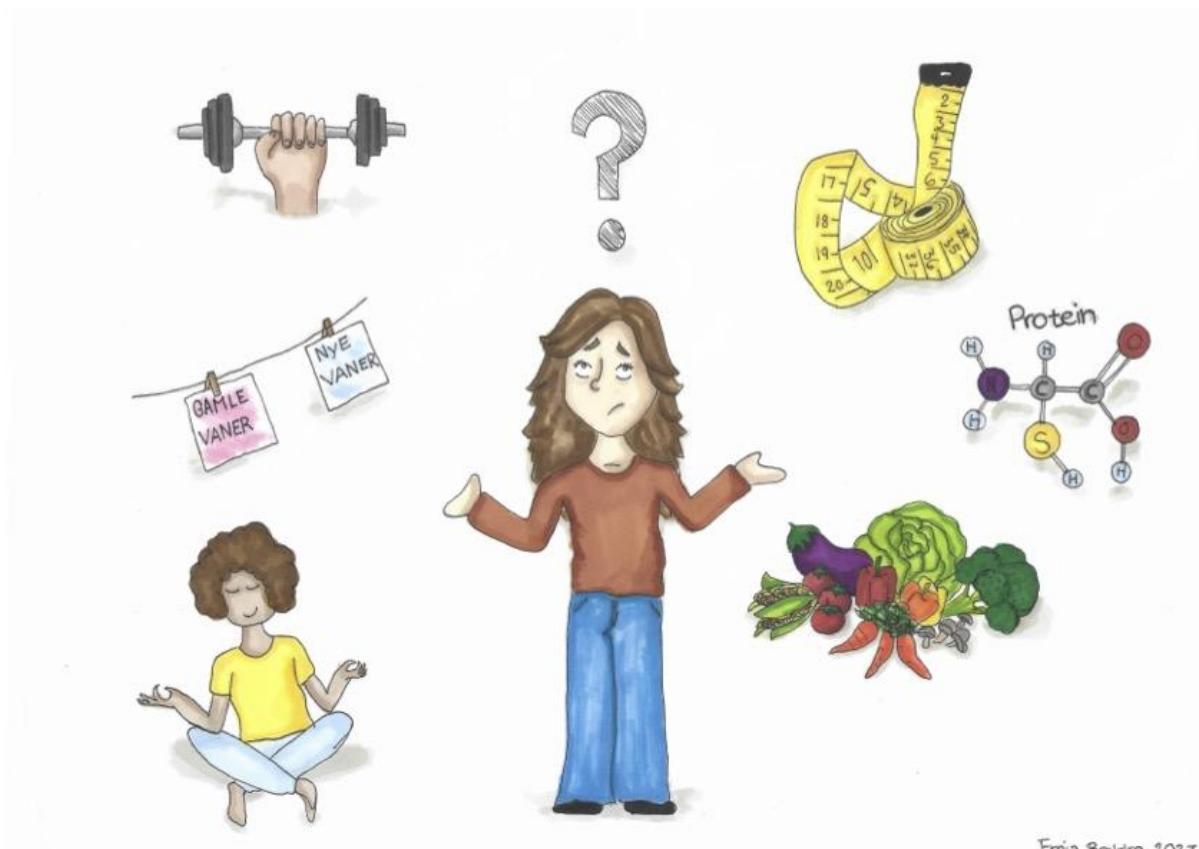


Vægttab eller ny livsstil?

- i kommunale tilbud



Speciale i Sundhedsfremme og Sundhedsstrategier

Roskilde Universitet 2023

Studerende: Henriette Eigard Bække (70085) & Stine Merrild Bækgaard (72411)

Vejleder: Mari Holen

Afleveringsdato: 1. juni 2023

Antal tegn: 222.502

Abstract

The purpose of this thesis has been to investigate the governing rationalities used in three municipal weight loss and lifestyle programs and the influence it has on the subjectivation of the citizens in the program. This is due to, what we believe, a development in the field where the focus is shifting from weight loss to lifestyle changes, with a greater emphasis on mental health, well-being and healthy habits.

With a social constructivist scientific-theoretical approach, drawing on Foucault's theories of self-technologies, subjectivation, power relations, biopower and governmentality, we are exploring how our informants think about the developments in the field of obesity and how it has influenced the composition of their weight loss and lifestyle programs. On that background we are also investigating, through observations, how the different approaches have influenced the citizens' perception of themselves.

Based on three semi-structured interviews with clinical dietitians and five participant observations of two weight loss and lifestyle programs, we have found that the analysis reveals that there are both similarities and differences in the governing rationalities among the three municipal weight loss and lifestyle programs. Our findings have also sparked a discussion about whether obesity is an individual or societal issue, as well as considerations on whether the municipal weight loss and lifestyle programs should have an entirely different focus.

We conclude that, despite different governing rationalities ranging from a biomedical focus, weight-neutral approach, to a focus on habit change, we find that all three weight loss and lifestyle programs aim, through subjectivation, to make citizens active agents who are expected to change undesirable behaviors.

Indholdsfortegnelse

Abstract	2
1. Indledning	5
Problemfelt	5
Kommunale væggtabs- og livsstilstilbud	5
En udvikling i styringsrationalerne	6
Individet som subjekt i samfundet	6
Magtfulde sundhedsdiskurser om mad og krop	7
Problemstilling	8
Problemformulering	8
Arbejdsspørgsmål	8
Afgrænsning	9
Begrebsafklaring	9
Specialets teoriapparat	11
Forskerposition	12
Læsevejledning	12
2. Forskningsfelt	13
Litteratursøgning	17
3. Videnskabsteori	18
4. Metode	20
Forskningsdesign	21
Semistrukturerede interviews	21
Målgruppe	22
Inklusionskriterier	22
Interviewguide	23
Gennemførelse af interviews	23
Transskribering	24
Deltagerobservationer	24
Observationsskema	25
Kommuner som cases	25
Etik	26
Kvalitetskriterier	27
Analysestrategi	28
5. Præsentation af informanter og kommuner	29
Anna	29
Kommune 1	30
Carla	31
Kommune 2	31
Dicte	33
Kommune 3	33

Vægttabs- og livsstilsinterventioner generelt i kommuner	36
6. Teori	37
Selvteknologier	37
Subjektivering	38
Magtudøvelse	39
Biomagt	40
Governmentality	41
Anvendelse af begreberne i analysen	42
7. Analyse	42
Rammerne og miljøet i deltagerobservationerne	42
Kommune 1	42
Kommune 2	43
Introduktion til analysen	44
Analysedel 1	44
Analysedel 2	66
Sammenfatning af analyse	79
8. Diskussion	80
Effekt af vægttabs- og livsstilstilbud	81
Mennesker med overvægt - individets eller samfundets ansvar?	83
Kritiske refleksioner over teori	84
Kritiske refleksioner over metode	86
9. Konklusion	88
10. Perspektivering	89
Bilagsliste	91
Litteraturliste	92

1. Indledning

I dette speciale ønsker vi at undersøge hvilke overvejelser, der ligger til grund for, hvordan kommunale væggtabs- og livsstilstilbud gribes an. Ydermere vil vi undersøge, hvordan det har indflydelse på, hvordan borgerne i tilbuddene opfattes af sig selv og af andre. Interessen for dette udspringer fra en viden og en anskuelse, der beror på, hvad vi ser som et paradigmeskifte, der relaterer sig til, hvorledes kliniske diætisters tilgang til væggtabs- og livsstilstilbud har ændret sig gennem de seneste ti år.

I følgende afsnit vil vi indledningsvis redegøre for den baggrund, der har vakt vores interesse for emnet. I afsnittet vil vi berøre temaerne *kommunale væggtabs- og livsstilstilbud, en udvikling i styringsrationalerne, individet som subjekt i samfundet og magtfulde sundhedsdiskurser om mad og krop*. Denne introduktion vil danne grundlag for formuleringen af problemstillingen og problemformuleringen. I afsnittet vil vi ligeledes præcisere vores afgrænsninger og foretage en begrebsafklaring af relevante begreber. Afslutningsvis vil vi tydeliggøre vores forskerposition, give en kort introduktion til specialets teoriapparat og fremvise en læsevejledning til specialet.

Problemfelt

Kommunale væggtabs- og livsstilstilbud

Mange kommuner har et tilbud om væggtabs- eller livsstilsforløb til deres borgere. Dette til trods for, at kommunerne ikke er forpligtede til at tilbyde væggtabs- eller livsstilstilbud, idet lovgivningen på området blot angiver, at forebyggelsen af udviklingen af overvægt bør indgå i kommunernes forebyggelsesindsats (Sundhedsstyrelsen, 2018). Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke om overvægt, som indeholder faglige anbefalinger til kommunal sundhedsfremme og forebyggelse, hvor formålet er at understøtte kommunernes arbejde med at forebygge udviklingen af overvægt hos borgerne (Ibid.). Ifølge Sundhedsstyrelsen skal deres anbefalinger ses som inspiration til, hvorledes kommunerne kan arbejde med dette og sammensætte deres væggtabs- og livsstilstilbud, men det er i høj grad op til den enkelte kommune, at tage stilling til, hvad tilbuddene skal indeholde, hvis der skal være et tilbud.

De kommunale væggtabs- og livsstilstilbud er historisk set udsprunget fra en biomedicinsk diskurs og med fokus på KRAM¹ faktorer (Mik-Meyer, 2014), men over de senere år er der kommet nye anskuelser til, som efterhånden begynder at forme de kommunale tilbud på nye måder.

En udvikling i styringsrationalerne

Udviklingen i relation til anskuelsen af overvægt har over tid bevæget sig fra et primært biomedicinsk syn på vægt og sundhed, hvor parametre som vægt, BMI² og taljemål alene har været indikatorer for sundhedstilstanden, hen imod en øget opmærksomhed på et sundhedssyn, hvor trivsel og mental sundhed samt en forståelse for, at overvægt ikke er lig med, at man nødvendigvis er usund har fået større betydning (Lindemann, u.å.). Samtidig er der studier, der tyder på, at væggtabsindsatser ikke virker på sigt, idet borgerne tager på igen efter nogen tid, og der sås ligeledes tvivl om, hvorvidt der er en sundhedsmæssig gevinst ved væggtab (Køster-Rasmussen, 2017; Tylka et al., 2014). Dette sundhedssyn afspejler sig blandt andet ved, at mange kommuner har ændret deres fokus på væggtab til i stedet at arbejde med livsstilsændringer, der omfavner et bredere sundhedsperspektiv, idet tilbuddene, foruden fokus på kostomlægning og fysisk aktivitet, også indeholder fokus på vaneændringer, trivsel, mental sundhed og andre emner, der kan have betydning for borgernes generelle sundhed (Sundhed.dk, u.å.). Hensigten med de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud henledes dog fortsat til, at målet er, gennem styring, at få borgerne til at ændre adfærd, holdninger og værdier i synet på egen sundhed, hvilket allerede i 1980 blev beskrevet af Robert Crawford, der gennem begrebet *Healthism* problematiserede, at sundhedsproblemer blev gjort til et individuelt problem, der skulle løses på individniveau (Crawford, 1980).

Individet som subjekt i samfundet

Antallet af danskere, der har overvægt, har været støt stigende, og de seneste tal fra den Nationale Sundhedsprofil viste, at 52,6 % af alle voksne danskere havde overvægt (Jensen et al., 2022). Hvorvidt stigningen i antallet af mennesker, der har overvægt, er et individuelt eller samfundsmæssigt anliggende, kan diskuteres.

De danske sundhedsmyndigheder arbejder ud fra en mission om *sundhed til alle*, og angiver at fokusere på helhed og sammenhæng for det enkelte individ, men også for en fælles

¹ **KRAM** faktorer står for kost, rygning, alkohol og motion. Det er helbreds faktorer, som sundhedsmyndighederne anser for at være en indikator for sundhedstilstanden.

² **BMI** - Body Mass Index anvendes til at vurdere forholdet mellem vægt og højde

sundhed (Sundhedsstyrelsen, u.å.). I forhold til et vægtfokus har der fra de danske sundhedsmyndigheder gennem tiden været forskellige tiltag og kampagner, herunder syv officielle kostråd samt officielle anbefalinger for fysisk aktivitet, for at få danskerne til at ændre adfærd både i spise- og træningsmønstre (Fødevarestyrelsen, u.å.; Klarlund & Andersen, 2018). Samtidig tillægger kommunerne bestemte værdier som effektivitet, selvansvar, frihed og empowerment til mødet med borgerne i deres vægttabs- og livsstilstilbud, og borgerne gøres i stigende omfang ansvarlige for deres egen sundhed (Mik-Meyer & Villadsen, 2021). Dette henleder os til den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucaults teori om subjektivering, hvor han argumenterer for, at der finder en subjektivering sted, når myndigheder på den måde påvirker individet til at tilegne sig kulturelle normer og værdier som deres egne, idet en subjektivering sker i individets interaktion med samfundet kombineret med en konstruktion af ens egen selvopfattelse (Foucault, 1982).

Gennem et øget fokus på vægt som et sundhedsparameter kan der opstå en splittelse i samfundet, hvor mennesker med overvægt stigmatiseres og udskammes som individer, der er dovne og har mangel på selvkontrol (Andreassen et al., u.å.). Studier viser ligeledes, at vægtstigmatisering og fokus på kropsidealer udgør en risiko for at udvikle dårligt selvværd og depression, og samtidig har en rapport fra WHO (2017) vist, at stigmatisering kan have store konsekvenser for den udsatte borger med overvægt, idet det kan føre til dårlig trivsel og i sidste ende føre til yderligere vægtøgning (Paxton et al., 2006; WHO, 2017). Som følge af stigmatiseringen af mennesker med overvægt er der sket en bevægelse blandt nogle sundhedsprofessionelle, der anbefaler, at der fokuseres på individet frem for vægten (Lindemann, u.å.).

