

Aktiv på egne premisser?

En diskursanalyse av faglige retningslinjer



Gro Rugseth, ph.d., førsteamanuensis II, Seksjon for idrettsmedisinske fag, Norges idrettshøgskole. gror@nih.no.



Gunn Engelsrud, ph.d., professor, Fakultet for lærerutdanning, kultur og idrett, Høgskulen på Vestlandet.

Denne **vitenskapelige artikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 26. august 2020. Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter. Merknad: Delt førsteforfatterskap mellom Rugseth og Engelsrud.

Sammendrag

- **Hensikt:** Undersøke språkbruk og meningsproduksjon om barn med overvekt i Helsedirektoratets faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten.
- **Design:** Diskursanalyse.
- **Materiale:** Teksten om nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten; forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge.
- **Metode:** Spørsmålsstyrt lesning og analyse.
- **Resultat:** Retningslinjene produserer både en vanlig barnefamilie med et hektisk familieliv og en familie med utfordringer og avvik. Fremstillingene Helsedirektoratet bruker trekker på stigmatiserende diskurser om overvektige personer uten kontroll og kunnskap. En diskursiv orden som gir det medisinske perspektivet forrang, sykkeliggjør friske barn. Helsepersonell tildeles en paternalistisk posisjon i livsstilsendring. Tiltak fremmes som nødvendige til tross for et svakt evidensgrunnlag. Etikk og brukermedvirkning er ikke gjort til eksplisitte tematiseringer.
- **Konklusjon:** Helsedirektoratets konstruksjon av barn med overvekt og deres familie er preget av stigmatiserende diskurser om personer med overvekt og fedme. Å fremstille overvekt som et sykdomsfremkallende objekt kan tilsløre mulighetene for å se familier med overvekt som personer med ressurser. Fysioterapeuter må reflektere over egen innveving i stigmatiserende holdninger for å kunne bidra på konstruktive måter i arbeid med et vanskelig og sårbart tema.
- **Nøkkelord:** Barn, overvekt, stigma, faglige retningslinjer, diskursanalyse.

Innledning

Ole, som er 5 år, måles og veies på helsestasjon. KMI beregnes og plottes samtidig med høyde og vekt på prosentilskjemaene. Ole har en storesøster Miriam, som også er overvektig. Mor forteller at hun selv og far strever med å holde vekten. Prosentilkurven viser at Oles KMI-verdier har krysset to prosentilkanaler oppover siden 2 års alder og nå ligger over 97,5 prosentilen. Helsesøster viser skjemaet til foreldrene. Ut fra dette inviteres foreldrene til en kartleggingssamtale med helsesøster¹ og helsestasjon/skolelege (2. s. 39).

Forebygging av overvekt og fedme hos barn er et prioritert område for folkehelsearbeid nasjonalt og internasjonalt (1, 2,

3). Barn med overvekt ansees som en risikogruppe for primært fremtidige helseproblemer og tidlig intervensjon forstås som viktig for best mulig behandlingsresultat (2, s. 3). Fysioterapeuter er involvert i dette arbeidet, i forebyggende, behandlende og koordinerende funksjoner på ulike nivåer i helsetjenesten (2).

Det innledende caset med Ole er brukt som eksempel i dokumentet *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten: forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge* (2). I tekstutdraget blir overvekt fremstilt både som noe helsesykepleieren kan beregne og plote i kurver, og som noe familien strever med. Formuleringene er i tråd med kjente måter å konstruere overvekt på. De inngår i et nettverk av produktive, medisinske og helsefaglige diskurser om at forekomsten av

barn med overvekt utgjør en betydelig helsetrussel og en pågående epidemi som truer fremtidig individuell- og folkehelse og krever stor helsefaglig innsats (4, 5, 6).

Gjennom bruk av språk uttrykkes virkelighetsoppfatning, holdninger og forståelse av fenomener (7, 8). Språk har også betydning for handlinger. Flere forskere har pekt på at det anvendes et alarmerende språk om epidemisk utvikling av overvekt og at en slik språkbruk kan ha uheldige konsekvenser på individ- og samfunnsnivå. Krigsmetaforer og krisemaksimering om vekt og helse kan ramme det enkelte barnet og åpne for intervensjoner med betydelige negative konsekvenser (4, 5, 6). Det er eksempelvis kjent fra forskningslitteratur at overvekt og fedme hos barn kan tolkes av både lærere, helsepersonell og mer allment som et uttrykk for foreldres omsorgssvikt (6). Også i norske medier har det vært referert til at representanter for barnevernet har trukket inn fedme hos barnet som en del av argumen-

