler en forsterket kamp for å få Norge ned i vektklasse.” Kampen mot overvekten er et statlig prosjekt, og den intensiveres.

I oppslaget som kommer i Dagbladet et år senere (6.september 1999), fokuseres det også på den statlige kampen mot overvekten. Avisen bidrar her til diskursen med et førstesideoppslag der overskriften med store, fete typer lyder:”2 av 3 nordmenn er overvektige. Slik vil staten slanke deg” (Dagbladet 6.september 1999: førstesiden). Oppslaget har et lite bilde på førstesiden der vi ser en slank dames midje, og hun står med et målebånd rundt midjen. Inne i avisen er artikkelen over to hele sider der overskriften som går over begge sider lyder: ”Hele Norge på slanker’n”. (Dagbladet 6.september 1999: 14-15). Artikkelen er delt opp i flere underartikler med forskjellige overskrifter: ”Blir syk av overvekt”, ”Sjekk om du er for tjukk” og ”Her er slankeplanen”. Inngressen introduserer artiklene med ”To av tre nordmenn er overvektige. Nå vil ekspertene slanke Norge, men uten å sette oss på kur.” Her definerer avisen ”to av tre nordmenn” som overvektige, og det er staten som skal slanke den norske befolkningen. Antallet som her defineres som overvektige, overstiger det tallet SEF operer med (50 prosent av den voksne befolkningen, Vekt- helse rapport 2000:11). Avisoppslaget kom imidlertid i september 1999, noen måneder før Vekt- helse rapporten ble publisert.

I artikkelen er det flere eksperter som uttaler seg, blant annet leder av det nye Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet<sup>41</sup>, Knut Inge Klepp. Klepp sier blant annet at ”Vi må legge hovedvekten på politiske tiltak og samfunnsforandringer” (Dagbladet 6.september 1999: 14). Sammenhengen mellom samfunnsstruktur og overvekt er i fokus. Det refereres til WHO's fokus på fedme som helseproblem: ”Verdens helseorganisasjon hevder at den globale

---

<sup>41</sup> Statens ernæringsråd endret navn til Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet i 1999

overvektsepidemien er en alvorlig trussel mot verdens helse, og oppfordrer landene til å utarbeide tiltaksplaner” (ibid). Under overskriften ”Blir syk av overvekt” listes det opp en rekke sykdommer du kan pådra deg dersom du er overvektig (ibid). Det er et betydelig antall, i alt 13 sykdommer er på listen. Overskriften ”Her er slankeplanen” er på den andre avissiden. Der blir det i ingressen presentert at SEF senere i høst skal legge frem en nasjonal plan mot overvekt, og videre at: ”Her er forslagene som skal tvinge fedmeepidemien i kne” (ibid:15). Tiltakene som listes opp er ikke så ekstreme som man kan få inntrykk av når man leser overskriften og ingressen. Det er for eksempel mange av tiltakene som går på å lette tilgjengeligheten for å sykle og mosjonere, eller å legge mer til rette for høyere inntak av frukt og grønt ved å lage grønne kantiner på arbeidsplassene, og dele ut gratis frukt og grønt i skolene.

Ordvalget er interessant, journalisten velger å anvende ordet ”slankeplan”, og skriver at forslagene skal ”tvinge fedmeepidemien i kne”. Språkbruken gir slik jeg fortolker den assosiasjoner til tvangsslanking fra myndighetenes side, noe som er langt fra det SEF ønsker å formidle. Samtidig kan deler av SEFs diskurs fortolkes som en form for sosial kontroll av befolkningen noe jeg belyste tidligere i oppgaven, men avisene setter dette på spissen. I avisdiskursen kommer derfor et mulig disiplineringsprosjekt tydeligere frem.

I november 1999 slår Aftenposten opp en helside i søndagsavisen, ”Pondus koster flekk” (Aftenposten 21.november 1999:17). Ingressen fortsetter:

Vi sveller. Norske 18-åringer veier i dag mer enn de gjorde i 1983. I Tyskland har man anslått at helsemessige problemer som følge av overvekt årlig koster nærmere 180 milliarder kroner. Nå har Verdens Helseorganisasjon tatt opp kampen mot fett. I Norge har ingen foreløpig våget å sette tall på kostnadene.

Artikkelen er billedlagt med en fotomontasje, der en stram soldat i giv akt foran speilet blir til en lett overvektig, slapp soldat i speilbildet. Her er det en sentral endring i billedbruk i forhold til tidligere oppslag. Mens de oppslagene jeg har sett før har vært preget av bilder av kvinner, er det her en mannlig soldat som er i fokus, og både overskriften og ingressen peker på at overvektsproblemet koster samfunnet enorme summer. Ordbruken ”pondus” henspeler til den mannlige, overvektige magen som på begynnelsen av 1900-tallet ble ansett som et statussymbol. Pondusen henspeler i dag til en utgift i samfunnsøkonomien, i følge avisoppslaget. I selve artikkelen kan vi lese at SEF vil ta opp kampen mot den nye helsetrusselen, ”ja, få oss til å oppdage at den faktisk eksisterer, også her i landet.”(...) ”Fettbølgen” kommer ikke som en rasende springflo som man ser og hører og kan sette i gang

øyeblikkelige krisetiltak mot. Den flør umerkelig, legger hekto på hekto til Olas og Karis kroppsvekt, og den ebber ikke frivillig.” (Aftenposten 21.november 1999: 17).

Her er det sterke metaforer som tas i bruk når journalisten skal beskrive overvekt som helseproblem. I følge artikkelen er helsetrusselen som ”fettbølgen”, selv om det settes i anførselstegn i artikkelen. Journalisten bruker videre metaforen ”rasende springflo” for å beskrive at ”fettbølgen” er annerledes. ”Fettbølgen” ”flør umerkelig(...), og den ebber ikke frivillig” (Aftenposten 21.november 1999: 17). Det gir assosiasjoner til noe som kommer snikende, og som kommer for å bli. Overvekten er tydeligvis noe skummelt...

