

5

Selvstyring eller overstyring ved behandling av sykkelig overvekt

Ingrid Ruud Knutsen ^{a)}

Autonomy or supervision in morbid obesity treatment

In contemporary societies, health authorities describe an obesity epidemic. Consequently, obesity treatment programmes have been established in many countries to reduce individuals' body weight, with the intention of improving health. In Norway, specialist health services have developed a programme for adults with morbid obesity. The programme aims to enable those who suffer from weight-related problems to accomplish and maintain health-promoting behaviours, understood within contemporary constructions of empowerment. Inspired by Foucault's notions of discourse and power, this study aims to investigate governing strategies in the programme. To explore these strategies, observational studies and interviews were implemented. The analysis

a) Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for Helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus

discusses how power presents itself in the two main interventions in the programme: a course in lifestyle change and bariatric surgery. The study visualises that empowerment appears through governmental strategies of creating active and responsible individuals. The programme is however based on contradictory rationalities that aim to support individuals' capabilities, while at the same time overruling them. On one side, the course in lifestyle change intends to improve participants' ability to take responsibility and make healthy choices. On the other side, bariatric surgery involves surgically installing a biological «lock» into a patient's stomach, thus undermining their ability to take control (a strategy reflecting little confidence in individuals' abilities). The programme is based on contradictory rationalities, and there are reasons to question where this leaves the individual. A more general concern can furthermore be raised related to the specialist health service's intentions of promoting health for people in large bodies.

Innledning

Fremveksten av medisinen fra slutten av 1700-tallet har bidratt til utviklingen av et «ekspert-blikk» på pasienten (Foucault, 1989). Dette har blant annet innebåret at helsepersonell har kunnskapen om hva pasienten trenger, mens pasienten er blitt et objekt som har latt seg behandle. Helsepersonell har vært dem som vet best, og har bestemt hva som er riktig for pasienten. Pasientens rolle har følgelig vært passiv og underordnet eksperten. I dag tillegges pasientens posisjon større vekt, blant annet gjennom lovverk og politiske meldinger som har kommet de siste 15–20 årene, og som understreker pasientens rettigheter og betydningen av en mer aktiv og mer ansvarlig posisjon. I Norge fikk vi en pasientrettighetslov²⁰ fra 2002 som blant annet sier at pasienten skal ses som en samarbeidspartner med rett til informasjon, noe som også

20 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

innebærer at pasienten skal bli hørt og tatt hensyn til. Endringene kan knyttes til fremveksten av sterkere brukergrupper og til helsepolitiske idealer om brukermedvirkning som blant annet kommer til uttrykk gjennom empowerment. I tråd med verdens helseorganisasjon (WHO, 1998) beskriver norske myndigheter empowerment som et oppgjør med en paternalistisk helsetjeneste, og som et nødvendig grep for å modernisere helsetjenesten og fremme helse (St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Dette kan ses som en dreining fra en passiv eller underordnet pasientrolle mot et system der intensjonen er å omfordele makt og styrke pasienten. Pasienters rett til å medvirke og helsepersonells vilje til å styrke pasientens posisjon fremstår i dag som selvfølgelig og berettiget, som et ideal som få er uenige i eller stiller spørsmålsteget ved.

Arbeid med å fremme befolkningens helse legges vekt på i politiske planer og visjoner som trekker veksler på forståelser av empowerment (NOU 1998: 18; St.meld. nr. 16 (2002–2003)). Den helsefremmende politikken innebærer at empowerment omsettes til praksiser, der tankegodset utvikles til pasientrettede programmer og handlingsplaner innenfor velferdsstaten, som igjen spiller seg ut i møter mellom helsepersonell og pasienter.

Dette kapitlet tar utgangspunkt i et behandlingsprogram i spesialisthelsetjenesten for voksne med diagnosen sykkelig overvekt. Programmet ses som et klinisk eksempel på et helsefremmende program som trekker veksler på empowerment. Overvekt er en tilstand som skaper bekymring, og beskrives som en av vår tids største trusler mot helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2004; WHO, 2000). Statistikken peker på at den norske befolkningens kroppsvekt øker, og helsemyndighetenes tiltak prioriterer vekt-reduksjon for å fremme helse (Folkehelseinstituttet, 2015; Helsedirektoratet, 2011; Ulset, Undheim og Malterud, 2007). Det er en etablert forståelse i dag at høy kroppsvekt fører med seg dårlig helse, og behandlingsprogrammet representerer et

tiltak i helsetjenesten for å hjelpe mennesker med store kropper til å redusere vekt for å fremme helsen.

Behandlingsprogrammet som ble etablert i 2006, er plassert innenfor spesialisthelsetjenesten. Empowermentperspektivets relevans er relatert til beskrivelser av at pasientene i programmet skal ha en rolle «*som aktive og handlende deltakere med ansvar for sitt eget liv*». Fagpersoners rolle beskrives som «*tilretteleggere og katalysatorer i pasientenes endringsprosesser*» (mine uthevinger) (Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Vest, 2007, s. 14). Det beskrives også at behandlingstiltakene skal «*støtte opp under og bidra til at de som har vektrelaterte helseproblemer, blir i stand til å gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd*» (min utheving) (Helse Nord mfl., 2007, s. 4). Med visjon om å skape individer som kan gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd, understrekes en intensjon i programmet om å endre deltakernes kapasitet til å handle.

Spørsmålene dette kapitlet søker å belyse, knyttes til hvordan behandlingsprogrammet for overvektige utformes og gjennomføres når empowerment skal *gjøres* som en del av en klinisk praksis. Hvilke strategier brukes i helsetjenesten for å skape individer som skal endre seg og ta inn over seg en helsefremmende atferd? Hvordan spilles makten ut når den skal forsøkes omfordelt for å styrke pasienten? I dette kapitlet har jeg valgt å vektlegge det som fremstår som to sentrale strategier i behandlingsprogrammet – et innledende kurs i livsstilsendring og kirurgisk overvektsbehandling – for å sette lys på og diskutere rasjonalitetene i de to strategiene og forholdet mellom dem.