¹ Tittelen helsesøster ble i 2019 erstattet med helsesykepleier. I fortsettelsen vil vi derfor bruke denne tittelen, bortsett fra ved direkte sitat fra retningslinjene.



tasjonen i saker om foreldres omsorgsrett (9). Det er med andre ord mye som står på spill når et barn utvikler overvekt. Eksempellet viser relevansen av å interessere seg for språket som blir brukt i helsepolitiske dokumenter og i medisinsk- og helsefaglig teori og praksis. Både med tanke på hvilke praksiser som kan følge logisk av bestemte måter å omtale fenomener på og hvordan praksiser er uttrykk for tanke- og talemåter (7, 8). Her er retningslinjene aktuelle, som et fagpolitisk dokument utviklet for å sikre et faglig forsvarlig arbeid med overvekt og fedmeproblematikken (2. s. 9). Hvilken betydning får det for tematikken hvis overvekt i utgangspunktet kun blir omtalt som et problem og som et foreldreansvar? På hvilke måter er handlinger overfor barn med overvekt allerede innlemmet i et bestemt språk? Hva gjør språkbruk med forståelsen og handlingene til de som skal realisere planer om livsstilsendring? Blir det mulig for et barn med overvekt å bli forstått som noe annet enn et problem? Slike spørsmål har ledet

fram til den overordnede problemformuleringen: *Hvordan framstilles barn med overvekt i Helsedirektoratets retningslinjer?* For å belyse problemstillingen har vi gjennomført en diskursanalyse (7, 8). Belysningen av problemformuleringen kan gi fysioterapeuter mulighet til å reflektere over egen rolle i folkehelsearbeid rettet mot barn og unge med overvekt og fedme. Før en ytterligere utdyping av det teoretiske perspektivet skal vi plassere retningslinjene innenfor en aktuell og relevant kontekst, som vi har trukket med inn i vår spørsmålsstyrte lesning og i analysene.

Bakgrunn

Praksisen med å veie barn er etablert på bakgrunn av en økning i varsler om barn, vekt og helse. Den er omdiskutert i fagforskningslitteratur og kontroversiell blant foreldre (10, 11, 12). Foreldre har uttrykt bekymring for at kartlegging og kategorisering av barn som overvektige kan oppleves stigmatiserende, noe som får støtte i enkelte

forskningsmiljøer (11, 12, 13, 14). Forskere peker dessuten på at tiltakene har høye kostnader og moderat effekt på individuell vektutvikling (2, 3, 15, 16). Et annet moment er at tiltak som veiing, kost- og aktivitetsregistrering innebærer at helsepersonell oppfordres til å gripe relativt dypt inn i familiens

Kort sagt

- Medisinske talemåter om overvekt og fedme kan ha vidtrekkende, individuelle og samfunnsmessige konsekvenser når de legges til grunn for helsepersonells handlinger.
- Fysioterapeuter må engasjerer seg for å utvikle et språk som ivaretar den andre som et kunnskapsrikt og erfarende subjekt, i arbeid med barn med overvekt.
- Retningslinjene trenger gjennomgripende etiske, teoretiske og begrepsmessige endringer.

private sfære. Å etablere tiltak som krever endringer i måten familier lever med hverandre på, kan ha en rekke paradoksale og etiske implikasjoner som krever varsomhet og faglig refleksjon (10, 14, 17, 18).

Utvikling av retningslinjer inngår som en del av helsefaglige praksisers kvalitetsarbeid (19). Samtidig pågår det en kritisk debatt om toppstyrt innføring av kartlegginger og retningslinjer, i barnehage, skole og helse-tjeneste (20, 21). Kritikken er inspirert av ideer om makt og disiplinering som kontrasterer de omsorgs- og læringsdiskursene som vanligvis knyttes til slike arenaer. I boken Klinikkenes fødsel (22) skriver filosofen Michel Foucault fram et teoretisk perspektiv som gir moderne medisin en politisert og maktrelatert rolle. Det medisinske blikket «blir født» og med blikket defineres de som skal overvåkes og kontrolleres. Sosiologen Cecilie Basberg Neumann (2009) anvender perspektivet og peker på helsestasjonen som en institusjon som muliggjør statlig kontroll og indirekte styring av befolkningen, gjennom implementering av helse- og velferds-politiske målsettinger (20, s.51-52). Når helsesykepleieren veier og måler Ole, handler hun i tråd med retningslinjenes føringer og deltar indirekte i den statlige styringen av barn og barnefamilier som skal sikre at Ole vokser og utvikler seg etter medisinske standarder for normalitet og avvik (20, s.52). Fysioterapeuter er tildelt en tilsvarende ekspertrolle som helsesykepleierne. De skal eksempelvis teste barns bevegelsesmønster eller fysiske form, registrere avvik og innføre tiltak. Faggruppen er også tiltrodd en ekspertrolle i folkehelsearbeid rettet mot forebygging av livsstilssykdommer (2).