I oppslaget i Dagbladet fra 6.september 1999 som jeg belyste tidligere, og i dette oppslaget fra Aftenposten 21.november 1999 anvendes epidemibegrepet. Vekt-helserapporten fra SEF er ikke utgitt på dette tidspunktet, men begrepet er allerede tatt i bruk i avisene. Når journalisten spør Knut Inge Klepp, leder av SEF, om det er myndighetenes oppgave å fortelle oss hvordan vi skal leve livet vårt, repliserer Klepp i følge artikkelen at: ”Det er ikke bare det enkelte mennesket som må betale for følgene av overvekten, det vil koste samfunnet dyrt i tillegg.” (Aftenposten 21.november 1999:17). Ved at overvekten også får store samfunnsøkonomiske konsekvenser som flere av avisoppslagene helt tilbake til 1996 peker på, introduserer diskursen om overvekt problemstillinger knyttet til at overvektsproblemet ikke bare handler om helse, men også om økonomi.

Det er flere eksperter som får uttale seg, ikke bare ernærings eksperter som Klepp og Drevon, men også farmasiprofessor Tor Waaler:

som svoren mosjonist blir han morsk i blikket når han snakker om vår tids forbannelse: -  
Fjernsynet og bilen og menneskets iboende dovenskap er den største faren for folkehelsen i fremtiden. (Aftenposten 21.november 1999:17)

Waalers uttalelser er preget av en moralsk forargelse. Man skal være slank, og man skal være fysisk aktiv. I tillegg skal man ikke se for mye på TV, kjøre for mye bil eller være for lat. Dette er bare basert på én persons uttalelser, men han er farmasiprofessor, det vil si en anerkjent ekspert, og han får uttale seg i avisen i forbindelse med overvekt som helseproblem. Han blir dermed en del av diskursen om overvekt som formidles fra avisene, og påpeker underliggende moralske normer knyttet til vekt og helse.

I VG 13.januar 2000 lyder overskriften ”Nordmenn er blitt farlig fete” og underoverskriften er: ”Drastiske forslag for å senke vekten” (VG 13. januar 2000: 22 - 23). Oppslaget kom i forbindelse med utgivelsen av Vekt- helserapporten 12. januar 2000. Hovedbudskapet er stort sett det samme som i de tidligere artiklene, men denne gangen kan

journalistene vise til rapporten. Det er i hovedsak Christian Drevon som uttaler seg i dette oppslaget, han har sittet i arbeidsgruppa som har utarbeidet Vekt- helse rapporten:

Siden dette skjer i flere land, på tvers av kulturelle og økonomiske forskjeller, mener arbeidsgruppen at vektøkningen er en følge av systemet vi alle lever i. Enkeltpersoner får derfor ikke ansvaret alene (VG 13.januar 2000:23).

Her understrekes sammenhengen mellom samfunnsstruktur og overvekt. En av underoverskriftene lyder: ”Slik skal overvekt behandles”, og deretter listes det opp en rekke forslag til tiltak. Disse er blant annet at alle skal fedmesjekkes, at kost- og mosjonsvaner må endres for alltid, at pasienten blant annet må lære å skrive matdagbok, alltid spise fra tallerken, bare forsyne seg én gang med middag, spise mindre fett og mer fiber og ta en daglig 20 minutters rask spasertur (VG 13.januar 2000: 23). De foreslåtte tiltakene har ikke fokus på at overvekt kan være et komplekst helseproblem som har sammenheng med psykologiske og sosiale faktorer (Buhl 1996, NOU om kvinners helse 1999:13).

Sett i lys av et sosiologisk diskursperspektiv er det interessant å se hvilke eksperter som får uttale seg i avisoppslagene (Hall 1997). Det er professorer innen ernæring og medisinske fag, en helseminister<sup>42</sup>, en overlege, fysioterapeuter og en cand.scient, men eksempelvis ingen psykologer, sosiologer, historikere eller antropologer. Presentasjonen av overvekt som helsetrussel ser i disse avisoppslagene ut til å være preget av medisinske ekspertuttalelser, noe som kan bidra til at den medisinske forståelsen av overvekt og helse dominerer i avisdiskursen. I kraft av å være eksperter legitimeres deres helseforståelse, og blir stående alene i formidlingen av overvekt som helsetrussel. På denne måten aksepteres denne forståelsen som sann, fordi den ikke utfordres av andre perspektiver i diskursen. I lys av Foucaults forståelse av et vitensregime i diskursen, kan ekspertenes helseforståelse som presenteres i avisenes overvektsdiskurs tolkes som en form for vitensregime. Det kan i lys av dette hevdes at én vitenskapelig forståelse av overvekt og helse dominerer i diskursen. Ved at denne vitenskapelige forståelsen i kraft av dominansen i diskursen har makt til å definere hvordan overvekt og helse skal forstås, fortrenses andre tilnæringer til overvekt og helse. I følge Deborah Lupton handler dette om en ekskludering av andre vitensdisipliner som ikke har samme tilnærming til helse som den rådende ernæringsmedisinske helseforståelsen (Lupton 1995). Samfunnsvitenskapelige eller psykologiske perspektiver på overvekt og helse

---

<sup>42</sup> Daværende helseminister Hernes er også sosiolog, men uttalte seg i denne sammenhengen som helseminister.



kommer ikke til orde i oppslagene. Avisene bidrar dermed til å forsterke diskursen der god helse innebærer fravær av sykdom og det å være normalvektig, og at god helse oppnås gjennom mosjon og et sunt kosthold.

Journalistene formidler budskapet om overvekt og helserisiko med sterk ordbruk og metaforer. For eksempel ”alvorlig trussel”, ”frykter overvektige i helsekøer”, ”overvektsbølgen er urovekkende og alarmerende”, fedmeepidemien skal tvinges i kne”, samt metaforer som ”fettbølge” og ”springflo”. Avisenes diskurs om overvekt som helsetrussel kan fortolkes i lys av Stanley Cohens begrep *moralsk panikk*. Cohen forstår moralsk panikk som når et fenomen defineres som en trussel mot samfunnsmessige verdier og interesser, når fenomenets karakter presenteres på en stilisert og stereotyp måte av massemedia, og når de moralske barrikadene er bemannet av redaktører, politikere og andre rett-tenkende mennesker, som autoriserte eksperter som uttaler seg om diagnoser og løsninger (Cohen 1980:9, Fürst og Widerberg 2001:94). Overvekt defineres som en trussel mot samfunnsmessige verdier og interesser, fordi god helse og det å spare samfunnet for økte utgifter anses som både et individuelt ansvar og et samfunnsansvar. Overvekt som helseproblem blir presentert på en stilisert og stereotyp måte i oppslagene, og kompleksiteten i problemstillingene kommer ikke til syne. Autoriserte eksperter uttaler seg om diagnoser og løsninger. Når den moralske pekefingeren gjennom avisene løftes mot befolkningen, og det formidles: Du skal slankes! tyder mye på panikk, og det er åpenbart at moralen påkalles (Fürst og Widerberg 2001:94).