Teori og metodeoverveielser

For å kunne analysere spørsmål om empowerment og makt har jeg valgt å trekke veksler på den franske filosofen

Michel Foucault. Foucault (2002a) pekte på de tette båndene mellom kunnskap og makt i samfunnet, og han understreket viktigheten av å stille spørsmål ved forhold som legitimerer praksiser (Foucault, 1980). Perspektivene er basert på en forståelse av at kunnskap skapes i kultur og samfunn og formes gjennom politikk og normer, og følgelig ikke kan ses isolert fra disse. Kunnskap er tett forankret i historiske, kulturelle og sosiale forhold og spiller seg ut som diskursive forståelser og praksiser. Diskursen rammer inn kunnskapen, den former tanker og handlesett og knytter på denne måten makt til kunnskap. Makt fordi kunnskapen påvirker hvordan vi tenker og handler. Følgelig styres praksiser av diskursenes underliggende logikk, normer og rammer knyttet til hva vi aksepterer som sant, rasjonelt og riktig. Praksiser er derfor viktige. Et viktig perspektiv er forståelsen av at fenomener kan forstås på flere måter, og at kunnskapen ikke er statisk, men dynamisk og foranderlig. Flere og ulike diskurser lever parallelt på ulike områder, og noen steder kjemper de om legitimitet, der noen forståelser står sterkt frem, mens andre er svakere og andre igjen forsvinner (Foucault, 1980).

Dette kapitlet legger vekt på praksis slik den finner sted i det kliniske behandlingsprogrammet for voksne som har diagnosen sykelig overvekt. Kapitlet bygger på mitt doktorgradsarbeid, der jeg har undersøkt og diskutert hvordan empowerment og makt fremtrer i behandlingsprogrammet for sykelig overvektige (Knutsen, 2012). For å studere programmet gjennomførte jeg 40 timer feltobservasjoner på et kurs i livsstilsendring, der jeg la vekt på makt og styring i kurset. I tillegg gjorde jeg kvalitative intervjuer med ni pasienter som deltok i programmet og gjennomgikk overvektskirurgi. Jeg gjorde fem intervjuer med hver deltaker på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet over en periode på halvannet år. Intervjuene tok for seg deltakernes

erfaringer med å delta i programmet og deres erfaringer med endringer og samhandling med helsepersonell. I doktorgraden analyserte jeg diskursive rasjonaliteter i kurset i livsstilsendring. I tillegg utforsket jeg hvordan deltakerne posisjonerte seg og konstruerte identitet i ulike faser av programmet. I dette kapitlet trekkes analysen og diskusjonen videre, og spørsmålet retter seg mot styringsstrategiene i behandlingsprogrammet som rettes mot deltakerne i kurset i livsstilsendring og kirurgisk overvektskirurgi. Videre vil jeg diskutere hvordan de samspiller i et program der intensjonen er å skape individer med en helsefremmende atferd.

Kapitlets kritiske blikk

Det kritiske blikket i kapitlet dreier seg om maktens dynamikk relatert til diskurser om empowerment og helsefremmende arbeid, slik den fremtrer i behandlingsprogrammet for voksne med sykelig overvekt. Foucaults teoretiske perspektiver leder blant annet til spørsmål om hvordan makt skaper normer og definerer avvik. Klinikere er påvirket av gjeldende forståelser av hva som er sunt og normalt, sammenhengen mellom livsstil, kroppsstørrelse og helse, så vel som hvordan man skal møte mennesker som man mener bør endre livsstil og leve annerledes (se kapittel 6). Jeg ser disse forståelsene som diskursive, og det vil si at de er skapt i en kultur og er foranderlige.

Foucault (1991) var opptatt av makt og kultur og pekte på hvordan individet har fått en sterkere stilling i vestlige liberale samfunn gjennom de siste 200 årene. Ettersom liberale samfunn i liten grad aksepterer autoritær styring, er bruk av makt og tvang lite anerkjent. Dette har konsekvenser for hvordan man søker å styre eller regulere individer. Styring gjøres mindre synlig, den utformes og veves diskret inn i programmer og

strategier. Styring med mål om å optimere befolkningens helse kalte Foucault biomakt. Et eksempel på en diskret styringsform er styring som har som mål å lede individer til å styre seg selv. Med mål om å fremme helse kjenner vi til helsemyndighetenes kampanjer som «fem om dagen», røykekutt og lignende, som har som intensjon å påvirke folk til å leve sunnere. Intensjonen om å påvirke enkeltindividers selvstyring er basert på en styringsrasjonalitet som han omtalte som «governmentality». Governmentality vil si styring rettet mot å styrke individers kapasitet til å handle på bestemte måter (Foucault, 1991) (se kapittel 4). Med utgangspunkt i samfunnets normer for hvordan et sunt liv skal leves, blir målet å få folk til å gjøre «det rette og sunne» ved at de påvirkes til å ønske det selv. Styringen av individer foregår ved en optimalisering av kapasitet og ressurser gjennom enkeltindividers selvteknologier. Selvteknologier er «teknologier» som enkeltindividet utfører, ved egen hjelp eller ved hjelp av andre, for å tenke, handle eller oppføre seg på bestemte måter for å påvirke kropp eller sjel, for på den måten å forvandle seg selv til å oppnå en bestemt perfektjon, tilstand av lykke, visdom, renhet eller udødelighet (Foucault, 1997, s. 225).