Selv om det fortsatt er omdiskutert om fedme er en sykdom, behandles både overvekt og fedme i dag i stor grad som nettopp det (10). En konsekvens av sykkeliggjøring kan være at svært mange friske personer innlemmes i en sykdomsdiskurs om overvekt og blir innlemmet i behandling med uklart utbytte (10, 17). Sammenstillingen av vekt og helse, slank og sunn, overvektig og usunn har fått en dominerende plass som argument for at overvekt uansett er noe alle bør prøve å unngå (4, 5, 6, 23, 24, 25). I kombinasjon med sterke moralske føringer i samtiden om å ta ansvar for egen helse, har flere pekt på at synlig overvekt kan utløse fordomsfulle og lite underbyggede antakelser om at personen ikke har vært tilstrekkelig ansvarsfull, har spist for mye og

beveget seg for lite. (10, 12, 13, 14). Dette aktualiserer begrepet stigma, slik sosiologen Erwin Goffman (1922-1982) har presentert det. I hans fremstilling viser stigma til menneskelige trekk og kjennetegn som gjennom sosiale prosesser tillegges en dypt diskrediterende verdi (26). Stigmatisering innebærer å etablere en forenklet sammenheng mellom en persons kroppslige kjennetegn og en generalisert eller stereotypisk forestilling om vedkommende. Kroppslige trekk som vekker negativ oppsikt og avsky kan ifølge Goffman være særlig egnet for produksjon av stigma. Overvekt og fedme kan forstås som slike tegn. I en tid hvor det uttrykkes bekymring om helse og overvekt på en rekke måter fra politisk og faglig hold, vil det å anse høy kroppsvekt som usunt og uønsket være et eksempel på hvordan stigma skapes. Et slikt vektstigma vil være egnet til å redusere en person med overvekt til en som ikke innordner seg, som ikke lever opp til en gitt norm og som er mindre verd enn andre. Det å bli utsatt for fordomsfulle fremstillinger kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser og blir satt i sammenheng med eksempelvis lav selvfølelse, depresjon, forstyrrt spising og vektøkning (13, 14, 16, 24, 27). I flere studier blir det påpekt at også fysioterapeuter og annet helsepersonell har oppfatninger om overvektige som inngår i identifiserte, stigmatiserende diskurser (13, 14, 28). Stigmatisering kommer i stor grad til uttrykk ureflektert gjennom språk, handlinger og holdninger fremfor at det er bevisste og planlagte strategier (28).

Teoretisk perspektiv og metodiske betraktninger

Vi bruker diskurser, i tråd med Johannessen, Rafoss & Rasmussen (8), om kollektive tenke- og talemåter som avgrenser og rammer inn fenomener på noen bestemte måter. Som innramming av fenomener får diskurser en innside og en utside (7, 8). Å være på innsiden kan innebære å tenke, tale og handle i tråd med en gitt diskurs. Det er allikevel aldri en gitt sammenheng mellom diskurser, tale og handling (7, 8). Vi kan vite at røyking er usunt, men allikevel røyke (8). Diskurser flyter over i hverandre og fungerer i sammenflettede nettverk i konstruksjonen av våre meninger, holdninger og handlinger. Diskurser inngår i ordener, hvor noen diskurser har forrang fremfor andre (7, 8). Johannessen et al. omtaler diskurser som kulturelt forankret og delt (8, s.58). Slik sett,

er både forfatterne av retningslinjene og vi som fysioterapeuter og forskere posisjonert innenfor, og en del av de diskursene som produserer forståelser om barn med overvekt. Nettopp det at diskurser produseres og re-produseres i sosiale praksiser som vi er innlemmet i, gjør dem vanskelige å få øye på. Det kan gjøre at diskurser fremstår som sanne og tatt for gitt (7, 8). De må derfor pakkes ut og avdekkes ved hjelp av analytiske strategier (8).