Å sette ting på spissen og å overforenkle er i mediene ikke et nytt fenomen. Det bør allikevel være et tankekors at helseopplysning gjennom aviser kan konstruere et trussel- og risikobilde som er overdimensjonert, noe som kan hevdes å bidra til engstelse eller økt helsebekymring i befolkningen (Fugelli 1999). SEFs har problematisert at kampen mot overvekten kan føre til uintenderte konsekvenser (Vekt- helse rapport 2000:11). I lys av dette kan det hevdes at medienes overvektsdiskurs kan forenkle og forsterke SEFs budskap og på den måten bidra til disse uintenderte konsekvensene. Den daglige mediestrømmen er en sentral kilde til informasjon og kunnskap for mange mennesker, og vil dermed kunne ha større innvirkning på internalisering av helsenormer enn for eksempel opplysningskampanjer som kjøres noen få ganger i året.

## Endring av fokus i mediediskursen?

Jeg har valgt å ta med noen avisoppslag fra 2005 for å belyse et utsnitt av overvektsdiskursen som kommer til uttrykk fem år etter det siste oppslaget jeg belyste. Utvalget er ikke systematisk samlet inn, men jeg har igjen tatt utgangspunkt i artikler som enten har fått førstesideplass eller stor plass inne i avisen.

I Aftenposten 9.mars 2005 lyder overskriften på første side: ”Foreldre skyld i barnas fedme”. Inne i avisen er det to sider der hovedoverskriften er: ”Når de små blir for store. Norske barn blir stadig tykkere. Foreldrene har hovedansvaret, mener fagfolk”. I artikkelen er det ernæringsfysiolog Magnhild Pollestad, overlege Serena Tonstad, lege Rønnaug Ødegaard, helsesøster Kjersti Myhre og assisterende direktør i Sosial- og helsedirektoratet Gunn- Elin Aa. Bjørneboe (tidligere direktør i SEF) som uttaler seg. Tonstad, som uttalte seg i artikkelen fra 1998, er fremdeles en bidragsyter i overvektsdiskursen i media. Det er heller ikke denne gangen noen fra en samfunnsvitenskapelig eller psykologisk vitensdisiplin som uttaler seg; alle tilhører det medisinske kunnskapsfeltet. Overvekt kan også forstås som et komplekst fenomen hvor en rekke faktorer virker inn på om man utvikler overvekt. Noen av faktorene som nevnes i offentlige utredninger og litteratur om årsaker til overvekt er generell psykisk mestring av livsforhold samt hva slags forhold man har til kropp og mat, i tillegg til sosiale og kulturelle faktorer som virker inn på om man utvikler overvekt<sup>43</sup>. Fokus rettes mot at en ideell kroppsstørrelse er å være slank både i motebildet, men også i det helseforebyggende arbeidet. Dette kan bidra til vår forståelse og opplevelse av egen kropp.

I avisoppslaget i Aftenposten 9.mars 2005 rettes fokus mot barn og unge. At barn og unge trekkes inn i mediediskursen om overvekt er nytt i forhold til tidligere års oppslag. I artikkelen flyttes ansvaret over på individet, fordi oppslaget hevder at det er foreldrene som er skyld i barnas fedme. Skolepolitikk eller samfunnsstruktur som faktor for utvikling av overvekt er ikke i fokus denne gangen. Artikkelen fremstår imidlertid som mer balansert enn tidligere års avisoppslag. Billedbruken er mer vennlig, og det anvendes ingen metaforer eller ”frykt” - eller ”trussel”- begreper som har vært brukt tidligere.

I en annen artikkel fra Aftenposten en måned senere, 19. april, er fokus igjen på barn. Førstesidens overskrift lyder: ”To av ti barn veier for mye”. Inne i avisen er det to sider der overskriftene er: ”Tunge barn er blitt tyngre. 15-16 prosent overvektige barn. Helsefarlig for tungvekterne.” Det er bilde av et normalvektig barn som blir veid og målt. Vi får vite at en ny

---

<sup>43</sup> Buhl 1996, St.meld.nr.16 (2002-2003) om folkehelsepolitikken, NOU 1999:13 om kvinners helse i Norge.

undersøkelse, Vekststudien fra Haukeland sykehus, viser foruroligende tall og at vekten innebærer en helsefare og ikke bare et kosmetisk problem for de tyngste barna (Aftenposten 19. april 2005:16). Seniorrådgiver Henriette Øyen ved Avdeling for ernæring i Sosial- og helsedirektoratet uttaler i følge avisen at undersøkelsen viser dramatiske og skremmende tall, og at undersøkelsen bekrefter det de vet fra før om 4. og 8.klassinger gjennom Ungkostundersøkelsen fra 2000. Øyen arbeidet ved SEF før SEF ble lagt inn under Sosial- og helsedirektoratet, og er en av mine informanter.

Knut- Inge Klepp, tidligere leder av SEF som nå er leder av Rådet for ernæring i Sosial- og helsedirektoratet, uttaler seg i artikkelen. Han påpeker at de nye vekttallene viser at det er viktig å sette inn tiltak også mot spesielle grupper, som de ti prosent tyngste barna. Klepp var en sentral bidragsyter til diskursen i de tidligere oppslagene. Denne artikkelen fremstår også som mer balansert enn tidligere års oppslag, selv om språkbruken her beskriver det som ”dramatiske og skremmende tall”.