Magtfulde sundhedsdiskurser om mad og krop

Gennem tiden har der været forskellige fremherskende diskurser om, hvordan vi som mennesker har skullet spise, og hvordan vores krop har skullet se ud. En diskurs opstår gennem en "*bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på*" (Jørgensen & Phillips, 2008:9), og set ud fra et sundhedsperspektiv, har diskursen i det postmoderne samfund været, at det er sundt at have en tynd krop og usundt at have en tyk krop. Denne diskurs kan blandt andet være opstået gennem sundhedsmyndighedernes syn på sundhed, hvor der, som tidligere nævnt, især fokuseres på biomedicinske faktorer. Ifølge sociolog Nanna Mik-Meyer handler sundhedsfremme indsatser til mennesker, der har overvægt ikke kun om, at vægttab får folk til at leve længere og blive mindre syge, men også om at fortælle folk, hvordan de burde leve deres liv (Mik-Meyer, 2014):

“Healthy living is promoted as the way of life that all individuals should strive to achieve. Today, the healthy life is primarily defined from a biomedical perspective that praises certain physical measurements of the body, as well as values such as self-responsibility and self-control.”

(Mik-Meyer, 2014:34)

Det store nutidige fokus på sundhed, anskuet i et magtperspektiv har bevirket, at der tales om sundhed som en metaværdi, hvormed det sunde liv er blevet til det gode liv, hvilket er blevet en størrelse vi alle bør stræbe efter og har pligt til at efterleve (Mik- Meyer, 2013). Når det sunde liv på den vis er blevet det gode liv, opstår en meget magtfuld sundhedsdiskurs, der betyder, at blandt andet offentlige aktører henvender sig til borgerne med det formål at gøre dem sundere (Ibid.). Dette er, ifølge Michel Foucault, et udtryk for et magtmaskineri, som menneskekroppen indgår i, og som gennem søger den, skiller den ad og sætter den sammen igen (Foucault, 2002).

Problemstilling

Med baggrund i ovenstående er vi nysgerrige på at undersøge hvilke sundhedsdiskurser, der former vægttabs- og livsstilstilbuddene i kommunerne, samt hvilke styringsrationaler, der kommer til udtryk i de kommunale vægttabs- og livsstilstilbud. De gældende sundhedsdiskurser og styringsrationaler kan give os mulighed for at undersøge, hvilke muligheder dette efterlader borgerne til at forstå sig selv, og hvorledes det kan have indflydelse på borgernes subjektivering. Dette leder os frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvilke styringsrationaler gør sig gældende i tre forskellige kommunale vægttabs- og livsstilstilbud og på hvilken måde har styringsrationalerne indflydelse på borgernes subjektivering?

Arbejdsspørgsmål

For at understøtte besvarelsen af vores problemformulering, har vi udformet følgende arbejdsspørgsmål til at skærpe specialets analytiske fokus:

- *Hvilke overvejelser gør de kliniske diætister sig i forhold til tilgang og metode i vægttabs- og livsstilstilbuddene?*

- *Hvordan kommer en konstruktion af borgerne til udtryk i de tre kommunale vægttabs- og livsstilstilbud?*

Afgrænsning

Et aspekt, der kunne have været interessant i dette speciale, er social ulighed i sundhed. Der er en betydelig social ulighed i forekomsten af moderat overvægt og i endnu højere grad i forekomsten af svær overvægt, som ses både i forhold til uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet samt psykiske helbredsproblemer (Jensen et al., 2022). Vi afgrænser os fra at interessere os specifikt for social ulighed i de tre kommunale vægttabs- og livsstilstilbud velvidende, at dette kunne have bidraget yderligere til en indsigt i betydningen af subjektivering af borgerne. I indeværende speciale afgrænser vi os ydermere fra at beskæftige os med en diskussion, der beror på, om overvægt er sundhedsskadeligt eller ej, da dette ikke har relevans for vores problemformulering.

Vi anerkender, at de sundhedsdiskurser, der ses i samfundet, har en indvirkning på subjektivering af borgerne, idet den sociale praksis bliver at skulle se ud på en bestemt måde. Ydermere kan disse sundhedsdiskurser også have indflydelse på de kliniske diætisters tilrettelæggelse af vægttabs- og livsstilstilbuddene. Derfor vil vi inddrage begrebet i specialet, hvor vi finder det relevant, dog uden at foretage en diskursanalyse.

Begrebsafklaring

I vores problemfelt og problemformulering anvender vi følgende begreber: styringsrationaler, subjektivering, sundhed og sundhedsdiskurser. Der vil ydermere være en definition af begrebet mental sundhed, der nævnes forskellige steder i specialet. For at sikre en fælles forståelse og klarhed om de begreber, vil vi i dette afsnit definere vores forståelse af begreberne.

Styringsrationaler

Med et sundhedsfremmende fokus forstår vi styringsrationaler inden for sundhedsområdet som forskellige principper, strategier og tilgange, der anvendes til at styre og lede i de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud. Foucaults begreb *governmentality* ser vi som værende tæt forbundet med styringsrationaler, idet Foucault siger: *“Ved ”guvernamentalitet” forstår jeg den mængde af institutioner, procedurer, analyser og refleksioner, beregninger og taktikker, som gør det muligt at udøve den specifikke, om end meget komplekse form for magt, hvis primære sigte er befolkningen (...)* (Foucault, 2008:116-117).

Subjektivering

Vi arbejder ud fra en Foucauldiansk forståelse af subjektivering, som handler om, hvordan subjektet positioneres gennem magtpraksisser og diskurser. Subjektet positionerer sig ud fra diskurser, men positionerer sig samtidig i forhold til disse diskurser (Foucault, 1982). I indeværende speciale undersøger vi borgernes subjektivering ud fra vores perspektiv og tager dermed ikke udgangspunkt i borgernes førstehåndsperspektiv.

Sundhedsbegreber

Når vi anvender begrebet sundhed i dette speciale, anvender vi det ud fra WHO's definition af sundhedsfremme, der blev formuleret i 1986 (WHO, 1986)

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical mental and social wellbeing, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy lifestyles to wellbeing.”

(WHO, 1986)

Det gør vi, velvidende at den almindelige forståelse af sundhed hos både WHO og Sundhedsstyrelsen handler om, at *“Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke blot fravær af sygdom, smerter eller andre skavanker”* (WHO, u.å.-a), idet vi mener, at de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud imødekommer en

sundhedsfremmende tilgang, som i højere grad har fokus på individet. Samtidig rummer sundhedsfremmebegrebet ligeledes elementer af fokus på mental sundhed, hvor vi også stiller os op ad WHO's begreb: *“Mental health is a state of mental well-being that enables people to cope with the stresses of life, realize their abilities, learn well and work well, and contribute to their community.”* (WHO, u.å.-b).

Sundhedsdiskurser

Sundhedsdiskurser forstår vi som diskurser om sundhed, der involverer forskellige opfattelser af hvad sundhed er, og hvordan sundhed skal forstås. Sundhedsdiskurser kan variere fra en biomedicinsk tilgang til en bredere forståelse, der fokuserer på mental trivsel. Vi arbejder ud fra en Foucauldiansk forståelse af begrebet diskurs, hvor diskurser betragtes som en magtfuld og konstituerende praksis, der ikke kun handler om sprogbrug, men også om den måde hvorpå viden og forståelse skabes og struktureres i samfundet. Samtidig er diskursen i lige så høj grad defineret gennem det, den udelukker og begrænser som det, den indbefatter (Nilsson, 2009).

Specialets teoriapparat

I specialet anlægger vi et socialkonstruktivistisk perspektiv, hvor den generelle antagelse er, at den sociale virkelighed, vi lever i, er blevet konstrueret af individuelle aktører. Alt omkring os er socialt konstrueret, og verden opfattes ud fra den sociale kontekst, som fænomenet befinder sig i (Egholm, 2014). Det åbner op for at undersøge, hvordan viden og handlemåder etableres, og de hverdagslige selvfølgeligheder, som vores informanter og borgere er en del af, når de henholdsvis underviser og deltager i de kommunale vægttabs- og livsstilstilbud. For at analysere hvordan styringsrationaler fra de kliniske diætister gør sig gældende, og på hvilken måde det har indflydelse på borgernes subjektivering, vil vi anvende den franske filosof og idéhistoriker Michel Foucaults (1926-1984) begreber selvteknologier, subjektivering, magtudøvelse, biomagt og governmentality som et teoretisk fundament i vores analyse.

I både det socialkonstruktivistiske og Foucaults perspektiv stilles skarpt på, hvordan magt etableres, udøves og forandres gennem de kulturelle og sociale konstruktioner, vi alle er en del af. Dette sker i form af en mere abstrakt magt, der tydeliggør grænsen mellem

normalt/unormalt eller indenfor/udenfor (Egholm, 2014). Derfor kobler vi i analysen det socialkonstruktivistiske perspektiv sammen med de udvalgte begreber af Foucault.

Forskerposition

Da vi som forskere også indgår i en socialkonstruktivistisk kontekst, når vi interviewer og observerer, er vi bevidste om at være opmærksomme på egne forforståelser og være opmærksomme på, hvorledes vi bruger disse i undersøgelsen. Vi er begge uddannede kliniske diætister og har arbejdet indenfor dette fag i henholdsvis 14 og 16 år. På den baggrund har vi fulgt udviklingen i de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud på nært hold og har også selv formidlet viden om sund kost, vægttab og ernæring generelt. Vi er derfor bevidste om, at vi med vores sundhedsfaglige uddannelser risikerer at bidrage med arbejdsmæssige og teoretiske forforståelser i forhold til problemfeltet, men også i forhold til vores informanter, idet vi selv har en forståelse af, hvordan det er at arbejde som klinisk diætist. Denne problematik har vi ligeledes ekspliciteret i metodeafsnittet under *Etik*. Den viden vi finder frem til ud fra vores valgte position, socialkonstruktivisme, vil derfor altid afspejle den position som vi indtager, da vi som forskere, på samme måde som alle andre individer, ligeledes er inkluderet i den sociale kontekst. Vi er bevidste om, at dette kan være en ulempe, men vil bestræbe os på at være så lidt forudindtagede som muligt.

Læsevejledning

Vi vil her give en kort oversigt over specialets opbygning:

- Afsnit 2: Her fremstilles vores forskningsfelt og litteratursøgning, hvor vi redegør for specialets videnskabelige grundlag
- Afsnit 3: Vi præsenterer her vores videnskabsteoretiske afsæt, samt hvordan vi vil bruge det som teoretisk ramme for analysen
- Afsnit 4: Vores metodiske fundament, hvor forskningsdesign, casefremstilling, etiske overvejelser samt analysestrategi præsenteres
- Afsnit 5: Her præsenteres vores empiriske grundlag i form af informanter og kommuner
- Afsnit 6: Det teoretiske fundament, der skal danne rammen for analysen, fremstilles
- Afsnit 7: I dette afsnit er vores analyse

- Afsnit 8: Dette afsnit indeholder en diskussion, hvor vi berører relevante emner, der har vist sig i analysen. Afsnittet indeholder ligeledes vores kritiske refleksioner over valg af teori og metode
- Afsnit 9: Her konkluderer vi på specialets fund og problemformulering
- Afsnit 10: I en perspektivering fremstilles her forskellige problemstillinger, der kunne være interessante at arbejde videre med.

2. Forskningsfelt

I det følgende afsnit vil vi redegøre for specialets videnskabelige grundlag, der både danner baggrund for vores forståelse af forskningsfeltet, og samtidig har gjort det muligt for os at sætte vores speciale ind i en relevant sammenhæng. I nedenstående afsnit vil vi belyse specialets faglige rationale med en tydeliggørelse af, hvorledes det placerer sig i forskningsfeltet og dermed bidrager til at udfylde eksisterende huller.

Konstruktionen af mennesker med overvægt

En PhD-afhandling skrevet i 2012 af Ditte Marie From undersøger, hvordan overvægt forstås som et individuelt og samfundsmæssigt problem, og hvordan overvægt konstrueres i spændingsfeltet mellem politiske sundhedsstrategier, sundhedspædagogiske indsatser og i overvægtige børns hverdagsliv. From pointerer, at det grundlæggende kan antages, at når vi betragter et problem på en bestemt måde, så skaber vi også ganske bestemte måder at løse problemet på (From, 2012). Derfor stiller hun spørgsmålstejn ved, om vi har forstået problemet rigtigt. Afhandlingen er bygget op om en socialkonstruktionistisk forståelsesramme, og den sætter med Foucault-inspirerede teorier om “biopædagogik” fokus på, hvordan herskende biomedicinske sundhedsdiskurser er med til at konstruere overvægtige børn som fx usunde eller inaktive. Afhandlingen diskuterer mulighederne for at åbne op for mere positive sundhedsforståelser og undersøge, hvordan disse inviterer til at arbejde med eksisterende sundhedsressourcer, som de overvægtige børn kan besidde trods overvægt (Ibid.). From indsamlede empiri og frembragte viden gennem kommunale sundhedskurser, hvilket stemmer overens med vores speciale. Dog adskiller vi os ved at undersøge kommunale tilbud til voksne og ikke til børn, ligesom vi også adskiller os ved at undersøge de kliniske diætisters styringsrationaler og betydningen heraf for borgernes subjektivering.