I møte med retningslinjene har vår strategi vært å utvikle en spørrende leseposisjon, for å få fram hvilke utsagn og beskrivelser som framstilles som sannheter om «det overvektige barnet». Leseposisjonen har gitt muligheter for å merke og stoppe opp ved beskrivende utsagn og talemåter underveis om Ole og familien hans og om overvekt og tiltak. Til hjelp for å innnta posisjonen har vi utformet fire spørsmål til teksten om retningslinjene; Hva blir overvekt, hvem blir Ole og familien, hvem blir helsepersonell og hva blir tiltak og behandling? Vår analyse har utviklet seg fra disse spørsmålene og fungert som ledetråder når vi har lest med en bestemt interesse (8. s. 23). En interesse for hvilke premisser om overvekt teksten trekker på, i meningsproduksjon om Ole og familien. Vi har søkt å få fram hvilke tankefigurer og forståelsesmåter som tilbys, og som tas for gitt og ikke problematiseres i teksten. Gjennom strategien har vi utviklet en avdekkings- og oppdagings-effekt som har gitt muligheter for å problematisere perspektivene slik de blir fremstilt (8). Med spørsmålene har vi drevet analysen fremover. Vi har både lest hele dokumentet og gjennomført mer fokuserte lesninger av utvalgte deler. Analysene samler seg hovedsakelig om tekst om Ole og familien i kapittel 8, kalt Tiltaksnivå 2: KMI \geq iso-KMI 25 (s. 39-50). I tillegg til det allerede gjengitte utsnittet Ole – På helsestasjonen (s. 39), består kapittel 8 av ytterligere tre produserte case om Ole kalt Ole – Kartleggingssamtale (s. 40), Ole – Barnehagebesøk (s. 44), Ole – Plan for endring (s. 46). Vi har gjort et utvalg av alle utsagn i de innledende kapitlene og i casene. De er synliggjort med sidehenvisninger og satt i en sammenheng.

Resultater

Det blir oppgitt at Helsedirektoratets retningslinjer fra 2010² er formulert av en arbeidsgruppe på ni medlemmer med medisinsk- og helsefaglig bakgrunn, samt



Analysen har fått fram overlappende diskurser som produserer overvekt som et subjektivt og sårbart fenomen og et sykdomsfremkallende objekt helsepersonell kan og skal oppdage og utføre tiltak på.

en representant fra brukerorganisasjonen Landsforeningen for overvektige. Retningslinjene er utarbeidet etter en fast metode, og basert på oppdatert faglig kunnskap, åpenhet, tverrfaglighet og brukermedvirkning (2, omslaget). Anbefalingene som blir utledet bygger på evidens fra oppsummert kunnskap der det har vært å finne (s.3) og på enkeltstudier, rapporter og eksperters skjønn. De er videre gradert i tråd med internasjonale graderingsverktøy³, i fire nivåer (s.4).

Dokumentet på 100 sider, er organisert i to deler og 15 kapitler. I del 1 inngår kapitler om måling av overvekt og fysisk aktivitet, årsaker, risikofaktorer og helsekonsekvenser. I del 2 er delkapitlene organisert i fire nivåer, ordnet etter målt kroppsmasseindeks hos barnet eller ungdommen. Det blir fremholdt at råd og tiltak er forbundet med lav risiko, dersom de blir profesjonelt administrert (s.26). På den ene siden blir levekår, miljø, sosialt nettverk og bosted omtalt som avgjørende betingelser (s.13) for å etablere levevaner som forebygger overvekt. På den annen side blir disse betingelsene fremstilt som samfunnets ansvar (s.13) og som problemer på et politisk nivå som helsetjenesten ikke kan løse (s.13). Omsorgsbegrepet blir anvendt to ganger, i forbindelse med argumentasjon for at god foreldreomsorg er å stoppe en helsefarlig vektutvikling (s.40). Utover det dukker omsorg opp i forbindelse med at en ansatt i barnevernstjenesten er gitt navnet «Kari Omsorg» (s. 81). Teksten er formulert i et overveiende normativt

²Retningslinjene ble publisert to år før Folkehelseloven trådte i kraft i 2012, som pålegger kommunene å ha skriftlig dokumentasjon på befolkningens helsetilstand (www.lovdatab.no). Retningslinjene må for øvrig sees i sammenheng med flere meldinger til Stortinget i perioden 2002 - 2009, eksempelvis St.meld nr 16 Resept for et sunnere Norge 2003 og St.meld nr 20 Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller 2007.