I VG fra 15. juni 2005 lyder overskriften på side 4: ”Fedme farligere enn røyking”. Her anvendes samme bilde av den svært overvektige damen som ble brukt i Aftenposten-artikkelen fra 13.juni 1998. Bildet dominerer artikkelen, da det dekker to tredjedeler av siden. I tillegg er det et lite innskutt bilde på ca fem ganger fem cm, som viser overkroppen av en mann med vom. I artikkelen kommer det frem at svært overvektige personer taper 8,8 år i levealder, mens de som røyker ”20 om dagen” i 40 år, taper 7,4 år i levealder. De som både er overvektige og røyker, taper over ti år eller mer i levealder. Det er en engelsk professor ved St. Thomas- sykehuset i London som uttaler seg om farene ved overvekt og røyking, men ingen norske helseeksperter uttaler seg i denne artikkelen. Oppslaget er dominerende på grunn av bildet i artikkelen, og den fete overskriften om at fedme er farlig.

Det siste oppslaget om overvekt jeg vil trekke frem er fra Aftenposten 30. juni 2005. Det er ikke et førstesideoppslag, men får to sider inne i avisen. Ironisk nok er nesten hele førstesiden til Aftenposten denne dagen viet til sultkatastrofen i Niger, med et stort bilde av to underernærte barn som gråter. Artikkelens overskrift på side 18 og 19 lyder: ”Tung kamp mot tyngende trender. Ekspert tror ikke politikerne forstår alvoret. Historisk anbefaling: Trim 7 timer i uken!”. Prof.dr.med Roald Bahr, leder av Nasjonalt råd for fysisk helse (en del av SEF, ligger nå under Sosial- og helsedirektoratet) uttaler i følge avisen at det må ”voldsomt kraftig lut til” dersom utviklingen skal snus (Aftenposten 30.juni 2005:18). Han forklarer at den økte oppmerksomheten mot fysisk aktivitet, skyldes at ernæringsdata fra de siste 30 år ikke viser at det gjennomsnittlige energiinntaket har økt. Det finnes heller ikke antakelser om at vi trener eller mosjonerer mindre. Andelen som trener, er heller økende enn synkende.

Forklaringen ligger da i følge Bahr i manglende aktivitet i hverdagen. Og det er tekniske fremskritt som i artikkelen får en del av skylden. Overskriften på side 19 lyder: ”Kroppen parkeres av fjernkontroller og bilkjøring”, og tar for seg hvordan internett og data, husholdningsmaskiner, heiser og rulletrapper bidrar til mindre bevegelse i hverdagen (Aftenposten 30.juni 2005:19). I denne artikkelen er det interessant at det fokuseres på de samme problemstillingene som artiklene fra 1998 og 1999 tok for seg. Uttrykket ”kraftig lut” som Drevon brukte i Aftenposten artikkelen fra 13.juni 1998, gjentas her av Bahr. TV og bil fikk også skylden for utviklingen av Waaler i Aftenposten-artikkelen fra 21.november 1999.

Oppsummert kan avisdiskursen leses som en form for moralsk panikk rettet mot overvekt som fenomen. Språk- og metaforbruk er sterk, i tillegg til at hvordan avisene billedlegger artiklene også bidrar til et budskap om at overvekt er uestetisk og representerer mangel på kontroll. Det er en rekke eksperter som uttaler seg med autoritet, noe som forsterker det budskapet som formidles i artiklene. Avisartiklene som er fra 2005 kan til en viss grad sies å være mer balansert enn tidligere, men de har fokus på nye grupper som barn og unge. Aviser er i mange hjem noe som kan bidra til at overskrifter og billedbruk også ses og leses av barn og unge. Hvilken innvirkning det har for barn og unge å lese om at det er farlig for barn og unge å være overvektig er det foreløpig ikke forsket på så vidt jeg vet. Men det kan tenkes at avisdiskursen kan skape en forståelse av overvekt og helse hos barn og unge som kan være negativ. Språkbruken er imidlertid noe mindre dramatisk i artiklene fra 2005, men problemstillingene er stort sett de samme. Fokus er noe mer på et individuelt ansvar enn et samfunnsansvar. Fremdeles er andre helseforståelser som setter fokus på andre faktorer enn kosthold og mosjon, som for eksempel psykisk helse, stort sett fraværende i avisenes overvektsdiskurs. Ett unntak er oppslaget i Dagens Næringsliv over fire sider 13./14.august i år som jeg presenterte under teoretiske og metodiske perspektiver i innledningen, der temaet for artikkelen er sosial ulikhet. I store trekk kan medias vinkling på overvekt hevdes å representere helsediskursen slik vi kjenner den fra den medisinske ekspertise, men overforenklet og satt på spissen.

## Kapittel 5: Avsluttende kommentarer

---

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i Statens råd for ernæring og fysisk aktivitets (SEFs) kamp mot overvekt. Jeg er opptatt av hvordan forståelser av overvekt og helse konstrueres i diskurser i ernæringsopplysningen. Foucaults diskurs- og maktforståelse står sentralt i analysen av datamateriale. Dette fordi jeg ønsker å synliggjøre hvordan visse typer kunnskap gjennom diskurser defineres som det Foucault betegner som sann viten, mens andre vitenstilnæringer ikke fokuserer på eller har legitimitet. Jeg har i lys av Luptons perspektiv blant annet stilt følgende kritiske spørsmål til dagens helseforebyggende diskurser: Mangler SEF tilstrekkelig kunnskap om kompleksiteten i spørsmål knyttet til helse i vårt samfunn i dag? Utelates andre helseforståelser og metoder som kunne bidratt med andre virkemidler og tilnæringsmåter?

Denne oppgaven gir ikke svar på disse spørsmålene, men tendenser som trer frem i analysen i lys av folkehelsearbeidet kan peke i retning av at det kan være på tide å bringe inn flere perspektiver i helseopplysningen og nyansere formidlingen av overvekt som helseproblem.