I artiklen "*Health promotion viewed in a critical perspective*" af Nanna Mik-Meyer (Mik-Meyer, 2014), reflekterer hun kritisk over de nuværende sundhedsfremmende initiativer rettet mod personer med overvægt i vestlige lande. Artiklens metodiske tilgang er at trække på analytiske resultater fra Danmark og andre sociologers empiriske arbejde med, hvordan problemerne med mennesker med overvægt bliver defineret i forskellige miljøer i Danmark, England, Australien og USA. Hendes pointe er, hvordan sundhedsfremme rettet mod individer med overvægt ikke kun kan ses som et projekt, der har til formål at sikre længere liv og færre sygdomme for personer med overvægt, men også som et moralsk projekt, der i en mere generel forstand har til formål at fortælle folk, hvordan de burde leve deres liv. Dette moralske aspekt forbinder hun med medikaliseringstendensen i det nuværende vestlige samfund, som er en del af en voksende medicinalindustri og dens økonomiske interesse i at transformere den menneskelige tilstand med overvægt til en lidelse, der kan behandles. Ydermere forbinder hun også det moralske aspekt med det store fokus, der er på individet i dag. Et af hovedargumenterne i artiklen er, at sundhed i forhold til overvægt primært defineres ud fra et biomedicinsk perspektiv, der foretrækker bestemte fysiske målinger af kroppen samt dominerende værdier i samfundet, såsom selvansvar og selvkontrol, og at en kombination af biomedicin og disse dominerende værdier kan føre til, at sundhedsfremme bliver en problematisk moralsk bestræbelse. Mik-Meyer bygger sin artikel på forskning, der viser, at mennesker med overvægt er en gruppe personer, der ikke blot opfattes som personer med vægtproblemer og ej heller blot som personer, der ikke træner nok. Snarere opfattes borgere med overvægt som mennesker, der har en række psykiske problemer (Ibid.).

I den forskning Mik-Meyer baserer sin artikel på, er sociolog og professor Deborah Luptons bog "Fat", som baserer sig på Foucault-inspirerede studier (Lupton, 2018). Her samler og indarbejder Lupton udvalgt materiale fra tidligere tidsskriftartikler, hvor hun blandt andet beskæftiger sig med antagelser om fedme, sundhedsrelateret adfærd og overbevisninger, de etiske, moralske og politiske konsekvenser af at bruge afskrækkelse i sundhedsfremmende kampagner, digitale medier og kropsvægt, form og størrelse (Ibid.). I bogen tilbyder Lupton forskellige perspektiver, der skal bidrage til at forstå, hvorfor overvægt opstår, hvorledes det opleves at have overvægt med henblik på udelukkelse og afvisning, samt hvilke interventioner, der kan medvirke til at udfordre anti-fedme politikker og fat-shaming initiativer (Ibid.). Lupton henleder ligeledes opmærksomheden på de institutioner, der søger at identificere personer med overvægt som syge og mangelfulde og derfor skal være mål for

indsatser og kontrol eller styring. De diskurser, der her reproduceres, argumenterer hun for, er medvirkende til at afgrænse overvægt til en medicinsk tilstand, der kræver indgriben (Ibid.).

I vores speciale er vi på samme måde interesserede i at reflektere kritisk over tre kommunale vægttabstilbud og hvilke styringsrationaler og sundhedsdiskurser, der her gør sig gældende, men vi har, til forskel fra Mik- Meyer og Lupton, fokus på de kliniske diætisters styringsrationaler og formidling af viden i forhold til, hvilken indflydelse det har for borgernes subjektivering.

Livsstilsinterventioner

I en PhD afhandling af læge og postdoc Rasmus Køster-Rasmussen fra Forskningsenheden for almen praksis på Københavns Universitet, hvor han undersøger “Weight Changes In General Practise”, tyder et af resultaterne på, at kroppen lader til at forsvare sin nuværende vægt ved at reagere på energirestriktioner med metaboliske ændringer og nedsat fysisk aktivitet, og ved at reagere på energioverskud med øget energiforbrug (Køster-Rasmussen, 2017). Ifølge Køster-Rasmussen har intet vægttabsprogram, med et minimum accepteret vægttab til følge ved follow-up, dokumenteret en gennemsnitlig langtidseffekt på mere end tre til fire kg, og kun få vægttabstilbud har længere opfølgningstid end efter nogle få år (Ibid.). Alligevel lykkes nogle individer med et betydeligt vægttab og med at vedholde vægttabet efterfølgende. Ifølge et studie følger The National Weight Control Registry individer, der har vedligeholdt et vægttab på 10 % af deres kropsvægt eller mere i mindst et år (Wing & Phelan, 2005). National Weight Control Registry videregiver information om de strategier, som individer, der lykkedes med at vedligeholde et vægttab, bruger til at opnå og vedligeholde et langsigtet vægttab. Deltagerne rapporterer om, at de dyrker motion en time dagligt, spiser en kost med lavt kalorieindhold, lavt fedtindhold, spiser morgenmad regelmæssigt, vejer sig og opretholder et konsekvent spisemønster i både hverdage og weekender. De følges efterfølgende årligt for at registrere ændringer i deres vægt og deres spiseadfærd (Ibid.). Ifølge Køster- Rasmussen, kræver det massiv selvdisciplin at opretholde et vægttab, og da kun få er i stand til at opretholde et vægttab over længere tid, resulterer et vægttab ofte i en efterfølgende vægtøgning (Køster-Rasmussen, 2017).Wing & Phelan konkluderer, at yderligere undersøgelser er nødvendige for at kortlægge de faktorer, der er afgørende for deltageres evne til at overholde vægttabsstrategier i en lang periode i sammenhæng med et miljø, der kraftigt tilskynder til passiv overspisning og inaktiv livsstil (Wing & Phelan, 2005).

I dette speciale undersøger vi ikke effekterne af vægttabs- og livsstilstilbuddene, i forhold til vægttab eller succesfulde vægttabsinterventioner. Men vi finder det interessant, at der, ifølge Køster- Rasmussen, er så relativt lille langtidseffekt ved vægttabsinterventionerne. Her kan vores speciale bidrage til en undersøgelse af styringsrationalernes betydning for borgernes selvforståelse, og videre forskning heraf kan føre til en forståelse for styringsrationalers betydning for vægttab og vægtvedligehold.

Vanebaserede tilgange og tilgange der fokuserer på selvomsorg

Et systematisk review af interventioner, der sigter mod at øge selvomsorg i forbindelse med ændring af kostvaner, spiseadfærd, kropsvægt og kropsbillede, peger på, at overvægt og fedme er universelle sundhedsproblemer, hvor adfærdsmæssig vægtstyring ofte ikke lykkes og ej heller giver langsigtede effekter (Rahimi-Ardabili et al., 2018). Psykologiske faktorer, som blandt andet kropstilfredshed og spiseforstyrrelser, er relateret til vægtøgning. Langt størstedelen af vægttabsinterventionerne har ikke disse aspekter med i betragtning, og der har derfor været en stigende interesse for det potentiale, der kan være i selvomsorg som en ny tilgang til at fremme både fysisk og mental sundhed (Ibid.). Yoga, meditation, intuitiv spising³ og selvomsorg førte i studiet til et øget vægttab. Kostvaner, spiseadfærd og stresshåndtering blev forbedret efter et fem dages program og ligeledes efter tre måneders follow-up. Dog forbedres fysisk aktivitet og humørsvingninger ikke efter tre måneder (Ibid.). Selvomsorg resulterede i øget selvkontrol i forhold til slik og usunde fødevarer. Meditation dæmpede kropstilfredshed og bevirkede et mere positivt kropsbillede (Ibid.). Et andet studie undersøger interventioner, der anvender health at every size tilgangen⁴. Studiet konkluderer, at health at every size-baserede interventioner er effektive til at forbedre visse kardiovaskulære parametre, fx total- og LDL-kolesterol (Uljan et al., 2018). Ydermere forbedrede tilgangen deltagernes spiseadfærd, energiindtag og kostvaner, og positive fysiologiske ændringer i fysisk aktivitetsniveau samt store forbedringer i livskvalitet, stress- og depressionsniveau blev registreret (Ibid.).

³ **Intuitiv spising** handler om at spise det man har, når man har lyst til det. Det indebærer, at man lærer at kende forskel på fysisk og psykisk sult.

⁴ **Health at every size**, er en livsstil, der tilskynder til sund kost og lystbetonet fysisk aktivitet, som en måde at få det bedre på og leve længere. Her fokuserer man ikke på vægttab gennem slankekure, som vejen til at blive sund.

Vanebaserede interventioner⁵ og effekten heraf er blevet undersøgt. En systematisk gennemgang og metaanalyse, der blandt andet undersøger effekten af vanebaserede interventioner i forhold til; 1. vægtvedligehold hos voksne med overvægt og fedme og 2. andelen af deltagere, der opnår et klinisk gavnligt vægttab ($\geq 5\%$ total kropsvægttab) og vægttabsvedligeholdelse (Cleo G et al., 2019). De fandt frem til, at vanebaserede interventioner ved vægttab hos voksne med overvægt og fedme ser ud til at være af klinisk fordel. Interventionsgrupperne havde i gennemsnit tabt sig 2,5 kg, mens kontrolgruppen havde tabt sig 1,5 kg (Cleo G et al., 2019). Samtidig var interventionsgruppen 2,4 gange mere tilbøjelige til at opnå et klinisk gavnligt vægttab ($\geq 5\%$ vægttab) end kontrolgruppen. Dog konkluderer metaanalysen ikke noget om vægtvedligehold efter 12 måneders follow-up, og dette er påkrævet for at bestemme den mere langsigtede effekt af vanebaserede interventioner på langsigtet vægttabsvedligeholdelse (Ibid.).

Ovenstående forskning informerer vores undersøgelse ved at demonstrere en del af det faglige fundament, der ligger til grund for at skrive dette speciale. Studierne viser ikke, og det vides endnu ikke, hvorledes kommunale styringsrationaler er med til at forme borgernes selvforståelse, og det er i dette videnshul, vi placerer dette speciale. Vi vil argumentere for relevansen ved at skrive specialet netop nu, idet flere forskellige tilgange i højere grad vinder indpas i de kommunale vægttabs- og livsstilsforløb.

Litteratursøgning

I dette afsnit redegør vi for den litteratursøgning, der har dannet rammen for dette speciale. Vi har anvendt en systematisk tilgang i vores litteratursøgning, hvor vi har gjort brug af emneordssøgninger, søgninger på keywords samt kædesøgninger. Formålet med litteratursøgningen har været at afdække, hvorvidt eksisterende forskning og litteratur har berørt vores problemstilling samt udforske forskellige anskuelser af behandlingen af overvægt, forskning i forhold til vaneændringer i forbindelse med vægttab samt mere specifikke teorier i forhold til vores empiriindsamling.

I vores søgestrategi har vi benyttet os af en systematisk kædesøgning, hvor vi har fundet henvisninger i forskellige forskningsartikler for at dykke nærmere ned i feltet. For at undgå

⁵ **De vanebaserede interventioner** beror på kognitiv kontrol, hvor individet lærer, at vaner ændres fra intentionelle tanker om handling til automatiske processer, der udløses af almindelige signaler, såsom fx tidspunkt på dagen, placering eller anden forudgående handling.

en for snæver tilgang har vi været kritiske i vores søgeproces, idet vi har anvendt flere forskellige vinkler og anskuelser til emnerne i de forskningsartikler, vi har læst. Da vi er klar over, at kædesøgninger udelukkende bidrager med retrospektiv litteratur, har vi efterfølgende brugt emneord fra den indsamlede forskningslitteratur til videre søgning i de medicinske og samfundsvidenskabelige databaser PubMed og SCOPUS.

Vi har ligeledes udført en systematisk emnesøgning, hvor vi med udgangspunkt i vores problemformulering har fundet konkrete søgeord. Der er stor interesse i forskningen af vægttab og livsstil, hvilket afspejler sig, når man søger på de to emneord, hvor der i PubMed kommer over 40.000 forskningsartikler, hvis der kun søges på emneordet *weight loss*. Vi har derfor anvendt boolske operatører, som OR og AND, i vores søgning for at konkretisere vores søgning og blive mere målrettede i søgefeltet.

Et uddrag af vores emneord er:

- overweight, weight loss, habits, healthism, lifestyle changes, health promotion, treatment, risk

Vi har ligeledes søgt litteratur på Infomedia, Google Scholar, Tidsskrift.dk samt Bibliotek.dk.

Den litteratur, vi har anvendt i dette speciale, omfatter forskellige former for litteratur, herunder faglitteratur, forskningslitteratur, samt forskellige internetbaserede kilder, som bygger på faglige fællesskaber.

Vi benytter os derfor af forskellige forskningsartikler, en ph.d. afhandling, monografier, mediekilder samt artikler fra forskellige fagblade. Derudover har vi benyttet os af statistiske kilder samt offentlige forvaltninger, der har bidraget til at underbygge vores problemfelt.

3. Videnskabsteori

Formålet med følgende afsnit er at præsentere specialets videnskabsteoretiske rammeværk. Specialet tager afsæt i en generel opfattelse af socialkonstruktivismen, hvor det ontologiske udgangspunkt er konstruktivistisk (Egholm, 2014). Idet den socialkonstruktivistiske epistemologi tager udgangspunkt i, at viden er foranderlig (Ibid.), betragter vi den menneskelige erkendelse som socialt konstrueret og som et resultat af den kultur og det samfund, vores informanter og borgere er en del af. Erkendelsesinteresserne i dette speciale er, at analysere hvordan viden og handlemåder etableres, anvendes og forandres i samspillet

mellem den kliniske diætist og borger. Sidst i afsnittet vil vi præcisere, hvorledes vi anvender videnskabsteorien som fundament i vores interviews og observationer og som teoretisk ramme i analysen.