³Scottish Colleague Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk

språk og benytter bydende og forpliktende uttrykk som bør og skal, eksempelvis i forbindelse med at barn som Ole veier mer enn KMI 25: Det bør bidra til økt oppmerksomhet fra helsepersonell (s.11), og nederlagene skal ikke gis samme oppmerksomhet (s. 43).

Overvekt blir fremstilt som et målbart objekt. Det uttrykkes i en beregning av forholdet mellom kroppens vekt og høyde, fremstilt gjennom en kroppsmasseindeks (KMI). Indeksen opererer med absolutte grenser for normalvekt ($KMI \geq 18-24,9$) overvekt ($KMI \geq 25-29,9$) og fedme ($KMI \geq 30$). Både overvekt og fedme blir satt i sammenheng med en rekke negative helsekonsekvenser, av fysisk og psykisk art (s. 10). Utvikling av overvekt blir omtalt som uønsket (s.8) og knyttet til både arvelige komponenter og individuelle livsstilsfaktorer som uheldige kostholdsvaner, inaktivitet og lang daglig tid til TV og annen skjermaktivitet (s.10). Videre fremstilles overvekt som et vanskelig og sårbart tema for de fleste (s. 39), og som en risiko for å utvikle dårlig selvfølelse. Behandlingen skal derfor ikke utelukkende handle om vektkontroll, men også bedre barnets kroppsbilde og selvfølelse (s.25). I retningslinjene vises det til forskning som dokumenterer stigmatisering av barn og unge med overvekt fra både venner, foreldre og lærere (s.25). Det blir imidlertid ikke vist til studier som underbygger at dette også forekommer i barns relasjoner med helsepersonell.

Ole blir presentert som en 5 år gammel gutt som er veldig glad i mat (s. 40) og som har vanskelig for å stoppe før det er tomt (s.40). Alle i Oles familie strever med å holde vekten (s. 39). Til tross for at storesøster allerede får oppfølging av fysioterapeut på grunn av sin overvekt, har foreldrene egentlig ikke vært bekymret for Oles vekt før de så utviklingen på prosenttilkurven (s. 40). Foreldrene får ikke til å være kreative med matlaging (s.40). Måltidene hjemme er raske og uten at familien er samlet og sitter ned sammen (s.40). Hjemme hos Ole er det all-

tid brus i kjøleskapet, og foreldrene kan ikke redegjøre for hvor mye brus familien drikker hver uke. Familien blir beskrevet som flinke til å spise frukt (s.40). Ole blir kjørt til og fra barnehagen. Han løper saktere enn de andre barna og ser lei seg ut når han blir fraløpt (s. 46). Han er opptatt av dyr og planter, men liker ikke å være ute, det er kjedelig og slitsomt (s.44). Både han og mor er veldig motivert for å endre familiens livsstilsvaner og får komme med forslag til endring (s.48). Mor trenger en tenkepause før hun foreslår at de kun kjøper en flaske brus i uken og at den drikkes på lørdag (s.48).

Helsepersonell kan og skal oppdage Oles overvekt og oppspore risikofaktorer (s. 38). De skal kartlegge Oles vektutvikling og påpeke at familien bør bruke bilen mindre, drikke brus kun på lørdager og spise grønnsaker til middag (s. 43). Dersom foreldrene vegrer seg for å snakke med Ole om overvekt eller er redde for tiltakene skal ha negative konsekvenser for han, skal helsepersonell gjøre dem trygge (s. 40). Fysioterapeuten, kalt «Aktiv Trening» (s.81), skal lage avtaler med foreldrene om endringer i aktivitetsvaner, observere Ole i barnehagen og veilede personalet i barnehagen om tilrettelagte aktiviteter (s. 44). Ole skal på sin side være aktiv på egne premisser og oppleve mestring (s.44).

Diskusjon

Diskursanalyserens validitet er tett forbundet med transparens i alle deler av prosjektet (7, 8). Vi har derfor lagt vekt på å legge fram både tekstutdragene som er analysert og konteksten vi har satt den inn i, for å underbygge våre resonnementer. Vi har også kommunisert om vår posisjon og utfordringer med å være innlemmet i tilsvarende diskurser som vi har søkt å avdekke og utdype konsekvensene av.