Jeg vil i denne avsluttende delen reflektere over hvordan denne studien kan bidra til å belyse problemstillinger knyttet til SEFs helseforebyggende arbeid. I analysen av SEFs kamp mot overvekten trer det frem fire ulike diskurser; en diskurs om overvekt, en diskurs om kjønn og vekt, en diskurs om helse og en diskurs helseforebyggende arbeid som et disiplineringsprosjekt. I tillegg har jeg belyst avisenes formidling av overvekt som helseproblem, der det kan hevdes at det trer frem en diskurs om moralsk panikk i forhold til overvekt som helsetrussel. SEFs anvendelse av begreper som epidemi og overvåking er belyst i analysen, likeså SEFs helseforståelse og tilnærming til overvekt som folkehelseproblem. Analysen har synliggjort at det er kjønnsforskjeller knyttet til vekt og helse, og at det i dag kan se ut til at det er kvinner som spiser sunnest, men slanker seg mest. I tillegg er det per i dag ca. 90 prosent av dem som lider av en spiseforstyrrelse som er kvinner. I lys av dette kan det hevdes at SEFs budskap om overvekt og mulige uuntenderte konsekvenser kan ha større betydning for kvinner enn for menn på bakgrunn av forskning om deres forhold til kropp og vekt. Skårderud hevder at gutter i økende grad sliter i forhold til vekt og helse (Skårderud 2000b). Dette kan komme til å bidra til endringer i de kjønnsforskjellene til vekt og helse jeg har belyst i analysen. På bakgrunn av analysen kan det

hevdes at på tross av at helseforskjeller i ulike samfunnsgrupper belyses kort av SEF, er det i mindre grad et dominerende aspekt ved deres forebyggende helsearbeid knyttet til overvekt og helse. I analysen har jeg belyst at SEF baserer sitt informasjonsarbeid på en helseforståelse som innebærer fravær av sykdom. Andre variabler som kan ha innvirkning på helsen som sosial ulikhet, kjønn, psykiske aspekter og etnisitet er mindre fremme i SEFs helseforebyggende arbeid. Offentlige utredninger har belyst at overvekt og helse er komplekse fenomener<sup>44</sup>. Det at SEF i stor grad prioriterer en generell tilnærming av helseopplysning til hele befolkningen, og sett i lys av de helseforskjellene som er belyst i de offentlige utredningene, kan det hevdes at SEFs forebyggende arbeid i forhold til overvekt kan komme til kort dersom det dominerer alene i helsediskursen.

## Overvekt – ikke utelukkende en helserisiko

I det empiriske materialet trer det frem en diskurs der overvekt gjennomgående defineres som en helserisiko i forhold til en rekke sykdommer, og det rettes fokus mot at overvekt også internasjonalt er et folkehelseproblem. Analysen belyser at det er knyttet en rekke moralske normer og verdimeslige vurderinger til hva det innebærer å være sunn og til hvordan man klassifiserer vekt, eksempelvis gjennom BMI - målet. Overvektsdiskursen problematiserer imidlertid dette i liten grad. Videre belyses det at overvekt i vår kultur i dag også handler om normer knyttet til disiplinering og selvkontroll og til hvordan vi forstår begrepet helse, i tillegg til normer om hva vi anser som tiltalende.

Empirien viser at overvekt og helse i befolkningen i stor grad følger variabelen sosial ulikhet. Personer med høy utdanning har i større grad god helse og lavere forekomst av overvekt enn personer med lav utdanning. SEF problematiserer dette i mindre grad i diskursen, men vektlegger en epidemiologisk tilnærming som innebærer at man tar utgangspunkt i hele befolkningen i stedet for ulike samfunnsgrupper.

Det synliggjøres at overvektsdiskursen bygger på andre eksisterende helsediskurser. At epidemibegrepet anvendes tilsynelatende uten kritiske motforestillinger i SEFs diskurser, problematiseres for å synliggjøre hvordan dette bidrar til å konstruere en forståelse av overvekt som et smittsomt helseproblem som sprer seg i befolkningen.

---

<sup>44</sup> St.meld.nr.16 (2002-2003), Folkehelse rapporten 1999, NOU 1999:13

## Uintenderte konsekvenser i kampen mot overvekt

Et av utgangspunktene for mine problemstillinger er en bekymring SEF ytrer i Vekt- helse rapporten (2000) om at kampen mot overvekt kan få uintenderte konsekvenser. Disse kan være økt helseoppmerksomhet, økt forekomst av spiseforstyrrelser og en økt risikofokusering i forhold til helsespørsmål i befolkningen.

Studien belyser at det er forskjeller i hvordan menn og kvinner forholder seg til kropp, vekt og helse. Materialet viser at tendensen er at kvinner i større grad enn menn, spiser sunnere og slanker seg, til tross for at de er normalvektige. Ca. 90 prosent av de personer som utvikler spiseforstyrrelser er kvinner. I lys av forskning på overvekt og helse kan det se ut til at helserisikoen knyttet til overvekt er litt større for menn enn for kvinner (Rapport 2003:1 Nasjonalt Folkehelseinstitutt). Det vil blant annet si at menns fettfordeling kan medføre større risiko for å utvikle sykdommer knyttet til overvekt enn det kvinners fettfordeling gjør (Vekt-helse rapport 2000). Det empiriske materialet synliggjør at eventuelle uintenderte konsekvenser av kampen mot overvekten kan gi ulike utslag for de to kjønnene. SEFs bekymring i forhold til slike uintenderte konsekvenser er lite synlig i deres forslag til tiltak og behandling av overvekt. Det at kjønn kan være en relevant faktor i denne sammenheng problematiseres i liten grad i SEFs helseforebyggende arbeid.

## SEFs helsediskurs

I analysen belyses SEFs helseforståelse som kommer til uttrykk i overvekts- og helsediskursene. Diskursanalysen synliggjør at god helse i følge SEF i stor grad innebærer fravær av sykdom. SEFs klare anbefaling for å unngå sykdom og overvekt samt utvikle god helse, er å spise sunt og være fysisk aktiv. I sine strategidokumenter definerer SEF seg som en autoritet i Norge i forhold til formidling av kunnskap om ernæring og fysisk aktivitet. På denne måten legitimeres SEFs utsagn og forståelse av hva helse er og hvordan god helse kan oppnås. Dermed konstruerer diskursen forståelser av overvekt og helse og bidrar til å synliggjøre hvem som har makt til å definere hva som anses som sann kunnskap på feltet. Det kan på bakgrunn av tendenser i analysen hevdes at SEF kan forstås som et vitensregime i det forebyggende helsearbeidet knyttet til overvekt fordi deres helseforståelse dominerer i diskursen. Dette kan være problematisk fordi SEFs dominans i helsediskursen kan fortrenge

andre helseforståelser som kan bidra med andre tilnærminger til komplekse fenomener som overvekt og helse. Med andre helseforståelser mener jeg perspektiver som inkluderer variabler som for eksempel sosial ulikhet, kjønn, psykisk helse, miljø og nettverk når helse skal belyses og behandles. Analysen belyser at andre helseforståelser er mindre synlige i ernæringsopplysningen. Undersøkelser viser at mange opplever at de har god helse på tross av at de har en kronisk sykdom eller lidelse (Folkehelse rapporten 1999). Det kan derfor hevdes at helse i stor grad handler om en subjektiv opplevelse og ikke utelukkende fravær av sykdom. Dette aspektet er lite synlig i SEFs helseforebyggende arbeid.