Helsemyndigheters intensjon om å styre individers handlinger indikerer at det er en forbindelse mellom den sosiale kroppen og den private kroppen, ved at makt og styring på makronivå (for eksempel et mål om en frisk befolkning som passer på helsa si) er forbundet med styringen av individer på mikronivå (den enkelte styrer seg selv på bestemte måter, for eksempel ved å gå ned i vekt). Makten som er i sentrum, spilles i liten grad ut gjennom dominerende, undertrykkende og autoritære maktformer, men snarere som dynamiske og produktive krefter og trer frem som blant annet kunnskap, normer og forståelser (Foucault, 2002b). Disse kreftene spiller seg ut i samfunnets periferi, i møte

mellom for eksempel helsepersonell og pasienter, i terapeutiske relasjoner, i behandlingsprogrammer eller lignende.

Pastoral makt er eksempel på en individualiserende maktform som har fått navn etter pastoren som tar imot menighetens bekjennelser. Den pastorale makten innebærer at individet forteller om seg selv, sine erfaringer og tanker til en terapeut, rådgiver eller lignende (Foucault, 2002b). Rose (2007) beskriver hvordan særlig psykologien og psykiatrien har brukt og satt i system pastorale maktformer, der pasienten erkjenner tanker, lyster og problemer overfor terapeuten. De pastorale maktformene er mye i bruk på ulike arenaer i dag og bidrar til å skape erkjennende individer, som det i neste runde er lettere å forme og påvirke til å handle som bevisste og ansvarlige borgere. På den måten aktualiseres makt gjennom måten pasienten møtes på, og gjennom diskursive forståelser av hvordan mennesker skal forstå og styre seg selv, i lys av diskursens bilde av hva som er sunt og sant. Gjennom pastorale maktformer og selvteknologier er intensjonen å maksimere individers kapasitet til å handle på bestemte måter. Det innebærer at pasienter internaliserer diskursens normer slik at diskursen blir en del av dem, og de styrer sin atferd i tråd med diskursen (Dean, 2006).

I dette kapitlet forstår jeg empowerment som en politisk strategi som handler om langt mer enn demokratisering og likeverd. Ved å tolke empowerment innenfor rammen av governmentality forstås dette som en individualisert styringsform som er tett forankret i diskurs, og følgelig bærer i seg kunnskap og makt. Med dette perspektivet ønsker jeg å undersøke og analysere frem maktens idealer og realiteter når empowerment skal *gjøres* som en del av en klinisk praksis i behandlingsprogrammet for voksne med sykkelig overvekt. Intensjonen er å sette lys på og diskutere rasjonalitetene bak strategiene i det kliniske behandlingsprogrammet.

Den analytiske prosessen har trukket veksler på forståelser av governmentality, med vekt på hvordan maktteknologier er knyttet opp mot selvteknologier, og hvordan produktiv makt spiller seg ut for å få mennesker til å agere på bestemte måter for å disiplinere seg selv. Analysene har derfor hatt et særlig blikk på aspekter som rommer maktteknologienes tosidighet, og involverer for eksempel disiplin og selvdisiplin, kontroll og selvkontroll, hjelp og selvhjelp i behandlingsprogrammets kurs i livsstilsendring og knyttet til kirurgisk overvektshandling (Vallgård, 2011).

Forståelse av overvekt

Til grunn for behandlingsprogrammet for voksne med sykelig overvekt ligger dagens forståelse av overvekt som en medisinsk tilstand. Innenfor medisinen blir overvekt og fedme forstått som sykdom og har sin egen diagnosekode (E66) innenfor det internasjonale diagnose-klassifikasjonssystemet (ICD-10). Høy kroppsvekt assosieres med økt sykelighet og knyttes til hjerte- og karsykdom, diabetes type 2, belastningsslidelser med mer. Overvekt defineres ved hjelp av BMI-systemet, som beregnes ved at en persons vekt divideres på høyden i annen potens (kg/m^2). Ulike BMI-verdier definerer graden av overvektens alvorlighet. Utgangspunktet er at en «normal» kropp har en BMI-verdi på mellom 19 og 24,9. Høyere verdier assosieres med overvekt og fedme, og lavere verdier forstås som undervekt. Diagnosen «sykelig overvekt» stilles ved BMI-verdi over 40, eller over 35 dersom en person har tilleggs lidelser (WHO, 1995).

Forståelsen av overvekt som en medisinsk problemstilling er ikke så gammel. Hvis vi ser bakover i tid, var det først i 1930-årene at medisinfaget engasjerte seg i overvekt som et helseproblem (Zweiniger-Bargielowska, 2005). Tidligere ble en stor

kropp ofte sett på som en ressurs for å tåle sykdom og ha litt «å gå på». Rubens malerier fra 1600-tallet portretterte den idealiserte kroppen som voluminøs og frodig. I enkelte kulturer er fortsatt den frodige kroppen verdsatt, men i vestlig kultur er det særlig den slanke kroppen som forstås som sunn og vakker. Innenfor vestlig medisin er det en klar assosiasjon mellom helse og en slank kropp. Dette synet forsterkes ved at private aktører innenfor livsstilsbransjen og motebransjen underbygger idealet av friske og sunne mennesker som slanke, veltrente og atletiske. Vektreduksjon anses generelt som helsebringende.

WHO (1995) forklarer overvekt som mangel på samsvar mellom energiinntak og forbruk av energi. Denne forklaringsmodellen fremstår som mekanisk, den relaterer overvekt til en livsstil der høy vekt er et resultat av høyere energiinntak enn energiforbruk. Konsekvensen av modellen er utvikling av ulike tiltak rettet mot å endre enkeltpersoners atferd ved å redusere inntak og øke forbruket av energi gjennom fysisk aktivitet (Rippe, McInnis og Melanson, 2001; Shaw, Gennat, O'Rourke og Del Mar, 2006). Tiltakene er altså individrettet og orientert mot enkeltpersoners handlinger og vaner. Med dette perspektivet settes alternative årsaksforklaringer i skyggen, som for eksempel samfunnsperspektiver knyttet til økende bilbruk, stillesittende arbeid og økt tilgang til ferdigmat. Den diskursive forståelsen innebærer blant annet at kroppsstørrelse er medikalisert, og det er innenfor dette rasjonalet at behandlingsprogrammet er etablert i spesialisthelsetjenesten.