Specialet tager afsæt i socialkonstruktivismen. Den socialkonstruktivistiske tilgang kan ikke føres tilbage til ét udgangspunkt. Socialkonstruktivister har hentet inspiration fra både filosofien og videnssociologien, der netop diskuterer forholdet mellem den menneskelige tanke og den sociale kontekst (Bransholm Pedersen, 2012). Inden for filosofien har Immanuel Kant (1724-1804) leveret et centralt bidrag til kritikken af de positivistiske videnskabsforståelser og til udviklingen af den konstruktivistiske tilgang (Ibid.), mens der inden for videnssociologien primært bliver fokuseret på Peter L. Berger og Thomas Luckmann, som i deres bog fra 1966 "The Social Construction of Reality" opstiller en model for, hvordan virkeligheden på den ene side kan være menneskeskabt og på den anden side er afgørende for, hvordan vi ser os selv, samt hvilke muligheder vi har for handling (Ibid.). Socialkonstruktivismen baserer sig, som vi læser den, på den præmis, at objektive strukturer, som fx strukturer i samfundet, har subjektive konsekvenser. Derfor er den sociale virkelighed, vi lever i, blevet konstrueret af individuelle aktører. Alt omkring os er socialt konstrueret, og verden opfattes ud fra den sociale kontekst, som fænomenet befinder sig i (Egholm, 2014). Det er samtidig også et udtryk for, at der ikke findes én naturlig sandhed, men flere, alt afhængigt af hvilken kontekst og konstruktion fænomenet befinder sig i (Ibid.).

Det ontologiske udgangspunkt i socialkonstruktivismen er konstruktivistisk og består i, at fænomener og viden, der er om fænomenerne, skabes og virker i forhold til den kontekst, de befinder sig i. Det vil sige, at der ikke findes én sand virkelighed, og at virkeligheden er i acceleration med samfundet (Ibid.). I vores metodetilgang samt analyse vil vi anlægge et socialkonstruktivistisk perspektiv til at undersøge vores informanternes og borgernes væren i samtiden.

I dette speciale tager den socialkonstruktivistiske epistemologi udgangspunkt i, at viden altid er farvet af tid og sted og derved er foranderlig (Egholm, 2014).

Ved at anlægge et socialkonstruktivistisk perspektiv i vores undersøgelse, betragter vi den menneskelige erkendelse som socialt konstrueret og som et resultat af den kultur og det samfund, vores informanter og borgere er en del af. Alle individer producerer og reproducerer viden og en fortolkning af verden i den daglige interaktion med andre. Viden, tænkning,

handling og sprog kan fremstå og få karakter som naturlige og universelle sandheder, men denne viden er blot et produkt af samtidens kontekst (Egholm, 2014). Omvendt kan den daglige interaktion med andre ligeledes føre til, at andet eller andre opfattes som socialt uacceptabelt. I vores speciale søger vi ikke en generaliserende viden om væggtabs- og livsstilstilbuddene, og vi leder ej heller efter den endegyldige sandhed. Vi betragter ikke de forskellige tilgange til vægt og livsstil i kommunerne som sandheder, men snarere som konstruktioner af, hvad sundhed og vægt bør være.

Vores erkendelsesinteresser i dette speciale er at afdække den måde, hvorpå viden og handlemåder og de hverdagslige selvfølgeligheder, som vores informanter og borgere er en del af, når de henholdsvis underviser og deltager i de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud og hvordan de etableres, anvendes og forandres med fokus på processer frem for tilstande. Vi vil i analysen udfolde, hvad der er konstrueret og i hvilken form, det viser sig.

Virkelighedsforståelsen i socialkonstruktivismen skabes gennem sprog og begreber, og fokus er derfor mere på betydningsdannelsen, på diskurser og italesættelser, end på virkeligheden, som den er (Juul & Bransholm Pedersen, 2012). Deraf forstår vi, at selve sproget, diskursen og den viden, der er om fænomenet, er genstandsfeltet i socialkonstruktivismen, da der i denne proces skabes mening og fortolkning hos individet, som bliver til et essentielt produkt for konteksten.

I dette speciale tager vi udgangspunkt i en generel opfattelse af socialkonstruktivismen og vil anvende denne til at analysere, hvad der er konstrueret, i hvilken form det viser sig, og hvilke styringsrationaler, der gøres brug af i vores tre cases, samt hvilken indflydelse det har på borgernes subjektivering.

4. Metode

I følgende afsnit vil en beskrivelse af vores metodiske overvejelser og metodevalg fremstå. Vi ønsker således først at beskrive vores metodiske overvejelser i forhold til valget af kvalitative individuelle interviews og observationer, hvorefter valget af den tematiske analysetilgang og -strategi vil fremtræde.

Forskningsdesign

For at kunne besvare vores problemformulering, søger vi en dybdegående indsigt i, hvilke styringsrationaler der gør sig gældende i de tre kommuner, samt hvilken indflydelse dette har for borgernes subjektivering. Denne viden har vi tilegnet os gennem semistrukturerede interviews med kliniske diætister, der underviser i de tre udvalgte kommuner og bidrager som informanter i dette speciale. Ydermere har vi, for at supplere og have bedre forudsætninger for at besvare vores problemformulering, valgt at foretage deltagerobservationer i to af de tre udvalgte kommuner. Ved at kombinere interviews og deltagerobservationer øger vi kvaliteten af vores kvalitative forskningsdesign, idet vores perspektiv udvides, og vi kan navigere ud fra flere datakilder (Pedersen et al., 2018). Ud fra interviewene og observationerne bliver vi i stand til at undersøge, hvordan de kliniske diætister gennem styringsrationaler i vægttabs- og livsstilstilbuddene bidrager til en konstruktion af borgerne, samt hvilken betydning det har for borgernes subjektivering. På baggrund af dette har vi valgt et kvalitativt forskningsdesign, hvis hovedinteresse er at beskrive, fortolke, forstå og dekonstruere de empiriske fænomener, og de kvaliteter de tillægges (Juul Kristensen & Hussain, 2019).

Semistrukturerede interviews

Vi har i dette speciale valgt at benytte os af semistrukturerede interviews, idet vi har ønsket at opnå en indsigt i vores informanternes subjektive oplevelser og erfaringer med den udvikling, der har været i anskuelsen af behandlingen af overvægt samt et indblik i de styringsrationaler der gør sig gældende i de tre kommuner. Ved at benytte semistrukturerede interviews har det muliggjort interaktioner med informanterne, der er mere fleksible og dermed kan give mere nuancerede og dybdegående svar, idet det semistrukturerede format giver mulighed for at stille uddybende og afklarende spørgsmål (Poulsen, 2019). Denne kvalitative interviewmetode har givet os indsigt i vores informanternes livsverden, personlige viden og erfaring og dermed har vi taget udgangspunkt i, at vores informanter er eksperter “(...) *på den kulturelle sammenhæng, vedkommende indgår i, og på den konkrete praksis, vedkommende selv deltager i*” (Poulsen, 2019:114), hvilket vil styrke vores forskningsområde og bidrage til at kvalificere vores speciale. Vi er imidlertid bevidste om, at vi ved denne interviewmetode opnår en viden, der er socialt konstrueret i en interpersonel dynamik, som viser sig i samspillet mellem os som forskere og vores informanter (Kvale & Brinkmann, 2015).

Målgruppe

Med udgangspunkt i vores uddannelsesbaggrund som kliniske diætister, og da vi i en årrække har arbejdet i kommunalt regi, har vi en indsigt i området og et bredt kendskab til andre kliniske diætister, der arbejder med vægttabs- og livsstilstilbud på det kommunale område, hvilket har givet os en god mulighed for at kontakte og rekruttere relevante informanter. For at få et indblik i hvilke styringsrationaler, der anvendes i kommunerne, har vi valgt at rekruttere informanter, der er uddannede kliniske diætister, og som arbejder med vægttabs- og livsstilstilbud i kommunalt regi. For at belyse hvilke styringsrationaler, der gør sig gældende i kommunerne, har vi ønsket at finde kommuner, der har grebet deres vægttabs- og livsstilstilbud an på forskellige vis, idet det har kunnet give os et mere retvisende billede af de forskellige tilgange, der er i kommunerne. Vi har derfor lavet en oversigt over samtlige kommuner i Danmark, som viser hvilke kommuner, der tilbyder vægttabs- eller livsstilsforløb (Bilag 1), og på hvilken måde disse forløb er sammensat. Dette beskrives yderligere i afsnittet *Vægttabs- og livsstilsinterventioner generelt i kommuner*. Denne oversigt har, udover at give os et godt overblik over samtlige kommunale tilbud, ligeledes givet os et større indblik i de forskellige tilgange, der anvendes i kommunerne, hvilket har bidraget til, at vi har haft mulighed for at kontakte kommuner, der ud fra deres beskrivelser af deres tilbud, benytter sig af forskellige tilgange og metoder i deres undervisning af borgerne.

Inklusionskriterier

Som nævnt i ovenstående har vi haft en interesse i at lave interviews med kliniske diætister, der anvender forskellige tilgange i vægttabs- og livsstilstilbud, og vi har på baggrund af ovenstående oversigt derfor kontaktet kommuner ud fra disse kriterier:

- ❖ Kommuner der har et vægttabs- eller livsstilstilbud
- ❖ Én kommune, der arbejder med en traditionel tilgang til vægttab
- ❖ Én kommune, der arbejder med en vægtneutral tilgang til livsstilsændringer
- ❖ Én kommune, der arbejder med en vaneændrings tilgang til livsstilsændringer

Ovenstående inklusionskriterier vil give os et nuanceret billede af, hvordan de kommunale tilbud bidrager til forskellige anskuelser af behandlingen af overvægt. Ligeledes kan det give os et indblik i de forskellige styringsrationaler, kommunerne anvender.

Interviewguide

I forbindelse med udarbejdelsen af vores interviewguide (Bilag 2) har vi haft fokus på, hvordan vi har formuleret vores spørgsmål til de kliniske diætister, vi har udvalgt som informanter. Eftersom vi har haft til hensigt at interviewe fagpersoner, har vi vurderet, at det har været relevant at anvende faglige begreber og teoretiske perspektiver i vores spørgsmål, da vi måtte forvente, at vores informanter ville kende til og selv anvende disse begreber i deres arbejde (Poulsen, 2019). Vi har udformet vores interviewguide med afsæt i spørgeblokke, hvor vi har delt guiden op i forskningsspørgsmål, temaer, hovedspørgsmål samt opfølgende spørgsmål. Indledningsvis har vi udarbejdet en kort introduktion til interviewet med hvilke emner, der ville blive berørt. Emnerne i interviewene har blandt andet handlet om kommunale overvægtsstrategier, inklusionskriterier, indhold i væggtabs- og livsstilstilbuddene, succeskriterier og barrierer for borgerne i forbindelse med deres væggtab og livsstilsændringer. Ligeledes har vi afslutningsvist afrundet hvert interview med at give informanten mulighed for at komme med yderligere kommentarer, som vedkommende eventuelt kunne tænke ville bidrage yderligere til emnet (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi har lavet interviews med tre informanter, der alle kommer med forskellige bidrag til at arbejde med overvægt og livsstilsændringer. Det har derfor været nødvendigt at tilpasse vores interviewguide, alt efter hvilken type informant, vi skulle interviewe for at få så informativ en samtale som muligt. I afsnittet *Præsentation af informanter og kommuner* vil en præcisering af cases og informanter fremstå med en uddybning af, hvorfor netop de er udvalgte og relevante for besvarelsen af vores problemformulering.

Gennemførelse af interviews

For at imødekomme vores informanters ønsker og muligheder i en travl arbejdsdag, har vi valgt at lade dem bestemme, på hvilken måde vores interviews skulle foregå. Dette har derfor resulteret i, at interviewene har fundet sted på forskellige måder. Vi har foretaget:

- To fysiske interviews
- Et online interview over en videoforbindelse

Vi har været bevidste om hvilke muligheder og risici, der kan opstå ved de forskellige måder at foretage vores interviews på, og vi har derfor valgt, at vi begge var til stede ved alle interviewene. Der har været en klar rollefordeling, hvor der var én primær interviewer, mens

den anden var observant i forhold til kropssprog og følelsesudtryk og samtidig havde mulighed for at stille supplerende spørgsmål til informanten. Interviewene blev foretaget med udgangspunkt i vores interviewguide, hvor vi har været interesserede i vores informanternes oplevelser og erfaringer i forhold til problemfeltet, og vi har derfor været omhyggelige med at informere om specialets formål og informanternes mulighed for at trække deres samtykke tilbage, således at de ikke var i tvivl om præmisserne for interviewet. Interviewene er foretaget før observationerne, hvilket bidrager til, at vi som forskere forinden observationerne havde indsigt i informanternes perspektiver, og samtidig var der skabt en fortrolighed mellem os og informanterne, hvilket vi anser som en styrke. En mulig svaghed ved at interviewe først, kan være risikoen for at få standardiserede svar, idet observationerne kan skabe grundlag for at stille kvalificerede og uddybende spørgsmål (Pedersen, 2018).

Transskribering

Alle vores interviews er blevet optaget og opbevaret som en lydfil til videre tekstbehandling. Vi har efterfølgende transskriberet vores interviews for overskuelighed i forhold til efterbearbejdelse og kodning til brug i vores analyse. I vores transskribering har vi undladt en del fyldord og sætninger som “åh”, “øh” og dobbeltord, hvor informanten tænker, og derfor siger det samme ord mange gange. Nogle steder er disse ord dog medtaget i transskriberingen, såfremt vi har vurderet, at det har haft en betydning for citatet. Det er imidlertid en væsentlig pointe, at vi grundet vores forskningsformål har vurderet, at en meget tæt sproglig analyse ikke ligger indenfor det område, vi undersøger (Poulsen, 2019). I transskriberingen har vi kaldt os selv for Interviewer og Observant, og vores navne er nævnt, hvis informanten har nævnt dem. Vores informanter er anonyme og har i transskriberingerne fået pseudonymerne Anna, Carla og Dicte. Transskriberingerne af interviewene kan ses i Bilag 3, 4 og 5.