Gjennom diskursive virkemidler i språket om Ole og familien produserer retningslinjene både en frisk og vanlig barnefamilie med et hektisk familieliv, og en familie med

utfordringer og avvik. Det å være vanlig og ha avvik ser vi som overlappende diskurser som brukes gjennomgående i hele teksten. Den medisinske diskursen gis imidlertid forrang, som når overvekt blir etablert som et målbart objekt og helsetjenestens ansvarsområde blir lokalisert til individet. Basert på en diskursiv orden der det medisinske perspektivet gis stor plass, risikerer retningslinjene å fremme en lesning hvor Ole hovedsakelig blir synlig som en overvektig gutt med problemer. At han også er en frisk gutt med stor interesse for dyr og planter, kommer i skyggen. Han blir en overvektig og litt vanskelig gutt, fremfor en meningskompetent femåring som er god til å si ifra til de voksne om hva han liker å gjøre og hva han helst ikke vil være med på. Han blir fremstilt som en gutt de andre barna løper fra, og som en som ikke deltar i de sosiale aktivitetene i barnehagen. Samlet gir teksten inntrykk av at Ole faller ut av samvær og lek i barnehagen, fordi han er overvektig. Interessene hans blir relevante først og fremst som virkemidler for å få ham ut og i aktivitet (5, 6, 4).

Opplysningene om familiemedlemmenes vekt, matvaner, TV-tid og lite fysisk aktivitet underbygger at det er mye i Oles liv som avviker fra normene i en medisinsk diskurs om sunn livsførsel. Med Ole og familien er det meste «feil». Alt som tidligere er listet opp som mulige risikofaktorer for utvikling av overvekt, plasseres i Oles familie. Tiltak som kostholds- og aktivtetsregistrering og regelmessig veiing kan dermed fremstilles som en logisk og velment måte å hjelpe familien til å unngå ytterligere forfall. Innenfor en slik diskursiv ramme blir hverken brusen i kjøleskapet eller skjermaktiviteter til et generelt samfunnsanliggende. Den blir et problem ved familien. Et problem som helsepersonell kan og bør gjøre noe med. Det blir tatt for gitt at helsepersonell må gripe inn når familien ikke har vært bekymret for Oles vekt, og ikke har hatt kontroll på brusdrikkingen. Sammen med eksempelvis TV-titting og bilkjøring, trekker en slik fremstilling på stigmatiserende diskurser om inaktive, overvektige personer uten kontroll og kunnskap (11, 12, 13, 14, 24, 28). På den ene siden advares det i retningslinjene mot slike stereotyper og deres mulige uheldige konsekvenser, mens de samme stereotypene på den andre siden tas aktivt i bruk i konstruksjonen av Ole og familien. Eksempelen kan belyse at det å bruke stereotyper ikke trenger å være en del av bevisste og

planlagte strategier for å stigmatisere andre. De opererer på et tatt-for-gitt-nivå, gjennom lett tilgjengelig språk og handlinger.

I tråd med annen forskning som belyser helsepersonells roller overfor barn og barnefamilier, blir helsepersonell i retningslinjene tildelt en paternalistisk posisjon (14, 20). De blir utstyrt med det familien mangler; kunnskap og overblikk (20). En slik posisjonering gir helsepersonell et stort handlingsrom, med mandat til å kontrollere familiens private sfære (10, 20, 21). Fra sin overskuende posisjon, som en slags offentlige primærkontrollører og primæroppdragere av foresatte (20, s. 51), skal de ikke nøle med å sette i verk tiltak og ikke dvele ved eventuelle nederlag. De skal gjennom å være både direkte og sensitive sikre at heller ikke foreldrene tviler, men følger standarder for rett kosthold, vekst og utvikling.

Foreldrene skal forsikres om at tiltakene er trygge. En slik forsikring står i kontrast til den oppsummerte kunnskapen som blir presentert, som viser at tiltakene har midtveis til svak evidens og er usikre (2, 3, 15, 16). Hofmann (2016) knytter det å handle på usikkert kunnskapsgrunnlag til en kunnskapsmangelens etikk (10, s. 15). Han peker på at det er utfordrende å skulle vurdere nytte av behandling opp mot skade, når kunnskap om effekt og skadevirkninger er usikker. I retningslinjene er imidlertid etikk utelatt som eksplisitt tematikk⁴, selv om Ole og familien flere steder blir omtalt som sårbar. I lys av dette kan det også problematiseres at brukermedvirkning er viet liten plass. Mor får riktignok bestemme at brusen skal bort, men det er først etter en tenkepause. Brusen fungerer som noe leseren, men ikke mor, umiddelbart kan oppdage at er uheldig og skadelig.