SEFs helsediskurs bygger i stor grad på kvantitative undersøkelser som viser sykdomsutvikling i befolkningen og som belyser sammenhenger mellom kosthold, mosjon og helse. Sett i lys av Luptons perspektiver kan det å vektlegge kvantitative undersøkelser og utelate andre og mer kvalitative tilnærminger til helseopplevelse få betydning for hvilke tiltak som velges og vektlegges i kampen mot overvekten. Med dette forstår jeg at en generell tilnærming til hele befolkningen kan ha andre konsekvenser enn hvis man tar utgangspunkt i enkelte samfunnsgruppers helserisiko eller ser helseopplysningen i et kjønnsperspektiv. Undersøkelser viser at dårlig helse ofte konsentreres i grupper i samfunnet som har lavere sosial status. Samfunnsgrupper med lavere sosial status sliter i større grad enn de med høyere sosial status i forhold til eksempelvis røyking og overvekt (Rapport 2003:1 *Bedre helse- større forskjeller*). Ved å anvende en kvalitativ tilnærming til helse kan man belyse ulike samfunnsgruppers helseforståelse. I lys av de ulike samfunnsgruppene helseforståelse kan man legge opp en helseopplysning som oppfattes som mer relevant for de samfunnsgrupper som har høyere risiko for å utvikle helseproblemer knyttet til overvekt. Dette aspektet er i liten grad synlig i SEFs helsediskurs.

## Sosial kontroll og vekt

Sett i lys av Foucaults diskurs- og maktforståelse kan det helseforebyggende arbeidet fortolkes som et disiplineringsprosjekt. Det vil si at kampen mot overvekten kan hevdes å være en del av forvaltningen av befolkningen som skal bidra til et velfungerende samfunn, der forekomsten av sykdom og avvik minskes. Analysen belyser at gjennom ulike virkemidler og tiltak som iverksettes i det statlige forebyggende helsearbeidet knyttet til overvekt og helse internaliseres normer som det å ta vare på kroppen og det å hindre vektøkning. De vekt- og



helseundersøkelsene som foretas av det offentlige fra vi blir født til vi går ut av grunnskolen, kan fremholdes å være et eksempel på det Foucault kaller en maktmekanisme. Det kan i lys av analysen hevdes at helsenormer og offentlige vekt- og høydemålinger kan bidra til at individene disiplinere egen kropp uten noen form for ytre tvang.

SEFs anvendelse av begrepet overvåking problematiseres ikke i deres dokumenter. Overvåkingsbegrepet anvendes gjennomgående i diskursen. Sett i lys av Foucaults disiplineringsspektiv kan det hevdes at SEFs ukritiske bruk av begrepet kan bidra til å fortolke deres helseforebyggende arbeid som en form for sosial kontroll.

## Moralsk panikk i media

Mediene er sentrale formidlere av helseopplysning, og er derfor bidragsytere i overvekts- og helsediskursene. Artikler som omhandler overvekt som helseproblem fra ulike dagsaviser er en del av det empiriske materialet. Avisenes formidling av kampen mot overvekten preges av en sterk bruk av språk og metaforer. Analysen belyser at avisene bidrar til å forenkle og forsterke SEFs overvekts- og helsediskurser, men de problematiserer ikke hvordan diskursene har oppstått og hvordan de videreutvikler seg.

Begrepet *moralsk panikk* står sentralt når avisenes overvekts- og helsediskurser belyses. Analysen synliggjør hvordan eksperter og aviser definerer og stempler overvekt som en helsetrussel. Ekspertenes uttalelser trekker på andre diskurser og andre betydninger av begreper, eksempelvis anvendelsen av epidemibegrepet eller det å kalle overvektsproblemet for en overvektseksplisjon. På denne måten konstrueres et trusselbilde av overvekt og helserisiko som ikke står i samsvar med en reell helserisiko for flere samfunnsgrupper som for eksempel unge kvinner med høy utdanning. I lys av dette kan det hevdes at den unyanserte mediediskursen som forenkler og spissformulerer overvekt som helseproblem kan bidra til eventuelle uintenderte konsekvenser som for eksempel økt helseopptatthet eller økt forekomst av spiseforstyrrelser i deler av befolkningen.

## Sentrale problemstillinger for videre studier

Denne oppgaven belyser ulike diskurser som kan virke styrende i det helseforebyggende arbeidet rettet mot den økende gjennomsnittsvekten i befolkningen. Sett i lys av analysen kan det hevdes at SEF kommer til kort i kampen mot overvekt. Det kan til og med være grunn til å fremholde at SEFs snevre helseforståelse og epidemiologiske tilnærming kan være et hinder for å nå de samfunnsgrupper som sliter med eller står i fare for å utvikle helseproblemer. Det på bakgrunn av dette hevdes at overvektsdiskursen bør nyanseres.

Analysen belyser at overvekt og helse er mer komplekse fenomener enn det som formidles i SEFs helseforebyggende arbeid, og at helse omfatter langt flere faktorer enn ernæring, fysisk aktivitet og overvekt. Sett i lys av SEFs helseforståelse vil jeg hevde at paradokset jeg presenterer innledningsvis, der jeg undrer meg over hvorfor vekten øker i befolkningen på tross av massiv tilgang på informasjon om sunn mat og treningstilbud, virker begripelig. Det at SEF i liten grad inkluderer kjønnsperspektiv, individenes selvopplevde helseforståelse og psykiske helse samt at de i liten grad har fokus på strukturelle forhold som sosial ulikhet kan bidra til at SEFs tiltak ikke treffer der de skal. Det kan synes som om SEFs helseopplysning når de gruppene av befolkningen som allerede lever i tråd med rådende helsenormer. Undersøkelser viser at de gruppene som i stor grad tar til seg råd om kosthold og helse har høyere utdanning og høyere sosial status (Iversen 2005, Rapport 2003:1). I lys av dette kan det hevdes at SEF bør være mer bevisst på hvilke begreper man anvender og hvilke helseforståelser man presenterer til ulike samfunnsgrupper heller enn å gå bredt ut til hele befolkningen. Dersom SEF ønsker å være målrettet i sine virkemidler er det et poeng at de innhenter kunnskap om hvilke befolkningsgrupper som er særlig utsatt for økt helserisiko som økende overvekt, samt at tiltak og forebyggende virkemidler har fokus på sårbare grupper i befolkningen. I analysen belyses kjønnsforskjeller knyttet til helserisiko i forhold til overvekt og kjønnenes ulike forhold til kropp og vekt. Undersøkelser viser at utdanning og inntekt har langt større betydning for menns helse enn for kvinners helse (Rapport 2003:1). I lys av dette kan det være at helseopplysning knyttet til overvekt bør rettes mer mot menn.