Med et Foucaultsk blikk forstår jeg dagens syn på overvekt som diskursivt. Utgangspunktet for kritikken som anlegges i studien, relateres til den gjengse konstruksjonen av overvekt som et avvik som leder til dårlig helse. Ulike stemmer har kommet frem og stiller spørsmål ved diskursive forståelser av overvekt. Spørsmål rettes blant annet til hvordan kroppsstørrelse ses

som resultat av individers evne til selvkontroll og å følge en sunn livsstil (Jutel, 2005; Lupton, 1996). En konsekvens av at en stor kropp forstås på denne måten, har ledet til en psykologisering av store individer, med påfølgende forståelse av en særegen identitet som overvektig (Mik-Meyer, 2010). Konsekvensen av dagens perspektiver er en kobling mellom kropp og moral, der individets karakter leses i den ytre kroppen (Germov og Williams, 2008; Murray, 2007).

Dette kapitlets særegne bidrag er rettet mot strategiene helse-tjenesten bruker når de påtar seg ansvar for å endre mennesker i store kropper og deres måte å leve på, for å skape dem om til «sunne» individer. I et samfunn der helsefremmende arbeid bæres av idealer om maktfordeling og empowerment, er det spørsmål om hvilke styringsstrategier som ses som akseptable og rasjonelle på dette feltet, som i henhold til WHO forstås som vår tids største helsetrussel.

Behandlingsprogrammet

Behandlingsprogrammet for mennesker med diagnosen «sykelig overvekt» ble utviklet av en ekspertgruppe primært fra den medisinskfaglige verden, og arbeidet startet i 2005. Det munnet ut i en rapport som beskriver hvordan sykkelig overvekt skal behandles innenfor spesialisthelsetjenesten (Helse Nord mfl., 2007). Til grunn for programmet ligger en forståelse av at mennesker med store kropper bør redusere kroppsvekten for å fremme helsen. I rapporten beskrives overvekt som en tilstand som er svært vanskelig å behandle, at resultater av tiltak varierer, og at det kreves mye av pasienter for å lykkes og oppnå varig vektendring. Dette ligger til grunn for etableringen og valget av strategier i behandlingstilbudet. Programmet er relativt omfattende, og det er delt i tre faser, en forberedelsesfase med kurs i

livsstilsendring, en behandlingsfase med overvektskirurgi eller intensiv livsstilsintervensjon og en ettervernsfase med selvhjelpsgrupper. I dette kapitlet vil jeg legge vekt på kurset i livsstilsendring og kirurgisk overvektsbehandling.

Forberedende kurs i livsstilsendring

Kurset i livsstilsendring var det innledende tilbudet i behandlingsprogrammet og foregikk i grupper på sykehusets lærings- og mestringssenter (LMS). På kurset jeg observerte, var det 15 deltakere. Kurset gikk en dag i uken over ti uker, og det hadde en timeplan med egne temaer for hver kursdag. Deltakerne satt i hestesko, og kursdagene ble startet og avsluttet med en runde med deltakerne om deres prosess med å endre livsstil. Midt på dagen var det de fleste kursdagene undervisning med vekt på et tema. Oftest var det en person fra sykehuset, som ernæringsfysiolog, fysioterapeut eller lege, som underviste, men noen dager var det pasienter med brukererfaring eller personer med fagbakgrunn fra eksterne institusjoner. I dette kapitlet vil jeg presentere strategier som ble brukt for å fremme endring blant deltakerne.

Å italesette seg selv

Deltakerne var i sentrum i kurset i livsstilsendring, og kursdagene ble startet og avsluttet med oppmerksomhet på dem og deres endringsprosess. Deltakerne ble oppfordret til å fortelle sine historier, dele erfaringer og snakke om endringsprosesser, som hva de hadde gjort siden sist, og hvordan de hadde jobbet med å endre atferd, hvordan de hadde lyktes og mislykkes, med mer. Ordet gikk rundt, og alle snakket etter tur; når en var ferdig, overtok personen ved siden av. Det å sette deltakerne i sentrum

var en strategi som innebar at det ikke var mulig å være anonym eller passiv. Flere deltakere var tilbakeholdne og ønsket ikke så mye oppmerksomhet, slik en deltaker sa: «Det var jo noen som hadde det vanskeligere enn andre der. Det var det, for det er jo ikke alle som liker å fortelle om seg sjøl sånn foran 18 mennesker med en gang.» Det var en forutsetning å fortelle om seg selv i gruppen. Den som nølte, ble overtalt til å dele av kurslederne, som ledet rundene og bidro til at alle deltok og kom i sentrum. Kurslederne fulgte opp det som ble delt i gruppen, de lyttet, de oppmuntret og forklarte. På denne måten italesatte deltakerne seg og sin situasjon overfor de andre i gruppen. Flere deltakere beskrev at de nølte med å slutte seg til gruppen, og at de vegret seg mot å forstå seg selv som «sykelig overvektig», men de sa også at når «isen var brutt», var det ikke så vanskelig lenger.

Gjennom rundene ble deltakerne kjent med hverandre, og de fikk innblikk i hverandres problemer og utfordringer. Det ble en intens og tidvis fortettet stemning av fortrolighet og gjensidig forståelse og fortvilelse, slik denne kvinnen forklarer:

Det å være sammen med så mange andre som sliter med samme problematikken og, kjenner man seg veldig mye igjen i ... Ja, altså, jeg hører mine egne tanker komme ut av andres munn. Det er ganske snodig. ... Altså, det er jo det at man ser seg selv i et annet lys, rett og slett. Fordi, ja, som jeg sier, jeg har aldri snakka så mye om meg selv. Og her er det altså mange mennesker som sliter med akkurat de samme tingene som jeg gjør, og så blir det på en måte litt, jeg hadde nær sagt legalisert. Altså, det er ikke bare jeg og min skam. Det er masse mennesker som går rundt og tenker akkurat det samme.