Plasseringen av en rekke slike problemmarkører i familien og i enkeltpersonene i caset setter overvekt og fedme inn i lineære årsakssammenhenger. Dette utgjør en forenkling av tematikken, som skaper et inntrykk av at arbeid med overvekt handler om at enkeltfaktorer kan identifiseres for så å bli ryddet av veien. Sosiale forhold, relasjoner og familiedynamikk blir gjennom måten caset er konstruert på, kanalisert bort. En forenkling fremstilling stimulerer i liten grad helsepersonell til å reflektere over overvektens sammensatte og komplekse karakter,

⁴Ordsøk viser at etikk og etisk kun gjenfinnes som stavelser innbakt i begrepene genetik og genetisk.

eller sagt med Neumann; hvilken virkelighet det er alle disse initiativene skal virke i (21, s. 10). Det blir forventet at helsepersonell har en respektfull, ydmyk og spørrende tilnærming til mennesker de møter og skal behandle. Refleksjoner over dette er fraværende i retningslinjenes diskursive fremstillinger av tiltak.

Avslutning

Medisinske talemåter om barn og unges overvekt og fedme kan ha vidtrekkende, individuelle og samfunnsmessige konsekvenser når de legges til grunn for våre holdninger og handlinger. Det krever at tiltak er argumentert frem gjennom vitenskapelig etterrettelig kunnskap. Gjennom vår lesning av de foreliggende retningslinjene får vi frem at tiltakene er basert på en svak kunnskapsbase. Det er en kontrast til at politiske myndigheter og helsepersonell fortsetter å fremme foreslåtte tiltak som trygge og som viktige. I analysen har vi videre fått fram at Helsedirektoratets konstruksjon av Ole og familien både advarer mot at det å være overvektig er en stigmatisert og sårbar situasjon og samtidig trekker på stigmatiserende diskurser om personer med overvekt og fedme. Vi har også tydeliggjort at det i retningslinjene, med det aktuelle caset konstrueres en problemfamilie med stort behov for tiltak og inngripen. Familien blir fremstilt på måter som tilslører mulighetene for å se dem som personer med kunnskap, innsikt og ressurser. Oles kroppsvekt og familiens hverdagsliv blir etablert i teksten som en sikker indikasjon på at helsepersonell må intervensjon. Konklusjonen viser at fysioterapeuter og annet helsepersonell må engasjere seg i annen, omfattende litteratur for å utvikle et språk om barn med overvekt som ivaretar den andre som et kunnskapsrikt og erfarende subjekt. Dersom retningslinjene skal fornyes er det grunn til å oppfordre til gjennomgripende etiske, teoretiske og begrepsmessige endringer.

Litteratur:

1. WHO. Childhood overweight and obesity. Hentet fra: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/> 20.08.2019.
2. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. IS-1734, 2010.
3. Elvsaas IKØ, Juvet LK, Giske L & Fure B. Effekt av tiltak for barn og unge med fedme. Rapport. Oslo, Folkehelseinstituttet, 2016.
4. Wykes, J. Introduction; Why queering fat embodiment? I: Pausé C, Wykes J, Murray S. eds. Queering fat