Overvekt- og helsediskursene domineres av ernæringsvitenskapelige og medisinske perspektiver på helse og overvekt noe som kan bidra til å snevre inn tilnærmingen til problematikken. I lys av at helse og overvekt i analysen synliggjøres som komplekse fenomener kan det hevdes at samfunnsvitenskapelige og psykologiske perspektiver bør inkluderes i større grad i det helseforebyggende arbeidet. Ved å trekke inn andre forståelser av

helse og overvekt kan det bidra til at andre aspekter i forhold til folks helse enn kosthold og mosjon blir tematisert og operasjonalisert.

Sammenhenger mellom SEFs helseforebyggende arbeid rettet mot overvekt og folks forståelse av deres arbeid blir ikke belyst i denne hovedfagsoppgaven. For å videreutvikle arbeidet med å senke gjennomsnittsvekten i den norske befolkningen mener jeg det vil være interessant å belyse disse sammenhengene. Dette fordi man med slik kunnskap vil kunne synliggjøre hva som er viktig og avgjørende faktorer for mennesker når de foretar valg når det gjelder egen helse.

# LITTERATURLISTE

- Bordo, Susan R. (1992a): *Anorexia Nervosa: Psychopathology as the Crystallization of Culture*. I Deane W. Curtin and Lisa M. Heldke: *Cooking, Eating, Thinking. Transformative Philosophies of Food*, IN: Indiana University Press.
- Bordo, Susan R. (1992b): *The Body and the Reproduction of Femininity: A Feminist Appropriation of Foucault*, i Alison M. Jaggar and Susan R. Bordo (eds.): *Gender/Body/ Knowledge. Feminist Reconstructions of Being and Knowing*. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Bordo, Susan R. (1993): *Unbearable weight. feminism, western culture, and the body*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Buhl, Charlotte (1996): *Overvekt og slanking. Psykologisk forståelse og behandling av overvekt*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Cohen, Stanley (1980): *Folk Devils and Moral Panics. The creation of the Mods and Rockers*. New York: St. Martin's Press.
- Elvbakken, Kari Tove og Solvang, Per (2002): *Helsebilder. Sunnhet og sykdom i kulturelt perspektiv*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fairclough, Norman (1992): *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Folkehelse rapporten 1999: Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Folkehelse rapporten 2002: i Stortingsmelding nr.16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det kongelige helsedepartement.
- Foucault, Michel (1991): *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.

- Foucault, Michel (1995): *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Halden: Exil.
- Foucault, Michel (1999): *Overvåkning og straff. Det moderne fengsels historie*. Oslo: Gyldendal.
- Fox, Nicholas J. (1993): *Postmodernism, sociology and health*. Buckingham: Open University Press.
- Fremmedordbok (1991): Oslo: Kunnskapsforlaget Aschehoug-Gyldendal.
- Fugelli, Per (1999): *Rød resept: Essays om perfeksjon, prestasjon og helse*. Oslo: Tano.
- Fürst, Elisabeth L'orange (1995): *Mat - et annet språk*. Oslo: Pax.
- Fürst, Elisabeth L'orange og Hege Widerberg: *Fettfobi og kvinnekropp - om å lese kulturens kjønn gjennom avisoppslag*, i *Kvinneforskning* 1/2001 s 92-102. Oslo: Kilden.
- Götestam, Gunnar K. og Agras, W. Steward (1994): *A General Population Based Epidemiological Study of Eating Disorders in Norway*. Psykiatrisk Institutt. Universitetet i Trondheim, referert i Christensen, Karin (1995): *Matens mysterium*. Oslo: Aschehoug
- Hagelund, Anniken (1998): *Diskurser om bistand, kunnskap og utvikling - en diskursanalytisk tilnærming til NORADs policy*. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Hall, Stuart (1997): *The work of representation*. Stuart Hall (red.) Representation-Cultural Representation and Signifying Practices. London, New York: Sage Publications.
- Haug, Frigga (1990): *Moralens tvekjønn*, i *Sosiologi i dag* 3/1990 s 12-34. Oslo: Novus Forlag as.
- Heede, Dag (1997): *Det tomme menneske: introduktion til Michel Foucault*. 2. utgave. København: Museum Tusulanums Forlag.
- HUBRO (2001): *Helseundersøkelsen i Oslo*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