Sitatet viser hvordan deltakerne lærte å forstå seg selv som grupped medlemmer, som sykelig overvektige deltakere med felles problemer som de skulle forholde seg aktivt til.

Gruppeaktiviteten kan forstås som en produktiv maktpraksis, der deltakerne gjennom å fremstille seg selv og sin situasjon gjennom deling av erfaringer og følelser lærte å forstå seg selv i lys av gruppen. Kurset bygget på felles erfaringer med å mislykkes og leve i kroppar som var problematiske, og som måtte endres. Dette representerte programmets første skritt og en start for å lære å forstå seg selv på bestemte måter. I programmet handlet det om å skape en felles identitet, med et fellesskap basert på en kollektiv selvstigmatisering. Tilnærmingen innebar ofte overtalelse og «lirking» for å få deltakerne i gang. Sitatene viser hvordan kurset la opp til at deltakerne skulle lære å forstå seg selv på bestemte måter, for eksempel ved å møte andre med samme problem og gjennom kunnskapen de fikk i kurset. Kunnskapen var forankret i diskursive forståelser av overvekt og fremsto følgelig som en forutsetning for å få deltakerne engasjert og i gang med arbeidet med å endre seg. Gruppetilhørigheten ga håp fordi de var flere sammen.

Å endre vaner

I tillegg til vektleggingen av deltakernes historier hadde hver kursdag et tema, som blant annet helse, ernæring, fysisk aktivitet og behandlingstilbud. Før kursdagen ble avsluttet, ble deltakerne oppmuntret til å fortelle om hva de tenkte om dagens tema, og relatere temaet til sin situasjon og hvordan de skulle jobbe videre med endring av sine vaner. Slik ble de oppfordret til å analysere vaner og fokusere på endringer for å leve mer i tråd med kursets budskap og helsefremmende diskurser. Som hjelpemiddel i endringsprosessen skulle deltakerne lage sin egen handlingsplan. Handlingsplanen kan forstås som det Foucault kaller en selvteknologi, med teknologi rettet mot seg selv for å bidra til at deltakerne lærte å handle på bestemte måter (å endre

levesett og leve sunnere) og oppnå en bestemt perfektjon (dvs. å bli lettere og sunnere). De fleste hadde mye erfaring med mislykkede forsøk på slankeprosesser. De la vekt på at det som gjorde kurset i livsstilsendring annerledes enn andre kurs, var mindre oppmerksomhet om prestasjoner, som å lykkes eller mislykkes. Dersom en deltaker ikke klarte å følge handlingsplanen sin en uke, ble det reflektert over som en erfaring sammen med gruppen, og kurslederne og de andre kursdeltakerne bidro dermed som hjelpere i en ny selvteknologi, slik en ung mannlig deltaker forklarer:

Altså, på en måte har det også kanskje egentlig vært et sånt lite spark i rumpa til at du kom i gang, liksom, men du har liksom ikke følt det sånn. Det var liksom det vi fikk beskjed om, du skal ikke sette fokus på slanking på dette kurset. Det er jo kanskje det som gjør at ting går bedre ... Det er ikke sånn at – ja, hvor mye har du gått ned, hvor mye har du gått ned? Det du har fokus på, er liksom hvordan gikk det med handlingsplanen din, og gikk det dårlig, så fikk du tips av de andre.

Gjennom handlingsplanen ble deltakerne aktivisert og engasjert for å jobbe med å forstå seg selv på nye måter og se muligheter for endring. Erfaringer, både med å lykkes og mislykkes, skulle tas med videre. Slik fremsto kurset som lite dømmende og lite overstyrende, med en «romslig» og ivaretagende form med plass til individuelle feilgrep.

Deltakerne hadde mye og lang erfaring med et liv i store kropper, og i rundene kom det opp ulike historier om å mislykkes, om å streve og om skam over den store kroppen. De fleste hadde dårlig erfaring med slanking og uttrykte en grunnleggende frykt for å mislykkes enda en gang. Det kunne ligge til grunn for at noen uttrykte motstand mot kursopplegget. Etter hvert bøyde imidlertid de fleste av, og de inntok rollen som aktive og lojale deltakere, slik denne kvinnen beskriver:

Jeg var veldig negativ til å begynne med. Og jeg trur også jeg måtte få vekk de negative tankene jeg hadde om det hele. Den forutinntatt-heten min, som jeg egentlig ikke hadde noen grunn til å ha, for jeg visste ikke hva som skulle foregå der. Så, men jeg snudde veldig om, altså. Jeg tror det var noe inne i meg, jeg, som gjorde at jeg følte at nå var det greit, egentlig. Pluss at jeg begynte vel å se mer nytten av det vi dreiv med.

Deltakerne lærte at de kunne gi seg selv flere sjanser, og de fremstilte kurset som annerledes enn alt annet de hadde vært med på tidligere. Sitat demonstrerer hvordan tilnærmingene i kurset dempet motstand mot kursets strategier blant deltakerne.

De fleste informantene var preget av at den store kroppen og helseutfordringene deres ble forstått som selvforskyldt, og de beskrev opplevelser av skyld og skam relatert til situasjonen de var kommet i. Kurslederne møtte deltakerne innenfor en ramme av respekt, og med en anerkjennende tilnærming bidro de til at deltakerne fikk håp om at denne gangen skulle det være annerledes, at dette var nye grep som forklarte hvorfor de ikke hadde lyktes tidligere. De lærte at de hadde kapasitet til å gjøre endringer, og at det aldri er for sent å gjøre noe. Til tross for denne optimistiske og underliggende positive tilnærmingen var det få av studiens deltakere som trodde de ville lykkes med å endre seg på sikt. Til det hadde de for mange erfaringer med at de ikke fikk til livsstilsendring. Kurset ble forstått som et viktig og nødvendig første skritt på veien mot overvektskirurgi, slik denne unge mannen beskriver:

Altså, jeg føler at jeg har begynt et nytt liv, da. ... Ja. Liksom begynt, endra livsstilen og liksom. Jeg veit at ting begynner å skje, og ... Men selvfølgelig, det eneste som står i huet på meg nå, det er om du slipper gjennom nåløyet til kirurgen, da.