Deltagerobservationer

For at kunne besvare den sidste del af vores problemformulering og dermed opnå indsigt i, hvorledes undervisningen kan have indflydelse på borgernes subjektivering, har vi valgt at inddrage observationer som en del af vores empiri. Observationerne skal bidrage til en analyse af, hvorledes borgerne agerer i virkelighedsnære situationer og her tænker vi i det rum, hvor undervisningen foregår. Ved at lave observationer kan man, ud over den menneskelige ageren, få et indblik i det kropslige samspil, der kan opstå mellem mennesker. Aspekter som andre dataindsamlingsmetoder som fx interviewet ikke kan bidrage med

(Pedersen et al., 2018). I vores speciale vil vi bruge observationer som et design og ikke som en teknik forstået på den måde, at det ikke kommer til at have høj grad af teknik, struktur og kontrol fra vores side af (Ibid.). Vi ønsker at "træde ind" i den sociale kontekst, hvor handlingerne foregår, og afdække den mening, der skabes af deltagerne i felten. I vores observationer deltog vi ikke selv på lige fod med de andre deltagere, men forholdt os tilbagetrukne, dog ikke passive. Dette valg traf vi, idet det var essentielt for os at observere deltagerens interaktion med de kliniske diætister og vi ville ikke risikere at påvirke denne dynamik mere end højst nødvendigt. Vi er dog bevidste om, at vi, med vores blotte tilstedeværelse, er medvirkende til at påvirke og skabe dynamikken i undervisningen, hvilket vi har ekspliciteret i afsnittene *Etik og Forskerposition*. Vi foretog observationer på tre undervisningshold i Kommune 1 og to undervisningshold i Kommune 2.

Observationsskema

Forinden observationerne, har vi udarbejdet et observationsskema (Bilag 6), hvor vi har valgt at have fokus på temaer og fortolkningen af temaer der vedrører: *sted, elementer på stedet, undervisningsmateriale, borgernes engagement, hvordan tager borgerne imod undervisningen, interaktion, citater fra borgerne, underviserens udstråling, formidling og magtforhold*. Grundet specialets tidsmæssige begrænsninger, har vi været specifikke i forhold til relevante temaer og hurtigt bevæget os ind i den elaborative fase med mere fokuserede deltagerobservationer (Jonasson, 2018). Omend har dette dog ikke været til hinder for, at vi også har været eksplorative i vores tilgang, således at vi har haft mulighed for at forfølge uventede emner og problemstillinger (Ibid.). Under selve observationerne tog vi righoldige feltnoter, der sammen med de transskriberede interviews har dannet baggrund for vores analyse.

Kommuner som cases

I den indledende fase af vores arbejde med dette speciale fandt vi det relevant at udvælge kommuner, som skulle fungere som overordnede cases i forbindelse med generering af empiri. I den forbindelse, men også i forhold til vores egen læring og indsigt, valgte vi at lave en screening af landets 98 kommuner og deres væggtabs- og livsstilstilbud (Bilag 1). Det har ikke været vores hensigt eller ønske at lave et casestudie som analysetilgang, men de udvalgte kommuner fungerer som eksempler på den praktiske verden og agerer informanter i forbindelse med interviews og deltagerobservationer. Derfor har det været relevant for os at

gøre os refleksioner angående valg af cases. I forbindelse hermed, har vi valgt at lade os inspirere af Bent Flyvbjergs pointer i forhold til valgstrategier for udvalg af cases (Flyvbjerg, 2009). Her har vi som inklusionskriterier for vores cases benyttet os af en informationsorienteret udvælgelse, som beror på cases, der kan byde ind med informativ nytteværdi og deres forventede informationsindhold (Ibid.). Flyvbjerg skelner mellem fire former for informationsorienteret udvælgelse, hvoraf vi har valgt at lægge *maksimalt varierede cases* til grund for vores udvælgelse, som i dette speciale skal tilbyde en mulighed for indsigt i betydningen af forskellige omstændigheder (ibid.). De forskellige omstændigheder tolker vi og vil i dette speciale anvende til at analysere den betydning de forskellige kommunale tilgange kan have til vægttabs- og livsstilstilbud og hvordan dette afspejler sig i mødet med borgeren. På baggrund af ovenstående har det været interessant for os at udvælge tre kommuner, der ikke i den umiddelbare beskrivelse lægger sig op af hinanden i deres teoretiske tilgang og undervisningsmetode, og dermed hver især kan byde ind med forskellige vinkler på vores problemfelt. På den baggrund giver det os en mulighed for at få indsigt i, hvilke styringsrationaler der gør sig gældende i de enkelte kommuner, og hvordan dette på forskellige måder kan påvirke borgernes subjektivering.

Etik

I vores overvejelser om etiske problemstillinger i forbindelse med vores speciale har vi haft særligt fokus på, hvilket formål etiske overvejelser har. Ifølge Kristensen (2019) har etiske overvejelser til formål “(...) *at skabe fagligt velfunderede opgaver og forskning, samtidig med at der ikke forvoldes unødigt ulempe eller skade.*” (Kristensen, 2019:77). Vi har derfor i vores interviews og observationer været opmærksomme på vores egne positioner i forhold til vores informanternes positioner. Årsagen til den særlige opmærksomhed i dette forum er, at vores faglighed, som kliniske diætister, kan påvirke vores informanternes svar i vores interviews samt deres måde at agere på i undervisningsøjemed. Vi har derfor forsøgt at sikre, at vores informanter har følt sig trygge i samtalen, og dermed også har kunnet udtrykke deres holdninger uden at skulle leve op til et fagligt korrekt svar.

Vi har ligeledes haft visse overvejelser om vores observationer, hvor vi er klar over, at det kan være en sårbar målgruppe, idet mange personer med overvægt har oplevet stigmatisering i negativ forstand og ligeledes har haft en historik med selvhad og selvbebrejdelse i forhold til deres overvægt. Dette kræver særlige hensyn i vores deltagelse, og vi har på den baggrund

fravalgt observationer med video- og lydoptagelser og udelukkende valgt deltagerobservation for at sikre så få forstyrrende og utrygge elementer som muligt.

Vi har derudover haft overvejelser om at inddrage Kommune 2 som case, da vi begge er bosiddende i kommunen. Overvejelserne her handler om, at der kan være en vis sandsynlighed for, at vi fremadrettet kan møde deltagerne på kurset i andre sammenhænge. Vi har derfor valgt at fremhæve over for deltagerne, at vi bor i kommunen og at deres anonymitet ligeledes vil være gældende, hvis de efterfølgende møder os i andre fora.

For at imødekomme vores etiske overvejelser og forberede vores informanter bedst muligt, har vi udarbejdet en etisk protokol (Bilag 7), hvor vi beskriver, hvordan vi vil arbejde med vores interviews og deltagerobservationer. Det er ud fra den etiske protokol, at vi har udarbejdet deltagerinformation til både informanterne i vores interviews, samt de borgere vi observerer i vores feltarbejde (Bilag 8). Her har vi informeret deltagerne om specialets formål, samt hvilke fordele og ulemper der kunne være ved at deltage i specialet. Vi har her været opmærksomme på at tilpasse informationen om vores formål med specialet, så vi ikke har været meget specifikke om vores formål men været åbne over for, hvor vores empiri ville føre os hen. Det har vi gjort for at undgå, at deltagerne har kunnet tilpasse deres adfærd og udsagn efter, hvad de kunne forvente, vi gerne vil høre (Kristiansen, 2018).

Vi har ligeledes udarbejdet en samtykkeerklæring både til informanterne i vores interviews og til de borgere, der observeres i vores feltarbejde (Bilag 9). I interviewene har vi tydeliggjort informanternes rettigheder i forbindelse med deltagelse, at samtalen i interviewene blev optaget og at de til enhver tid kunne stoppe interviewet og trække deres samtykke tilbage, hvis de skulle fortryde deres deltagelse. I deltagerobservationerne har vi gjort det tydeligt for deltagerne, at de skal acceptere vores tilstedeværelse, at de er anonyme og at vi må bruge vores observationer i forbindelse med specialet. Ifølge Kristensen (2019) er "*Samtykket ikke kun baseret på indsigt, men også på tillid*" (Kristensen, 2019:86), hvilket vi har forsøgt at imødekomme i både vores interviews og gennem vores deltagerobservationer ved at være anerkendende, nærværende og forstående over for vores informanternes oplevelser.

Kvalitetskriterier

Vi har, som nævnt tidligere, valgt at kombinere to metoder; semistrukturerede interviews og deltagerobservationer. Ved at kombinere forskellige metoder, bliver det muligt for os at fremføre mere velbegrundede argumenter, end hvis empirien kun er indsamlet ved en enkelt metode (Pedersen, 2018). Forskellige tolkninger af det samme empiriske materiale skal

forstås som en styrke og ikke en svaghed og vi er derfor i stand til at validere vores teoretiske fortolkning i forhold til flere parametre og dermed styrke vores argumenters gyldighed (Ibid.). Samtidig giver det os en mulighed for at lade interviewene konfronteres af observationerne og omvendt. Vi har ligeledes tilstræbt konsistens mellem vores socialkonstruktivistiske afsæt samt vores teori og metode med det formål at sikre en konsistent helhed i specialet. Vi mener, at disse kriterier er med til at øge kvaliteten af specialet.

Analysestrategi

Forud for analysen har vi, på baggrund af forskningsspørgsmålets, interviewmaterialets og observationernes karakter, fulgt en tematisk analysestrategi. I interviewene har vi arbejdet ud fra fem trin (Kvale & Brinkmann, 2015). Først har informanterne spontant fortalt os om oplevelser og erfaringer i forhold til vores problemfelt (1). De har selv opdaget nye strukturer eller meninger med det, de foretager sig, på baggrund af deres egne beskrivelser (2). Under interviewet har vi kondenseret deres udsagn og ved behov "sendt meningen tilbage", for at være sikker på, hvad informanterne mente. Dernæst har vi transskriberet interviewene (4). Slutteligt har vi spurgt vores informanter, om vi ved behov måtte kontakte dem igen med henblik på geninterview (5).

Vi startede med at gennemlæse alle interviews og observationsnotater. Dernæst kodede vi tekstpassager og nøgleord for at få et overblik over empirien. Herefter blev transskriberingerne og observationsnotaterne kodet over flere gange, hvor vi kom frem til 19 koder (Bilag 11). På tværs af koderne opstod der fem temaer: *Styringsrationaler- en forventning om hårdt arbejde?*, *Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne*, *Mangelfulde tilbud - et behov for nye styringsrationaler*, *Borgerne bliver centrum i diverse modpoler* og *Styring af borgernes ønsker og behov*. Disse temaer vil vi anvende i analysen, hvor vi inddrager Michel Foucaults begreber om magtudøvelse, biomagt, selvteknologier, subjektivering og governmentality som teoretisk fundament til at belyse vores interesse i, hvilke styringsrationaler der gør sig gældende samt hvilken betydning det har for borgernes subjektivering. Foucaults subjektiveringsbegreb skal bidrage med en teoretisk ramme til at undersøge, hvordan borgerne bliver formet og dannet gennem sociale og magtrelaterede processer i styringsrationalerne i kommunerne. Begrebet selvteknologier vil give os en forståelse for, hvordan borgerne aktivt engagerer sig i

praksisser og strategier for selvoptimering i forhold til krop, tanker og følelser for at opnå visse normative eller ønskede mål. Foucaults to magtbegreber; governmentality og biomagt, bidrager til en analyse af, på hvilken måde magten får borgerne til at *ville* noget. De afdækker ligeledes, hvordan viden er afgørende for udformningen af politikker og praksisser, og hvorledes dette bliver mobiliseret og brugt i styringsrationalerne i kommunerne, som dermed kan have indflydelse på individets adfærd og valgmuligheder samt disciplineringen af borgerne til at være lydige og føjelige kroppe. Vi har valgt at dele analysen i to dele (analysedel 1 og analysedel 2), idet vores problemformulering er to-sporet. Analysedel 1 har primært fokus på den første del af problemformuleringen og er opdelt i tre temaer: *Styringsrationaler- en forventning om hårdt arbejde?*, *Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne* og *Mangelfulde tilbud - et behov for nye styringsrationaler*. Analysedel 2 har primært fokus på anden del af problemformuleringen og er opdelt i to temaer: *Borgerne bliver centrum i diverse modpoler* og *Styring af borgernes ønsker og behov*. Vi har i analysen valgt at integrere interviews og observationer, så de ikke optræder adskilte. Ved at anvende denne optik på vores empiri, får vi mulighed for at koble empirien fra interviewene til vores observationsnotater og undersøge, hvorledes informanternes udsagn fremtræder i praksis i observationerne. Empirien, der anvendes i analysen, præsenteres i følgende afsnit.

5. Præsentation af informanter og kommuner

I dette afsnit vil vi introducere vores tre informanter og de kommunale cases, vi har undersøgt. Anna fungerer som klinisk diætist i Kommune 1, Carla i Kommune 2 og Dicte er klinisk diætist i Kommune 3. Afslutningsvis vil vi præsentere en generel oversigt over alle kommunale vægttabs- og livsstilstilbud i Danmark.

Anna

Anna er uddannet klinisk diætist i 2005 og har siden 2008 varetaget vægttabs- og livsstilstilbuddet i Kommune 1. Ud over arbejdet i Kommune 1 arbejder hun som privatpraktiserende klinisk diætist, og hun har derfor et bredt repertoire indenfor ernæring, som hun vejleder ud fra. I arbejdet i Kommune 1 planlægger hun selv indholdet i forløbet, og tilrettelægger det ud fra et teoretisk fundament, der baserer sig på *The Diabetes Prevention Program*. Vi vil længere nede i afsnittet tydeliggøre, hvad dette program er funderet på.

Kommune 1

I Kommune 1 kører holdene over otte undervisningsgange. Der er undervisning halvanden time hver uge i syv uger, og efter to måneder er der opfølgning. Emnerne i undervisningen er:

Biokemi og igangsætning af kostplaner, mindfulness og blodsukker, biokemi i forhold til fedtforbrænding, gennemgang af blodprøver, kropsscanning og antiinflammatorisk kost.