- Hughes, Bill (2000): i *The body, culture and society. An introduction*. Contributing authors: Philip Hancock, Bill Hughes, Elizabeth Jagger, Kevin Patterson, Rachel Russell, Emmanuelle Tulle-Winton, Melissa Tyler. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Haavet, Inger Elisabeth (1996): *Maten på bordet. Femti år med Statens ernæringsråd*, i samarbeid med Grete Botten og Kari Tove Elvbakken. Bergen: Statens ernæringsråd.
- Iversen, Anette Christine (2005): *Social differences in health behaviour: the motivational role of perceived control and coping*. Avhandling (dr. philos.). Bergen: Research Centre for Health Promotion, Department of Education and Health Promotion Faculty of Psychology. University of Bergen.
- Johannisson, Karin (1996): *Det mørke kontinentet: kvinner, sykkelighet og kulturen rundt århundreskiftet*. Oslo: Aventura.
- Lien, Marianne Inèz (2004): *Menn og slanking: en kvalitativ studie av maskulinitet kropp, mat og helse i møte med menn som opplever overvekt*. Hovedoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.
- Lupton, Deborah (1994): *Medicine as culture: illness, disease and the body in western societies*. London. Thousand Oaks. New Delhi: Sage Publications.
- Lupton, Deborah (1995): *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London. Thousand Oaks. New Delhi: Sage Publications.
- Lupton, Deborah (1996): *Food, the body and the self*. London. Thousand Oaks. New Delhi: Sage Publications.
- Neumann, Iver B. (2001): *Mening, materialitet og makt: En innføring i diskursanalyse*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Nordenfelt, Lennart (2002): Norges forskningsråds rapport (2002) fra dagseminar om helsebegrepet 8.mai 2001
- NOU 1999:13: *Kvinnens helse i Norge*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Statens trykning.
- Rapport 2003:1: *Bedre helse – større forskjeller*. Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Repstad, Pål (1993): *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. 2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schaanning, Espen (1997): *Vitenskap som skapt viten. Foucault og historisk praksis*. Oslo: Spartacus forlag.
- Schaanning, Espen (2000): *Fortiden i våre hender. Foucault som vitenshåndtør*. Bind 1 og 2. Oslo: Unipub forlag.
- Shilling, Chris (1993): *The body and Social Theory*. London, Thousand Oaks, New Dehli: Sage Publications.
- Skavlan, Jørgen (2002): *Frisk nok for livet: helse, mestring og fremtidstro*. Oslo: Pantagruel forlag.
- Skårderud, Finn (2000a): *Sultekunstnerne. Kultur, kropp og kontroll*. 2.utgave. Oslo: Aschehoug.
- Skårderud, Finn (2000b): *Sterk/Svak. Håndboken om spiseforstyrrelser*. 1.utgave. Oslo: Aschehoug.
- Stortingsmelding nr.16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Det Kongelige Helsedepartement.
- Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen-Sandviken: Fagbokforlaget.

- Tjensvoll, Lars (1996): "Helse og sykdom". *Utposten* nr.7/8 1996. Blad for allmenn- og samfunnsmedisin. Oslo: Norsk selskap for allmennmedisin.
- Turner, Bryan S. (1996): *The Body and Society. Explorations in Social Theory*. Second Edition. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Tønnessen, Marianne (2002): *Bedre helse blant høyt utdannede*. Artikkel fra Statistisk Sentralbyrå 2002, basert på Helseundersøkelsene 1985 og 1995. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Wandel, Margareta (1997): *Mat og helse - forbrukeropfatninger og strategier*. SIFO Rapport nr.5 – 1997. Lysaker: Statens institutt for forbruksforskning.
- Weiss, Robert S. (1994): *Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies*. New York: Free Press.
- Widerberg, Karin (1995): *Kunnskapens kjønn: minner, refleksjoner og teori*. Oslo: Pax.
- Widerberg, Karin (2001): *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt- en alternativ lærebok*. Oslo: Universitetsforlaget.
- World Health Organization (1997): *Obesity. Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, 3-5 June 1997. Geneva: World Health Organization



## SEFs dokumenter

Handlingsplan for økt forbruk av frukt og grønnsaker (1996-2000). Statens ernæringsråd.

*Helse & Kost: Om hvordan matvanene påvirker helsen* (1994). Hefte utgitt av Statens ernæringsråd.

*Kostbudet* (1998-2000). Kvartalstidskrift utgitt av Statens ernæringsråd.

Kostholdets betydning for dødeligheten av hjerteinfarkt i Norge de siste 100 år (1993). Statens ernæringsråd.

Norkost 1993-94. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16- 79 år. Statens ernæringsråd.

Norkost 1997. Landsomfattende kostholdsundersøkelse blant menn og kvinner i alderen 16- 79 år. Statens ernæringsråd.

Norske næringsstoffanbefalinger (1997). Statens ernæringsråd.

Plan for strukturelle tiltak innen ernæring og fysisk aktivitet (2001). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Rapport nr.1/ 1997: Forebygging av spiseforstyrrelser. Statens ernæringsråd.

Statens ernæringsråds informasjonsarbeid: Bakgrunn og prinsipper (1995/1996). Statens Ernæringsråd.

Strategiplan 2000-2003 (2000). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

The Norwegian diet and nutrition and food policy (1994). Statens ernæringsråd.

*Tips om slanking og god mat* (1997). Opplysningshefte utgitt i samarbeid med Fjernsynskjøkkenet. Statens ernæringsråd.

Ungkost 1993. Landsdekkende kostholdsundersøkelse blant 7.klassinger og elever på 2. trinn i videregående skole. Statens ernæringsråd.

Utviklingen i norsk kosthold (1998). Statens ernæringsråd.

Vekt – Helse (2000): Rapport nr.1/2000. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Virkemidler i ernæringspolitikken (1995). Statens ernæringsråd.

Virksomhetsplan (2000). Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Årsmelding 1998. Statens ernæringsråd.

Årsmelding 1999. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

Årsmelding 2000. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.

## Avisartikler

Aftenposten 13. juni 1998: *Verdens tyngste problem.*

Aftenposten 21. november 1999: *Pondus koster flesk.*

Aftenposten 9. mars 2005: *Foreldre skyld i barnas fedme.*

Aftenposten 19. april 2005: *To av ti barn veier for mye.*

Aftenposten 30. juni 2005: *Tung kamp mot tyngende trender.*

Aftenposten 14. juli 2005: *Verst for fete menn.*

Dagbladet 4. oktober 1996: *Trim bort fett: Hernes frykter overvektige i helsekøer.*

Dagbladet 30. april 1998: *Fedme truer folkehelsen.*

Dagbladet 6. september 1999: *2 av 3 nordmenn er overvektige: Slik vil staten slanke deg.*

Dagbladet 19. september 2002: *Fy feite for en fettkrangel.*

Dagens Næringsliv 13./14.august 2005: *Fattigmannskost: Gammel gatekjøkkenvane er vond å vende.*

Dagsavisen 18. september 2002: *Slakter motediettene: Professor Norum lei "ernæringsamatører".*

VG 13. januar 2000: *Nordmenn er blitt farlig fete.*

VG 15. juni 2005: *Fedme farligere enn røyking.*

VG 25. august 2005: *Nå er det dokumentert: Nordmenn for fete.*

*Alle kilder i denne oppgaven er oppgitt.*

Antall ord i denne oppgaven er 39 006