Når alt kom til alt, lå det meste av troen på muligheten til endring hos deltakerne i tilgang til kirurgisk overvektsbehandling. Motivasjonen til å følge opp kursets krav og intensjon ble knyttet til å slippe gjennom kirurgens nåløye for overvektskirurgi.

Overvektskirurgi

Overvektskirurgi har vokst frem som en behandlingstilnærming ved sykelig overvekt, og «gastric bypass» er den vanligste operasjonsmetoden i Norge i dag. Operasjonen innebærer at magesekken reduseres til en liten lomme, og at deler av tynntarmen kobles fra, slik at maten går utenom deler av fordøyelseskana-len (Buchwald, 2008). Utviklingen de senere årene har gjort det mulig å gjennomføre prosedyren ved hjelp av kikkhullsteknologi, noe som har redusert dødelighet og komplikasjonsrate betraktelig (dødelighet angis å ligge mellom 0,5 og 1 prosent) (Maggard mfl., 2005), og på verdensbasis opereres mer enn 300 000 pasienter hvert år (Buchwald, 2008). Konsekvensen av inngrepet er begrenset matinntak på grunn av den lille magesekken og redusert næringsopptak fordi maten får et kortere løp gjennom tarmsystemet. Følgelig raser pasienten ned i vekt etter operasjonen. Pasientene må spise små måltider ofte, ta tilskudd av vitaminer og mineraler, og de må følges opp av helsepersonell resten av livet på grunn av fare for malabsorpsjon (mangelsymptomer). Gastric bypass er en ikke-reversibel operasjon, og pasienten må leve med de anatomiske og fysiologiske endringene som følge av operasjonen resten av livet. Magesekken utvider seg imidlertid litt etter hvert, så pasienten klarer å spise større måltider.

Deltakerne i denne studien beskrev overvektskirurgi som en siste utvei. Kirurgisk behandling ble forstått som et tiltak som understreket situasjonens alvor, slik denne mannen beskriver.

Jeg tror du tenker mer på helsa di hvis du blir operert. For det er siste utvei. Da får du et såpass stort press at du må gjøre noe med det.

Sitatet viser at overvektsoperasjon understreker alvorret i situasjonen, og dermed rettferdiggjør det inngripende tiltaket. Deltakerne uttrykte store forventninger til at operasjonen ville gi varig endring og en slutt på mislykkede slankekurer, for alltid.

Deltakerne i studien gikk ned mellom 35 og 52 kilo de første ni månedene etter operasjon. Mange beskrev operasjonen som avgjørende for å komme ut av en negativ sirkel med et liv med skam og begrensede utfoldelsesmulighet, så vel som frykt for tidlig død. Mange beskrev situasjonen etter den store vektnedgangen som «å ha fått et nytt liv», og de uttrykte stor lettelse og glede over å kunne kjøpe klær i «vanlige» butikker og å slippe andres dømmende blikk, og i tillegg få anerkjennelse for å ha gått ned i vekt.

Dumping

Etter operasjonen begrenser den lille magesekken matinntaket. Spiser man noe man ikke tåler, kommer det fysiologiske reaksjoner som kan være til dels voldsomme, slik denne kvinnen beskriver.

Jeg var på kjøpesenteret med tre venninner og kjøpte en soft-is. Så deilig, tenkte jeg, og jeg spiste og spiste. En venninne lurte på om jeg ble dårlig, og jeg ble dårlig! Innen fem minutter kjente jeg kvalmen, det pipla svette, hjertedunk. Jeg måtte hjem, og det er den lengste turen jeg noensinne har gått. Gikk og gikk og kom aldri fram. Når jeg kom hjem, måtte jeg legge meg ned, og jeg spydde som en gris. Ja, etter det har jeg ikke spist soft-is. Men, kanskje det er litt all right å få litt flere sånne? ... Innimellom så kommer jeg nok til å «dumpe» så det synger, men la meg gjøre det, så lærer jeg, da tør jeg ikke noe mer.

Ubehagelige symptomer kalles for dumping-syndrom og inntrer fra 30–60 minutter etter matinntak. Et øyeblikks ettergivelse ender med enorme smerter, og sitatet viser at dette tolkes som «en lærepenge» eller en straff som leder til selvdisiplinering. Dumpingsymptomene kan unngås ved å begrense inntak av søt mat og ved å spise små måltider, men det varierer hvordan symptomene utløses og fremtrer. Mange beskrev de sterke fysiologiske reaksjonene som en forutsetning for å lykkes med vekt-tap, slik kvinnen ovenfor beskriver. Dumping ble forstått som en del av intensjonen med operasjonen. For deltakere som ikke hadde dumpingsymptomer, var skuffelsen følgelig stor. For dem som kunne spise uten ubehag, eller som hadde dumping på sunne matvarer som jordbær eller banan, og ikke på sjokolade eller chips, var usikkerheten rundt effekten av operasjonen stor. Slik denne kvinnen forklarer sin skuffelse: «Det er jo selvfølgelig verre når man ikke har denne dumpingen, ikke sant. Vi må jo slite mye mer...» Deltakere som hadde små eller ingen dumpingsymptomer, uttrykte stor bekymring for hvordan det skulle gå videre.