Hvis borgeren ønsker det, følges kostvejledningsholdene op af et opfølgningshold, hvor man efterfølgende mødes én gang om måneden. Her er emnerne:

Insulinresistens, omsætning af kulhydrat, hvorfor falder jeg i?, undervisning om afhængighed, vaner og hjernens følelsesmæssige regulering, antiinflammatorisk kost, blodprøver og vitamin/mineralmangel samt tilskud heraf, planlægningen af sommeren og dens udfordringer, op på hesten igen og biokemi opfrisker, søvn, mad og vægt, tarm, mad og vægt og plan for julen.

Kurset lægger op til, at deltagerne skal blive sundere. Det er ikke en kur, men en livsstilsændring. Der er ligeledes fokus på vaner og vaneændring, og deltagerne får også adgang til en hjemmeside med opskrifter, gode råd m.m. Deltagerne bliver vejlet hver gang. Inklusionskriterierne i tilbuddet er:

- BMI >30
- Være indstillet på at spise mindst 300 g grøntsager om dagen
- Parathed til at træne tre gange om ugen

Det teoretiske fundament i Kommune 1

I Kommune 1 arbejdes der med kostvejledning og vægttab ud fra principperne fra *The National Diabetes Prevention Program* (herefter NDPP), som er et partnerskab mellem offentlige og private organisationer, der arbejder sammen om at forebygge eller forsinke udviklingen af type 2 diabetes (Centers for Disease Control and Prevention, u.å.-b).

Forskningen bag programmet beror på et klinisk randomiseret forskningsstudie, som er udført på 27 kliniske centre i USA fra 1996 til 2001. Forsøget omfattede 3.234 deltagere med enten høj risiko for diabetes, kvinder med svangerskabsdiabetes eller familiært betinget risiko

(National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, u.å.-b). Resultaterne fra undersøgelsen viste, at deltagerne tabte fem til syv procent af deres kropsvægt, samt at voksne med høj risiko for diabetes reducerede deres risiko for at udvikle sygdommen med 5 (Centers for Disease Control and Prevention, u.å.-a) Intervention i NDPP indeholder et livsstilsændring program, der har fokus på kaloriereduktion og fysisk aktivitet på mindst 150 minutter om ugen (Ibid.) Livsstilsinterventionen strækker sig henover et år og i de første seks måneder skal deltagerne møde hver uge i en time til undervisning af en livsstils coach, der er specialuddannet til at lede kurset. Deltagerne bliver blandt andet undervist i sund mad, fysisk aktivitet og stress (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, u.å.-a).

Hvorfor er Kommune 1 relevant?

Interessen for Kommune 1 udsprang i første omgang af, at vi kunne læse i deres inklusionskriterier, at et af kravene for deltagelse er at spise mindst 300 g grøntsager dagligt. Vi blev ligeledes nysgerrige på det teoretiske fundament, som ikke i udgangspunktet lagde op til at beskæftige sig med fx vaneændringer. Derimod fik vi her indtryk af en mere biomedicinsk tilgang. På baggrund af dette blev vi nysgerrige på, hvilke sundhedsdiskurser dette forløb var bygget på. Dernæst fandt vi det blandt andet relevant at undersøge, hvorledes borgerne disciplineres af ydre kontrol til fx at spise mindst 300 g grøntsager dagligt med det formål at blive i stand til at styre sig selv i form af indre kontrol og selvteknologier.

Carla

Carla er uddannet klinisk diætist i 2005. Hun har arbejdet på forskellige projekter som klinisk diætist og boet i udlandet, inden hun i 2014 blev ansat i Kommune 2. Carla har ligeledes uddannet sig inden for yoga og mindfulness, og især mindfulness bruger hun i sit arbejde med livsstilsholdet. Carla har en stor interesse i at arbejde mere med vægtneutral sundhed, hvor sund kost, mental sundhed samt kropsbevidsthed og bevægelse skal bidrage til et sundere liv uden fokus på vægten. Hun har derfor netop været på kursus i vægtneutral sundhed, og hun arbejder på at få det implementeret i kommunens livsstilstilbud.

Kommune 2

Tilbuddet består af et 12 ugers forløb, hvor der fokuseres på en kombination af fysisk aktivitet, mental træning, kostvejledning og madlavning. Der er efterfølgende en opfølgning efter tre, seks og ni måneder, for at sikre støtte til borgerne efter forløbets ophør.

I løbet af de første 12 uger er der én ugentlig mødegang à to timer, hvor der først er en times fysisk træning med en fysioterapeut og dernæst en times undervisning ved en klinisk diætist. Forløbet foregår primært udendørs med mulighed for at gå ind, hvis vejret ikke tillader udendørs aktivitet.

Inklusionskriterierne for at deltage i livsstilstilbuddet er:

- BMI >30 eller BMI >27 med yderligere følgetilstand til overvægt (forhøjet blodtryk, hyperglykæmi eller dyslipidæmi)
- Bosiddende i kommunen
- Være motiveret og kan svare ja til at ville spise grøntsager, dyrke motion tre gange ugentligt samt være åben for mental træning

Det teoretiske fundament i Kommune 2

I Kommune 2 vil man fremadrettet arbejde med en vægtneutral tilgang til sundhed. Den vægtneutrale tilgang udspringer fra den amerikanske bevægelse *“Health at every size”*, der beskæftiger sig med at udvikle alternativer til den vægt-centrerede tilgang, mennesker med overvægt mødes med (ASDAH, u.å.). Tilgangen bygger på en holistisk tilgang til sundhed, hvor sundhed ikke udelukkende karakteriseres ved fraværet af fysisk eller mental sundhed. Derimod anses sundhed for at være individuel og kan variere alt efter tid og omstændigheder for individet (Vægtneutral sundhed, u.å.). Overordnet arbejder det vægtneutrale sundhedsbegreb med tre temaer: *intuitiv spisning*, *nydelsesfuld bevægelse* og *kropsaccept*, som alle skal bidrage til en øget selvomsorg hos borgerne (Ibid.), og som handler om, at man skal udvise respekt for forskelligheder, herunder forskellige kropsformer, arbejde på at “afskaffe” vægtdiskriminering samt vægtstigmatisering, bidrage til at skabe et velbalanceret spisemønster, hvor der er fokus på sult, mæthed, næringsbehov og nydelse, samt opfordre mennesker til bevægelse, som de nyder og har lyst til. Den vægtneutrale tilgang argumenterer for, at menneskers sundhedstilstand ikke nødvendigvis skal forbindes med deres vægt, hvorfor en sund livsstil med meningsfulde vaner i højere grad bidrager positivt til den enkeltes sundhedstilstand. Argumentet for at anvende den vægtneutrale tilgang er, at der kan være store både fysiologiske og psykologiske konsekvenser ved dels at have en yoyo vægt, men også at have overdrevne tanker om mad samt den stigmatisering og udskamning, mange mennesker med overvægt oplever (Ibid.).

Hvorfor er Kommune 2 relevant?

Denne kommune har gennem en årrække udviklet på deres vægttabstilbud, idet de har ønsket et større fokus på mental sundhed, frem for fokus på vægttab, som mål. De arbejder henimod at have en vægtneutral tilgang i deres forløb, hvor fokus i højere grad bygger på en mere helhedsorienteret tilgang til sundhed, og hvor fokus på vægt fjernes. På baggrund af dette er vi nysgerrige på, hvordan man i praksis arbejder med det, når der fortsat er kriterier for deltagelse på kurserne, der handler om vægt. Vi er ligeledes nysgerrige på, hvordan Kommune 2 navigerer i de sundhedsdiskurser om vægt, som de forsøger at fjerne fokus fra ved at anvende en vægtneutral tilgang, samt hvilken betydning dette har for borgernes subjektivering.

Vi er på baggrund af ovenstående interesserede i at undersøge og anvende Kommune 2 som et eksempel på, hvor man forsøger at ændre fokus på vægttab og i stedet arbejde med andre faktorer for sundhed.

Dicte

Dicte er uddannet klinisk diætist i 2015, og siden da har hun både arbejdet i privat praksis og i de seneste otte år som kommunal diætist i Kommune 3, hvor hun blandt andet har undervist adskillige borgere på kommunens livsstilstilbud. Dicte er uddannet VaneCoach, hvilket er et kursus, der har fokus på motivation og vaneændringer. Dicte har en stor faglig interesse i at udvikle livsstilstilbuddet i en mere vægtneutral og vanebaseret retning, men argumenterer dog for vægt og målinger i konsultationerne med borgerne, blandt andet fordi målingerne fungerer som et parameter, hun kan bruge som dokumentation i evalueringerne og dermed sende retur til de politiske beslutningstagere i kommunen, som så skal forholde sig til, om indsatsen virker eller om pengene skal prioriteres anderledes.

Kommune 3

Tilbuddet løber over et halvt år med aktiviteter i hold en til to gange ugentligt over de første tre måneder. Herefter mødes deltagerne en gang om måneden med det formål at træne det at stå på egne ben med den nye livsstil. Undervisningen veksler mellem oplæg, øvelser og workshops. Der er tre individuelle samtaler med diætisten samt fysisk træning og tests ved fysioterapeut.

Inklusionskriterierne for at deltage i livsstilstilbuddet er:

- Bosiddende i kommunen
- BMI >25
- Deltagelse i dagtimerne
- Være i stand til at læse og forstå dansk
- Være i stand til at transportere sig til tilbuddet

Det teoretiske fundament i Kommune 3:

I Kommune 3 arbejdes ud fra en vanebaseret tilgang. Som nævnt tidligere er Dicte uddannet VaneCoach. Uddannelsen er baseret på en coachingmodel, der er tilpasset de særlige udfordringer, man kan møde, når man arbejder med livsstil. Modellen indledes med, at borgeren sætter sig en overordnet målsætning. Herefter følger fem trin:

- Vanemål
- Forhindringer
- Motivation
- Bryd forhindringer
- Commitment og Relapse Management (tilbagefald)

Til at begynde med sætter borgeren sig et overordnet mål for udbytte af deltagelse i vægttabs- og livsstilstilbuddet. For hver mødegang med den kliniske diætist sættes en målsætning for, hvilken vane eller handling de vil arbejde med til den konkrete mødegang. Dernæst identificeres forhindringer for udførelse af vanemålet. Borgeren motiveres ved at spørge i dybden og i bredden samt ved at spørge ind til konsekvenser ved nuværende adfærd og positive gevinster ved at ændre adfærd. Formålet er at bryde de identificerede forhindringer. Femte og sidste trin handler om at få borgeren til at forpligte sig til at handle, men samtidig forberede borgeren på mulige tilbagefald, samt lave en plan herfor.

Formålet med modellen er at hjælpe klienten med at bryde de vaner, der er årsagen til klientens udfordringer.

I Kommune 3 bruger Dicte modellen i de individuelle samtaler med borgerne.

Når Dicte underviser borgerne på hold, benytter hun sig af de øvelser, der er koblet op på VaneCoach modellen, og hun tager relevante fragmenter ud og underviser blandt andet i emner som:

- Vanens natur
- Kortlægning af deltagernes dag med henblik på tidsoptimering
- Intuitiv spisning
- Følelsesmæssig spisning
- Dikotomisk tænkning:
Sort/hvid tænkning angående fødevarer. En tænkning der beror på, at fødevarer deles ind i sund/usund eller fx enten at spise rigtig meget slik modsat slet ikke spise noget
- Portionsstørrelse og anretning af tallerkenen
- Indkøb og de strukturelle vilkår i samfundet
- Søvnens betydning
- Affortryllelse af fødevarer:
Hvis en borger elsker bestemte fødevarer, men det samtidig er noget, der ønskes begrænset, arbejdes der med, om denne fødevarer reelt er så lækker, som borgeren har en forestilling om.

Hvorfor er Kommune 3 relevant?

I Kommune 3 har den kliniske diætist i mange år arbejdet ud fra en biomedicinsk tilgang med fokus på undervisning blandt andet i makronæringsstoffer, kalorier og fokus på vægt og målinger. Efterfølgende har den kliniske diætist uddannet sig til VaneCoach, hvilket har betydet en ændring i tilgangen til undervisningen. Dog fastholdes vejning af borgerne samt måling af talje. Dels fordi borgerne efterspørger det, og dels fordi det gør den kliniske diætist i stand til at rapportere effekt af tilbuddet tilbage til de politiske beslutningstagere. Kommune 3 tilbyder os et perspektiv, der ligger mellem Kommune 1 og Kommune 2, idet der her på den ene side arbejdes væk fra det biomedicinske syn, men samtidig fastholdes vægt og taljemåling. Af tidsmæssige og praktiske årsager i Kommune 3 var det desværre ikke her en mulighed for os at lave deltagerobservationer, hvilket betyder, at Dices udsagn i interviewet ikke har kunnet understøttes med deltagerobservationer af samspillet med Dicitte og borgerne. Det har derfor udfordret en mere grundig analyse af subjektivering af borgerne i Kommune 3.

Samlet set byder de tre kommuner ind med forskellige bud på styringsrationaler. Vi har som nævnt tidligere benyttet os af en informationsorienteret udvælgelse, som beror på cases, der kan byde ind med informativ nytteværdi og deres forventede informationsindhold (Flyvbjerg,

2009). På baggrund af dette har vi valgt tre kommuner, der ikke i den umiddelbare beskrivelse lægger sig op af hinanden i deres teoretiske tilgang og undervisningsmetode, og dermed kan de hver især byde ind med forskellige vinkler på vores problemfelt.

I det kommende afsnit vil vi belyse en generel beskrivelse af de kommunale vægttabs- og livsstilstilbud, idet dette har dannet baggrund for vores valg af cases.