- embodiment. Burlington, USA, Ashgate. 2014: 1-10.
5. LeBesco K. Revolving bodies. The struggle to redefine fat identity. Amherst and Boston, University of Massachusetts Press. 2004.
 6. Rich, E., Monaghan, L.F. & Aphramor, L. (2011) Introduction: Contesting obesity discourse and presenting an alternative. I: Rich, E., Monaghan, L.F. & Aphramor, L.(eds): Debating Obesity. Critical perspectives. Palgrave Macmillan. s. 1-34.
 7. Skrede J. Kritisk diskursanalyse. 1. utgave. Oslo; Cappelen Damm AS, 2017.
 8. Johannessen LEF, Rafoss TW, Rasmussen EB. Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse. Kap.3, s.49-93. 1.utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.
 9. TV2.no <https://www.tv2.no/a/3575215> Hentet 010620.
 10. Hofmann B. Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge. Tilleggsrapport. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
 11. Hanssen-Bauer MW. & Knutsen IR. Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. Sykepleien.no/ forskning 10.4220/Sykepleief. 2017.61920
 12. Ikeda JP, Crawford PB, Woodward-Lopez G. BMI screening in schools: helpful or harmful? Health Education Research 2006, 21 (6): 761-769. <https://doi.org/10.1093/her/cyl144>
 13. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. Pediatrics 2017. 140(6). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3034>
 14. Malterud K & Ulriksen K. Obesity, stigma and responsibility in health care: A synthesis of qualitative studies. Int. J Qualitative Stud Health Well-being 2011, 6:8404 <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8404>
 15. Mead E, Brown T, Rees K et al. Diet, physical activity and behavioral interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database Syst Rev 2017; 6: CD012651.
 16. Skodvin VA, Lekahl S, Kommedal KG et al. Livsstilsbehandling av barn og ungdom med alvorlig fedme - resultater etter ett år. Tidsskr Nor Legeforen 2020. doi:10.4045/tidsskr.19.0682
 17. De Vries J. The obesity epidemic: medical and ethical considerations. Sci Eng Ethics 2017, 13: 55-67. <https://doi.org/10.1007/s11948-007-9002-0>
 18. Major B, Hunger JM, Bunyan DP, Miller CT 2014 The ironic effects of weight stigma. Journal of Experimental Psychology 51: 74-80.
 19. Grepperud S. Kvalitet i helsetjenesten - hva menes egentlig? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1112-4. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0377>

Title: Active on his own terms? A discourse analysis of professional guidelines Abstract

- **Purpose:** To investigate how language and meaning production express and explain overweight, within official guidelines for prevention and treatment of overweight and obesity among children and adolescents.
- **Design:** Discourse analysis.
- **Material:** National guidelines for primary care.
- **Method:** Question based reading.
- **Results:** Through discursive measures within the language in use, the guidelines produce both an ordinary family with a hectic daily life, a vulnerable family and a deviant one with challenges. The guidelines use stigmatizing discourses, producing people with overweight as lacking control and knowledge. A discursive order that gives precedence to the medical perspective on overweight and obesity, risk to medicalize overweight children based on bodyweight alone. Health care personnel are provided a paternalistic position within lifestyle treatment, despite weak evidence for the treatment offered and despite explicit ethical considerations and user involvement.
- **Conclusion:** The Norwegian Directorate of Health tend to use stigmatizing discourses to construct children with overweight and their families. The discourses risk to disguise the possibility of understanding these families as people with resources. For physiotherapists to contribute in valid ways within lifestyle treatment, they must reflect upon their own position within the stigmatizing discourses.
- **Keywords:** children, overweight, stigma, guidelines, discourse analysis.

20. Neumann CB. Det bekymrede blikket. En studie av helsesøsters handlingsbetingelser. 1. utgave. Oslo; Novus Forlag, 2009.
21. Pettersvold M, Østrem S. Problembarn og programinnvasjon. I: Pettersvold M, Østrem S, red. Problembarna. Manualer og metoder i barnehage, skole og barnevern. 1. utgave. Oslo; Cappelen Damm Akademisk, 2019: 7-32.
22. Focault M. Klinikkenes fødsel. Hans Reieizels Forlag, København DK. Gyldendal, 2019
23. Gard M, Wright J. The obesity epidemic: Science, morality and ideology. Abingdon, UK: Routledge, 2005.
24. O'Hara L, Taylor J. What's wrong with "the war on obesity"? A narrative review of the weight-centered paradigm and development of the 3C framework to build critical competency for a paradigm shift. SAGE Open, April-June 2018: 1-28. <https://doi.org/10.1177/2158244018772888>
25. Tylka TL, Annunziato RA, Burgard D, Danielsdottir S, Shuman E, Davis C, & Calogero RM. The weight-inclusive versus weight-normative approach to health: Evaluating the evidence for prioritizing well-being, over weight-loss. Journal of Obesity 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/983495>
26. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. UK. Penguin Books. 2019.
27. Evans J, Rich E, Davies B, Allwood R. Education, Disordered Eating and Obesity Discourse: Fat Fabrications. London: Routledge. 2008.
28. Setchell, J., Gard, M., Jones, L. & Watson, B.M. Addressing weight stigma in physiotherapy: development of a theory-driven approach to (re)thinking weight-related interaction. Physiotherapy Theory and Practice. An international journal of Physical Therapy 2017. <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2017.1328718>

En enklere måling?

– Fysiopartner tilbyr nye alternativer

FYSIOPARTNER® Part of Lojer Group

www.fysiopartner.no | salg@fysiopartner.no | T: 23 05 11 60