Fremtiden

Mens tiden gikk etter operasjonen, uttrykte flere bekymring over at de disiplinierende dumpingsymptomene ble mindre fremtredende. Parallelt med lettelse over store vekt-tap var det en underliggende frykt for at vekt-reduksjonen var midlertidig, og at de ville legge på seg igjen og «rykke tilbake» til situasjonen de desperat hadde ønsket seg ut av.

Nei, altså, målet mitt er, ja, jeg må innrømme at jeg er veldig redd, jeg tenker mye på det om jeg skulle gå opp igjen. Altså, det er jeg veldig redd for. Det er det verste som, det er en sånn mareritt-tanken min.

Frykt for at det «nye» livet i lettere kropp var midlertidig, lurte under og skapte en uro og usikkerhet for at den lettere kroppen var en midlertidig tilstand.

Selvstyring eller overstyring for å fremme helse?

I behandlingsprogrammet for voksne med diagnosen sykkelig overvekt blir intensjonen med programmet beskrevet som å skape individer som kan gjennomføre og vedlikeholde helsefremmende atferd. Gjennom et tiukers kurs i livsstilsendring blir deltakerne og deres atferd satt i søkelyset. Deltakerne settes i en situasjon der de må snakke om seg og situasjonen sin i en gruppe, og de utfordres til å jobbe med å endre seg for å bedre livsstil og helse. Strategiene innebærer at deltakerne må eksponere seg i en gruppe av fremmede, de lærer å forstå seg selv som sykkelig overvektige, og de begynner et arbeid med å endre seg i tråd med kursets anbefalinger. Materialet i studien viser hvordan eksponering i gruppe sammen med diskursive normer om helse, livsstil og endring knyttes opp mot deltakernes selvteknologier. Kurset er dominert av pastorale maktformer som bærer i seg en intensjon om at deltakerne ved hjelp av nyervervede selvteknologier skal lære å ta en aktiv rolle, der de tar ansvar for å endre livsstil og å leve i tråd med diskursive normer om en sunn livsstil. Dette kan forstås i tråd med idealer om empowerment og diskursive forståelser som underbygger deltakeres muligheter, evner og egenskaper for å ta kontroll, endre seg og helsen sin, og slik gjøre selvstendige og ansvarlige helsefremmende valg. Styringsstrategiene legger opp til at deltakerne lærer nye måter å forstå seg selv på, og å jobbe med seg selv for å bli «bedre» versjoner av seg selv. Deltakerne lærte teknikker som hadde som mål å gi ny handlingskapasitet, som var

annerledes enn de hadde opplevd før, og teknikkene fremsto som overkommelige.

Frank (1998) peker på faren for at teknikker som utøves for å få mennesker til å endre seg fort kan bli maktpraksiser. Denne studien viser at makt er til stede i behandlingsprogrammet, blant annet pastoralmakten som spilles ut i kurset. Kurset i livsstilsendring bar i seg et overtalende uttrykk, men hadde en form som gjorde makten lite synlig og derfor var relativt uangripelig, og motforestillinger og motmakt forsvant i gruppeprosessene. I stedet for å forstå makt som en kraft som kuer og skaper lydige pasienter, kan man argumentere med at det gjennom maktuttrykket i dette kurset ble skapt muligheter for deltakerne, ved at man søkte å sette dem i stand til å håndtere sin situasjon på en bedre måte (jf. Heyes, 2006). Dette kan forstås som en selvteknologi, som innebærer at individet lærer å styre seg selv. Her trer det imidlertid frem en iboende motsetningsfylt rasjonalitet og logikk i programmet. I kurset i livsstilsendring øves deltakerne opp til å tenke at de kan kontrollere seg selv, og at de kan endre seg og leve i tråd med gjeldende diskurser om sunn livsstil.

Overvektskirurgi er imidlertid en strategi som innehar en helt annen rasjonalitet. Overvektskirurgi er en styringsteknologi som overstyrer individers atferd, ved dumping og fysiologiske endringer, og sånn sett definitivt kan forstås som en disiplinierende maktpraksis. Gjennom kirurgiens biologiske inngrep settes personen i en situasjon der han eller hun ikke *kan* kontrollere seg selv. Kirurgi og dumping virker ved å styre «gjennom magen». Dette er en biologisk styringsstrategi som går utenom mental rasjonalitet eller kontroll. Som en «medisinsk teknologi» er overvektskirurgi utviklet fordi man tilsynelatende har liten tiltro til personens evne til å styre seg selv eller ta grep om situasjonen. Overordnet sett kan man derfor si at

behandlingsprogrammets styringsstrategier med kurs i livsstilsendring og overvektskirurgi fremstår som grunnleggende motsetningsfylte. Kurset bygger opp under individets evner, muligheter og autonomi, mens overvektskirurgi overstyrer det samme.

Med utgangspunkt i tanker om empowerment og styrking av individets egenmakt fremstår det som motsetningsfullt å først bygge opp under individers tro på og evne til å styre seg selv, sitt matinntak og livsstil, for så i neste omgang å «låse igjen» og la det være opp til magen eller biologien å styre. I disse diskursive motsetningsfylte rasjonalitetene er det et spørsmål om hvor individet etterlates? Dagens idealer om empowerment er knyttet til at pasienter skal ha en ny rolle i helsetjenesten, og i dette diskursive landskapet ligger også et økt ansvar for seg selv. Å lære opp mennesker til å mestre nye ferdigheter og sette dem i stand til å ta ansvar kaller Rose (1999) «administration of shame». Dette relateres til hvordan den som ikke lykkes med vekttap etter omfattende behandling, selv blir sittende med ansvaret og skammen. Dagens forståelse av overvekt som en medisinsk diagnose knyttes gjerne til manglende kontroll over matinntak (Murray, 2007). Rose (1999) peker på at det i dag etableres programmer som legger vekt på å skape mennesker som skal lære seg å velge riktig, i velferdssamfunn med stor tilgang til blant annet mat og nytelsesmidler. Intensjonen blir dermed å hjelpe mennesker som ikke har kontroll, til å kontrollere seg ved å undertrykke valgfriheten, slik behandlingsprogrammet legger opp til både gjennom kurs i livsstilsendring og gjennom kirurgisk overvektsbehandling. For personer med sykkelig overvekt som ikke lykkes, blir resultatet raskt ytterligere skam og fortvilelse. Dette gir grunnlag for en betimelig bekymring for intensjonene om empowerment og kontroll som spiller seg ut i behandlingsprogrammet.