Vægttabs- og livsstilsinterventioner generelt i kommuner

For at danne os et overblik over hvilke kommuner, der tilbyder vægttabs- og livsstilsforløb til deres borgere, har vi udarbejdet et skema (se bilag 1), hvor samtlige kommuner, via sundhed.dk samt kommunernes egne hjemmesider, er gennemgået med henblik på at afdække:

- Om de har et vægttabs- eller livsstilstilbud
- Hvilken form for tilbud, de har
- Hvilke kriterier de opstiller for at kunne deltage i forløbene

Vores søgning har vist os, at 66 ud af landets 98 kommuner har et vægttabs- eller livsstilstilbud til deres borgere. Når vi ser på, hvordan kommunerne har sammensat deres tilbud, er der en vis variation i forhold til indhold og varighed. Indholdet spænder mellem individuelle forløb og samtaler med kostvejledere eller kliniske diætister, hvor der er fokus på motivation og kostomlægning, til forskellige gruppeforløb, hvor der blandt andet er fokus på undervisning i makronæringsstoffer, vane- og adfærdsændringer, ligevægt, mental sundhed, som søvn og stress, samt fysisk bevægelse. Der er også forskel på inklusionskriterierne i kommunerne, hvor de fleste kommuner kræver, at borgerne har et BMI >30, er der nogle enkelte kommuner, hvor BMI skal være >25 og andre, hvor BMI skal være >35. Samtidig kræver knap halvdelen af kommunerne, at borgerne skal have en henvisning fra deres egen læge for at kunne deltage i et vægttabs- eller livsstilsforløb. Otte kommuner anvender ikke vægt som et inklusionskrav, men angiver i stedet, at der skal være et ønske om hjælp til livsstilsændringer og at mindske tanker om mad og krop. Oversigten over kommunerne har bidraget til hvilke kommuner, der kunne være interessante for os at interviewe i forhold til vores problemformulering, således vi fik nogle forskellige bud på, hvilke styringsrationaler kommunerne anvender i forbindelse med deres tilbud til borgerne. Derudover har oversigten

også bidraget til udformningen af vores interviewguide, hvor de forskellige variationer af tilbuddene ligeledes har inspireret os til at spørge vores informanter om deres overvejelser om forskellige tilgange.

Vi er bevidste om, at vi med screeningen af de 98 kommuner og vores problemformulering bevæger os i et krydsfelt, idet screeningen har både fordele og ulemper. På den ene side bidrager den med en solid forhåndsviden, men samtidig risikerer vi at blive influeret af det, vi læser heraf. Vi vil i analysen lade vores empiriske data styre og vise os hvilke styringsrationaler, der reelt gør sig gældende i kommunerne, og hvilken indflydelse det har for borgernes subjektivering.

6. Teori

I det kommende afsnit vil vi fremføre det teoretiske grundlag for specialet. Vi vil udforske Michel Foucaults begreber om selvteknologier, subjektivering, magtudøvelse, biomagt og governmentality. Afslutningsvis vil vi præsentere vores fortolkning af disse begreber og vores tilgang til at anvende dem i analysen.

Selvteknologier

Ifølge Foucault er der forskellige måder, hvorpå mennesket producerer viden om sig selv og også forskellige teknologier, som mennesker benytter til at forstå sig selv (Foucault, 1988). Teknologierne udgør vores kontekst og er af fire typer; produktionsteknologier, tegnsystemernes teknologier, magtteknologierne og selvteknologierne (ibid.). Alle fire teknologier fungerer næsten aldrig adskilt, selvom de hver især er forbundet med en vis type magtudøvelse. De omfatter alle metoder til at danne og forandre individer for at få dem til at skaffe sig nogle færdigheder, men også for at få dem til at tilegne sig nogle holdninger (Ibid.). Som eksempel på disse magtteknologier ser vi de kommunale vægttabs- og livsstilstilbud, som alle har et bestemt mål om at lede deltageren i en bestemt sundhedsretning. På den måde, kan kurset forstås som en magtteknologi, der fører til selvteknologier, som borgerne gør brug af. Foucault benytter sig af begrebet selvteknologier til at forklare den måde, hvorpå individet kontrollerer sin egen krop eller lader andre kontrollere med det formål at ændre på sig selv eller transformere sig selv til noget andet og bedre:

” ... technologies of the self, which permit individuals to effect by their own means or with the help of others a certain number of operations on their own bodies and souls, thoughts, conduct, and way of being, so as to transform themselves in order to attain a certain state of happiness, purity, wisdom, perfection, or immortality”

(Foucault, 1988:18)

Selvteknologier skal forstås som et resultat af et omfattende arbejde, som dels stammer fra processer udenfor individet, og dels fra individets arbejde på sig selv, da selvets arbejde på sig selv altid udløses af krav og omstændigheder (Eliassen, 2021). Et eksempel på en selvteknologi kan fx være et af rationalerne bag inklusionen i et af væggtabs- og livsstilstilbuddene, som beror på, at borgerne skal være i stand til at spise 300 g grøntsager dagligt. Et andet eksempel, der relaterer sig til vores cases, kunne være kravet om parathed til at træne tre gange om ugen. Vi vil i dette speciale bruge begrebet selvteknologier til at undersøge, om borgerne i vores cases bliver styret af de gældende sundhedsdiskurser med henblik på at kunne styre sig selv, og dermed analysere, hvordan ydre kontrol bliver til indre kontrol.

Subjektivering

Foucault har gennem sit arbejde haft en særlig interesse i, hvordan individer, gennem en kontinuerlig og konstant proces, formes til bevidste og handlende subjekter gennem kulturelle, sociale og politiske normer. Dermed mener Foucault, at individer internaliserer og identificerer sig med de normer, værdier og diskurser, der eksisterer i samfundet.

Ifølge Foucault sker der en objektivisering af individer, for at de kan formes til subjekter og dermed blive genstand for subjektivering. Hans arbejde har bestået i at identificere tre former for objektivisering af individer, der gør dem til subjekter. Det talende subjekt, det arbejdende subjekt og det levende subjekt, hvorunder filologi, lingvistik, økonomi, naturhistorie og biologi har indflydelse på objektiviseringen (Foucault, 1982).

Ifølge Foucault er der to årsager til, at individet subjektiveres, idet individet på den ene side formes som subjekt gennem kontrol og afhængighed, mens det på den anden side formes som subjekt gennem sin egen identitet, gennem samvittighed eller selverkendelse (Foucault, 1982). Med dette mener Foucault, at der ligger en dobbelthed i subjektiveringen, hvor magt og viden kan gøre individet til et subjekt ud fra bestemte opstillede parametre. Det kunne fx være et individ, der bliver subjektiveret som værende overvægtig, fordi der fra

sundhedsmyndighedernes side er opstillet grænseværdier for, hvornår man er undervægtig, normalvægtig eller overvægtig. Ligeledes har individet mulighed for selv at påvirke denne subjektivering ved enten at anerkende den påtvungne subjektivering eller at anfægte og stille spørgsmålstejn ved den.

Anvendelsen af teorien om subjektivering i dette speciale skal kobles til vores interesse i at undersøge, hvordan borgerne, som individer, bliver påvirket af samfundets sundhedsdiskurser, sundhedsmyndighedernes tiltag i forhold til overvægtige samt de kommunale væggtab- og livsstilstilbud set i relation til borgernes selvforståelse.

Magtudøvelse

Foucaults teorier om magt har bidraget til en anderledes anskuelse af begrebet end tidligere, hvor det blev antaget, at magt var noget, både enkeltpersoner og institutioner kunne eje eller besidde. Derimod mener Foucault, at man kan tale om moderne magtudøvelse, hvor det gennem styring handler om, at frie individer påvirkes i forhold til deres handlinger og selvopfattelse i de sociale kontekster og praksisser, individet indgår i (Foucault, 1982). Foucault mener, at udøvelse af magt kan ske på forskellige måder:

“It is a total structure of actions brought to bear upon possible actions; it incites, it induces, it seduces, it makes easier and more difficult; in the extreme it constrains or forbids absolutely; it is nevertheless always a way of acting upon an acting subjekt by virtue of their acting or being capable of action. A set of actions upon other actions.”

(Foucault, 1982:220)

Magtudøvelsen handler dermed ikke om at kontrollere eller udøve vold, men derimod er det et produktivt redskab til at få individet til at handle på bestemte måder, at få individet til at ville noget (Foucault, 1982).

Denne form for magtudøvelse ser vi blandt andet i relation til de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud, hvor de fleste borgere selv henvender sig og tilmelder sig, fordi de har en opfattelse af, at de er usunde. Den opfattelse, forestiller vi os, er opstået gennem en gensidig betinget relation, hvor borgerne gennem udefrakommende påvirkninger får et ønske om at tabe sig i vægt eller ændre deres livstil.

Vi vil i vores analyse anvende magtbegreberne biomagt og governmentality til at belyse, om disciplinering og styring anvendes i væggtabs- og livsstilstilbuddene i kommunerne.

Biomagt

En af de magtformer, vi vil anvende i analysen, er biomagt. Biomagt handler om magten over livet. Ifølge Foucault sker der i 1600-1700 tallet en ændring, hvor livet og kroppen nu er blevet objekt for magten. Biomagten deler sig i denne periode i to retninger. Den ene retning er rettet mod disciplinering, og Foucault forklarer denne som den magtmekanisme, hvormed vi kan nå ind til og kontrollere selve kernen i samfundet, som er individerne (Ibid.).

Disciplinering forstås som teknikker til at individualisere magten, magten til hvorledes man kan overvåge, kontrollere adfærd, måder at agere på og samtidig også placere individerne der, hvor de gør størst nytte (Ibid.). Ifølge Foucault indgår menneskekroppen i et magtmaskineri, som gennem søger den, skiller den ad og sætter den sammen igen (Foucault, 2002).

Foucault siger:

“En “politisk anatomi”, som lige så meget er en “magtmekanik”, er ved at opstå. Den angiver, hvordan man kan få greb i andres kroppe, ikke blot for at de gør det, man ønsker, men for at de fungerer som man gerne vil have det, med nogle teknikker i overensstemmelse med den hastighed og effektivitet, som man har fastsat. Disciplinen frembringer da nogle lydige og trænede kroppe, nogle “føjelige” kroppe”

(Foucault, 2002:154)

I slutningen af 1700 tallet opdagede man ifølge Foucault, at magten ikke kun blev udøvet over undersåtterne (individerne), men over hele befolkningen. Det er her den anden pol, biopolitikken blev født. Med det mener Foucault, at magten gennemsyrrer, styrer og regerer befolkningen gennem processer af biologiske love, og at individerne udgør en biologisk enhed. Magten bør dermed udøves over individerne på en sådan måde og i en sådan udstrækning, at der må tages hensyn til dem, såfremt det ønskes, at de skal være en maskine, der skal producere blandt andet rigdomme og andre individer (Foucault, 2015).

Med disciplineringen og biopolitikkens fremkomst er magten blevet materialistisk og livet glider ind i magtens domæne (Foucault, 2015). I vores analyse vil vi inddrage begrebet biomagt til en undersøgelse af, hvorledes vores tre kommunale væggtabs- og livsstilstilbud

søger at disciplinere deltagerne gennem forskellige styringsrationaler, ved at få dem til at styre sig selv.

Governmentality

Teorien om Governmentality bygger, ifølge Foucault, på en historisk udvikling af styringsrationaler mellem stat og befolkning siden 1500 tallet, som har dannet fundamentet for den måde, hvorpå styring i forskellige magtrelationer foregår i dag. Den historiske udvikling består i, at der fra midten af 1500 tallet sker en overgang fra traktater med råd til fyrsten om blandt andet adfærd og magtudøvelse til i stedet at overgå til en mellemting mellem råd og videnskab, som Foucault kalder kunsten at styre (Foucault, 2015:120). Begrebet styring beskrives som værende et problem, hvor man begynder at interessere sig for, hvordan og af hvem man bliver styret, og hvad målet er med styringen. Udviklingen af begrebet henføres til det, som vi i dag kender som den politiske styringsform. Det handler om magt, om hvordan man opretholder, styrker og forsværer den magt, der er i en magtrelation. Magtrelationen fremtræder på den måde, at der er et styrende element og ligeledes et element, der lader sig styre. Styringsbegrebet udvikler sig i 1700 tallet, hvor økonomi får en større betydning for styringsrationalerne, mens befolkningen bliver genstand for styring gennem det, man kalder statsvidenskab, hvor der udføres statistikker på forskellige parametre, der kan have betydning for statens økonomi. Gennem selvteknologi forsøger staten både direkte og indirekte at styre befolkningen til en ønsket adfærd, der er til gavn for staten. Det er denne styring, der fortsat finder sted i dag. Foucaults forståelse af governmentality er således:

“Ved "guvernamentalitet" forstår jeg den mængde af institutioner, procedurer, analyser og refleksioner, beregninger og taktikker, som gør det muligt at udøve den specifikke, om end meget komplekse form for magt, hvis primære sigte er befolkningen, hvis vigtigste vidensform er den politiske økonomi, og hvis væsentligste tekniske redskab er sikkerhedsforanstaltningerne. For det andet forstår jeg ved "guvernamentalitet" den tendens eller den kraftlinje, som i hele den vestlige verden og igennem meget lang tid har givet den magttype, som man kan kalde "regering", forrang for andre som suverænitæt og disciplinering, og som på den ene side har ført til udviklingen af en hel række specifikke regeringsapparater, til udviklingen af en hel række vidensområder.”

(Foucault, 2008:116-117)

Man anskuer ikke udelukkende styring gennem stat og befolkning, men ligeledes kan der opstå styring i andre relationer, hvor der er en ulige magtfordeling (Foucault, 2015). I dette speciale vil styringen kunne anskues gennem relationen mellem de kliniske diætister og borgerne, men det kan også være en styring gennem de sundhedsdiskurser, der er gældende i samfundet, og som påvirker borgernes selvopfattelse.