Empowerment forstås i dag som positivt ladede tilnærminger knyttet til å fremme helse ved å omfordele makt. Tiltak rettet mot mennesker med store kropper oppfattes som viktige etter som dagens overvektsdiskurs underbygger den helsefremmende betydningen av å redusere overvekt. Denne studien viser at styringstrategiene i et empowerment-program for voksne med sykelig overvekt hverken er fritt for makt eller er en «uskyldig» helsefremmende tilnærming. Programmet bærer i seg spenningsfylte strategier rettet mot enkeltindivider i kropper som forstås som avvikende. Dette understreker betydningen av kritiske blikk på diagnostisering av avvik og sunnhet, den helsefremmende ideologien og medfølgende praksiser, med tanke på diskursens makt til å definere individer.

Referanser

- Buchwald, H. (2008). Introduction and current status of bariatric procedures. *Surgery for Obesity and Related Diseases*, 4, s. 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2008.04.001>
- Dean, M. (2006). *Governmentality. Magt & styring i det moderne samfund (Governmentality: Power and Rule in Modern Society)*. Frederiksberg: Forlaget sociologi.
- Folkehelseinstituttet. (2015). Overvekt og fedme hos voksne. Faktaark
<https://www.fhi.no/fp/overvekt/overvekt-og-fedme-hos-voksne/>
 (lest desember 2016).
- Foucault, M. (1989). *The Birth of the Clinic*. London: Routledge.
- Foucault, M. (1991). Governmentality. I: G. Burchell, C. Gordon og P. Miller (red.), *The Foucault effect. Studies in governmentality with two lectures by and an interview with Michel Foucault* (s. 87–104). Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (1997). *Ethics subjectivity and truth*. New York: The New Press.
- Foucault, M. (2002a). *Seksualitetens historie III: Omsorgen for seg selv (The History of Sexuality Vol. 3: The Care of Self)*. Oslo: Pax Forlag.

- Foucault, M. (red.) (1980). *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972–1977*. New York: The Harvester Press.
- Foucault, M. (red.) (2002b). *Power Essential works of Foucault 1954–1984 vol 3*. London: Penguin Books.
- Frank, A. W. (1998). Stories of illness as care of the self: a Foucauldian dialogue. *Health*, 2(3), s. 329–348. <https://doi.org/10.1177/136345939800200304>
- Germov, J. og Williams, L. (2008). *A Sociology of Food & Nutrition. The Social Appetite* (third ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst, Helse Vest (2007). *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten. Voksne*. <https://arkiv.www.unn.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Dokumenter/Rapport%20sykelig%20overvekt%20voksne%201.11.2007.pdf> (lest desember 2016).
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*.
- Heyes, C. J. (2006). Foucault goes to Weight Watchers. *Hypatia*, 21(2), s. 126–149. <https://doi.org/10.1353/hyp.2006.0009>
- Jutel, A. (2005). Weighing health: The moral burden of obesity. *Social Semiotics*, 15(2), s. 113–125. <https://doi.org/10.1080/10350330500154717>
- Knutsen, I. R. (2012). *Striving towards normality. Power and empowerment in treatment of patients diagnosed as morbidly obese*. Phd-avhandling, Universitetet i Oslo.
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London: Sage Publications.
- Maggard, M. A., Shugaman, L. R., Suttorp, M., Maglione, M., Sugerman, H. J., Livingstone, E. H., . . . Shekelle, P. G. (2005). Meta-Analysis: Surgical Treatment of Obesity. *Annals of Internal Medicine*, 142(7), s. 547–559. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-142-7-200504050-00013>
- Mik-Meyer, N. (2010). Putting the Right Face on a Wrong Body An Initial Interpretation of Fat Identities in Social Work Organizations. *Qualitative Social Work*, 9(3), s. 385–405. <https://doi.org/10.1177/1473325010367817>
- Murray, S. (2007). Corporeal knowledges and deviant bodies: Perceiving the fat body. *Social Semiotics*, 17(3), s. 361–373. doi:10.1080/10350330701448694
- NOU. (1998:18). *Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*.

- Rippe, J. M., McInnis, K. J. og Melanson, K. J. (2001). Physician involvement in the management of obesity as a primary medical condition. *Obes Res*, 9(4), s. 302–311. <https://doi.org/10.1038/oby.2001.135>
- Rose, N. (1999). *Governing the soul, the shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. New Jersey: Princeton University Press.
- Shaw, K., Gennat, H. C., O'Rourke, P. og Del Mar, C. (2006). Exercise for overweight or Obesity (Review). *Cochrane Database for Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003817.pub3>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten*.
- St.meld 16. (2002–03). *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*.
- Ulset, E., Undheim, R. og Malterud, K. (2007). Er fedmeepidemien kommet til Norge? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 127, s. 34–37.
- Vallgård, S. (2011). Appeals to Autonomy and Obedience: Continuity and Change in Governing Technologies in Danish and Swedish Health Promotion. *Medical History*, 55, s. 27–40.
- WHO (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*.
- WHO (1998). *Health Promotion Glossary*.
- WHO (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Retrieved from Technical Report Series, No894, 2000 <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=1&codcol=10&codcch=894>
- Zweiniger-Bargielowska, I. (2005). The Culture of the Abdomen: Obesity and Reducing in Britain, circa 1900–1939. *J Brit Stud*, 44(2), s. 239–273. <https://doi.org/10.1086/427124> (lest desember 2016)