Anvendelse af begreberne i analysen

I dette speciale vil vi anvende begrebet selvteknologier til at analysere, om borgerne i vores cases bliver påvirket af de eksisterende sundhedsdiskurser og styringsrationaler, som sigter mod at opnå selvstyring. Vi vil undersøge, om ekstern kontrol omsættes til indre kontrol. Ligeledes vil vi anvende teorien om subjektivering til at undersøge, hvordan borgerne som individer kan påvirkes af de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud set i relation til deres selvforståelse. I vores analyse vil vi inddrage to af Foucaults begreber om magtudøvelse. Begrebet biomagt vil vi bruge til en analyse af, hvorledes de tre kommunale væggtabs- og livsstilstilbud søger at disciplinere borgerne gennem forskellige styringsrationaler. Idet vores primære fokus i analysen er at undersøge disciplineringen, vil vi i højere grad anvende dette begreb frem for at fokusere på biopolitikken. I nedenstående afsnit vil vores analyse fremtræde.

7. Analyse

I det følgende afsnit vil vi indledningsvist introducere den overordnede kontekst for deltagerobservationerne. Dette finder vi betydningsfuldt, idet det bidrager til en forståelse af rammerne og miljøet i deltagerobservationerne. Derefter vil vores analyse fremtræde i to dele for afslutningsvist at munde ud i en analyse sammenfatning.

Rammerne og miljøet i deltagerobservationerne

Kommune 1

Ved den første observation i Kommune 1 var vi med til at observere på et opfølgingshold, der havde været til undervisning mange gange, og nogle af borgerne havde gået der i årevis. Undervisningen foregik væk fra kommunen, på et bibliotek. Vi sad i et mødelokale ved borde og stole indrettet i hesteko format. Når borgerne mødte ind, blev de vejret efter tur i mødelokalet. Derefter gik de ind og satte sig. Alle borgerne fik udleveret en mappe, hvor

deres vægt og taljemålinger blev noteret. I mappen samledes ligeledes øvelser, der skulle bruges aktivt i undervisningen og ligeledes som hjemmeopgaver til borgerne. Den kliniske diætist præsenterede sin undervisning ved hjælp af enten PowerPoint eller tavleundervisning, men lagde også op til diskussion og refleksion med borgerne. Den kliniske diætist havde medbragt chokolade, som skulle fungere som en lille øvelse til deltagerne, hvor de skulle lære at spise og nyde det langsomt. Ved den anden observation var vi med på et hold, der lige var startet op og borgerne kendte derfor ikke hinanden. Her foregik undervisningen ligeledes væk fra kommunen, på et kommunalt træningscenter. Som ved den første observation, blev borgerne vejret og målt, fik udleveret mappe og undervisningen foregik ved hjælp af PowerPoint eller tavle, samt refleksion og diskussion med borgerne. Til denne undervisning havde den kliniske diætist medbragt en pakke ost, som skulle demonstrere, at hver gang de blev sultne derhjemme, skulle de øve sig i at spise en skive ost, frem for fx søde sager.

Kommune 2

Forløbet i Kommune 2 foregår ved en mølle, hvor der, hvis vejret tillader det, undervises udendørs i en bålhytte. Hvis vejret er dårligt, er der mulighed for at rykke undervisningen indenfor. Vores observationer af to mødegange fordelte sig således, at der den første gang blev undervist i bålhytten, mens der ved anden observation blev undervist i et mødelokale tilhørende møllen. Ved undervisningen i bålhytten sad deltagerne på bænke i en rundkredsform, mens den kliniske diætist stod op og underviste. Det var let køligt og blæsende og mange af deltagerne frøs, da de inden undervisningen havde trænet og ikke havde skiftet tøj. Den kliniske diætist havde sørget for, at der var kaffe og te til deltagerne, som de kunne varme sig på. Der var ligeledes siddeunderlag, som deltagerne kunne bruge, hvis de ønskede det.

Undervisningen foregik på den måde, at diætisten havde nogle noter på et stykke papir, som hun tog udgangspunkt i, når hun underviste. Der blev lagt op til refleksion blandt deltagerne, så der var en kombination af undervisning og dialog. Ved den anden observation foregik undervisningen indenfor i et lokale, indrettet med borde og stole. Det var et lokale med mange forskellige funktioner, så der sås blandt andet symaskiner, håndværksmaterialer, pjecer og gamle billeder fra lokalområdet. Deltagerne sad ved to borde, hvor der stod kaffe og te, mens den kliniske diætist stod op og underviste. Undervisningen bestod af en blanding af undervisning, uddrag fra en podcast fra "Radio Ligevægt", en mindfulness øvelse, der handlede om at mærke kroppen, samt øvelser udleveret i papirformat, hvor deltagerne skulle gøre sig overvejelser om følelser og vaner i forbindelse med sult og madindtag.

Introduktion til analysen

Vi har valgt at opdele analysen i to hovedafsnit, idet vores problemformulering er todelt. **Analysedel 1** har primært fokus på den første del af problemformuleringen og dermed på hvilke styringsrationaler, der gør sig gældende i de tre forskellige kommunale væggtabs- og livsstilstilbud, mens **Analysedel 2** primært har fokus på anden del af problemformuleringen og undersøger på hvilken måde, styringsrationalerne har indflydelse på borgernes subjektivering. Vi inddrager i begge afsnit Michel Foucaults begreber om selvteknologier, subjektivering magt, disciplinering, og governmentality som teoretisk fundament, samtidig med at vores socialkonstruktivistiske ståsted vil træde frem. I de respektive analysedele vil vi tydeliggøre hvilke arbejdsspørgsmål, der ligger til grund for analysen. I vores analyse skelner vi ikke mellem de forskellige observations- og undervisningsgange, der har været i den samme kommune, idet det interessante for os har været selve konteksten og ikke hvorvidt, det har været et nyt hold eller et opfølgingshold. På samme måde har vi, som nævnt tidligere, valgt at integrere interviews og observationer således, at de ikke optræder adskilt. Ligeledes er vi i analysen bevidste om at lade empirien styre og vise os hvilke styringsrationaler der er på spil, til trods for vi har en forhåndsviden gennem screeningen af de 98 kommuner. I følgende to afsnit fremtræder vores analyse.

Analysedel 1

Analysedel 1 er opdelt i tre temaer:

Styringsrationaler - en forventning om hårdt arbejde?, forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne og mangelfulde tilbud - et behov for nye styringsrationaler?

I følgende tre afsnit besvares første del af problemformuleringen med arbejdsspørgsmålet:

- *Hvilke overvejelser gør de kliniske diætister sig i forhold til tilgang og metode i væggtabs- og livsstilstilbuddene?*

Styringsrationaler- en forventning om hårdt arbejde?

I de kommunale tilbud er det, som tidligere skrevet, ikke et krav, at der tilbydes væggtabs- og livsstilstilbud. Hvordan tilbuddene udformes, er i høj grad op til de enkelte kliniske diætister, der fungerer som tovholdere og undervisere. I vores cases er der stor forskel på, hvorledes

tilbuddene er udformet og derfor vil vi undersøge forskellene i de kliniske diætisters styringsrationaler og forventninger til borgerne.

I de følgende to citater fortæller Anna om Kommune 1:

"Og så er vi begyndt at screene dem noget bedre (...) Når lægerne henviser dem, så beder jeg om, at de skal have taget stilling til, om de kan spise 300 gram grøntsager dagligt, om de kan bevæge sig, og om de kan (...) være mødestabile. Altså så (...) vi får ligesom sorteret nogle af dem fra, der slet ikke kan rumme noget og givet dem noget andet."

(Bilag 3, Anna s. 15)

"Vi kigger også på blodprøver, hvilket jeg også synes er meget spændende altså og er ved at have presset igennem forløbet også. Det er der heller ikke så mange, der gør normalt i diætistforløb (...) Jeg vil have blodprøver, fordi jeg vil vise, at jeg kan præstere det der kolesterol fald. Og blodsukkerfald"

(Bilag 3, Anna, s. 11)

Forinden deltagelse i tilbuddet i Kommune 1, er det altså et krav, at borgerne kan leve op til kursets ydre krav om at spise 300 g grøntsager dagligt. Kurset og de rationaler, der ligger heri, fordrer altså, at individet arbejder med sig selv og dermed gør de ydre krav til indre krav og former borgeren som subjekt. Hvis borgerne ikke kan leve op til omstændighederne og den vej igennem former sig selv som subjekter, vil de blive sorteret fra og har ikke mulighed for at deltage i kurset. Magten, som den viser sig her, tvinger ikke borgeren til at deltage, men efterlader borgeren i et handlingsrum, hvor eneste mulighed er ikke at deltage. Der er på ingen måde tale om tvang, men derimod en mere skjult form for magtudøvelse.

Ydermere afspejles et ønske fra den kliniske diætist om at præstere et blodsukker- og et kolesterol-fald på borgernes vegne, så hun kan bevise, at hun er i stand til at ændre på borgerens sundhedssituation.

I det foregående har vi vist, at personer med overvægt allerede forinden kurset, konstrueres som personer, hvis blodprøver samt kost- og motionsvaner, vurderes som værende "ikke gode nok" og dermed noget, der skal ændres på. I nedenstående vil vi på baggrund af observationer i Kommune 1, demonstrere hvorledes borgerne er i en situation, hvor den kliniske diætist skal instruere dem i, hvad de skal gøre, og samtidig bliver borgerne betragtet som individer, der har behov for at blive fortalt hvad de skal gøre.

I begge observationer i Kommune 1 noterede vi os, at den kliniske diætist gjorde det tydeligt, at hun forventede af borgerne, at de skulle præstere noget, hvis hun skulle hjælpe dem med et vægttab. Vi noterede os, at dette viste sig i underviserens kropssprog, hvor hun havde en vane med at lægge hovedet på skrå, når hun sagde noget. Dette fremstod som en forventning til borgerne om, at det nu var særligt vigtigt at lytte efter. Mange af borgerne fortæller, at de er kommet på kurset gennem en del år. Der er borgere, der startede i 2016. De fleste har været med siden 2018-19. En af borgerne fortæller: *“Jeg ville tage på, hvis ikke jeg kom her, hvor Anna holder os i ørene”*. En anden fortæller: *“Familien er ikke lige så gode som diætisten til at hjælpe os med vedholdende vægttab.”* (Bilag 10, s. 3). Anna viser gennem de rationaler hun har for styring, at hun forventer at borgerne spiser mange grøntsager, og at deres blodprøver kontrolleres, hvilket fører til at hun positioneres som en person, borgerne føler, de skal stå til ansvar overfor, og som samtidig er den, der skal kontrollere, at de overholder aftalerne. Anna siger i undervisningen: *“Man skal helst have en positiv indgang (her taler Anna om grøntsager)”* og *“Hvis I ikke er sikre på, hvor mange grøntsager, I spiser, så går I hjem den næste uge og vejer jeres grøntsager hver dag”*. Ydermere tilføjer hun: *“I er kommet på kursus, så I skal jo have styr på lektierne!”* (Bilag 10, s. 9-10). Anna kræver af borgerne, at de skal lære og være i stand til at kontrollere de opmærksomhedspunkter, hun anser som væsentlige for en sund livsstil samt vægttab, og hun forventer, at borgerne tillægger sig den selvtæknologi at veje grøntsager dagligt. Samtidig noterede vi os, at stemningen i lokalet virkede mat eller skeptisk. Folk kendte ikke rigtig hinanden endnu og skulle samtidig se hinanden an. Samtidig giver en af borgerne udtryk for: *“Inden forløbet, var jeg bange for, at jeg ikke kunne leve op til forventningerne”* (Bilag 10, s. 3). Borgerne efterlades i en subjektposition, hvor de positioneres som individer, der ikke selv kan finde ud af at styre deres egen vægt, men der skal styres af andre. De objektive strukturer og diskurser, der er i samfundet angående vægt, har subjektive konsekvenser for borgerne og kan føre til en følelse af ikke at være i stand til at leve op til forventningerne.

I det følgende vil vi gå videre til Kommune 2, hvor vi vil vise, at idet Kommune 2 har ændret tilgangen i undervisningen og dermed ligeledes tilgangen i måden at styre på, placeres borgerne i andre og nye subjektpositioner, og konstruktionen for sundhed ændres radikalt.

I Kommune 2 fortæller diætisten Carla, at deres tidligere tilbud trak på sundhedsdiskurser omkring betydningen af overvægt og de sundhedsmæssige konsekvenser herved.

Carla fortæller:

"Jeg tænker, at det er noget med, i Sundhedsprofilen, kan vi se, at der er (...) mange overvægtige i Kommune 2. Og at, jamen vi har jo faktisk (...) da vi lavede et hørings svar i forhold til, at det her tilbud skulle fortsætte, så slog vi jo faktisk på nogle af de der faktorer i forhold til, (...) at der er nogle sundhedsmæssige konsekvenser ved at være overvægtig, så derfor skal vi behandle overvægt og så videre. Jamen, jeg tror, det er noget, man prioriterer, fordi der er så mange, der er overvægtige. Men ja det, det er jo ikke mig, der sidder med den beslutning, hvorfor det bliver prioriteret frem for noget andet"

(I citatet henviser Carla til hendes tidligere fokus)

(Bilag 4, Carla, s. 12)

I citatet understreger Carla, at hvorvidt et tilbud skal bestå eller ej, er en politisk beslutning, der bliver truffet i hver enkelt kommune, hvilket betyder at de kliniske diætister skal begrunde, hvorfor netop deres tilbud er relevant. Samtidig understreger Carla dog i citatet:

"I dag vil jeg nok bruge nogle andre formuleringer måske, jeg ved det ikke, hvordan jeg lige vil argumentere for det i dag i forhold til politikerne"

(Bilag 4, Carla, s. 12)

Her fortæller Carla, at hun med tiden har ændret holdning til, hvad hun i dag ville lægge vægt på i et hørings svar til politikerne. Dette stemmer overens med den måde tilbuddet i Kommune 2 har ændret den governmentale styring og de styringsrationaler, der ligger heri, idet hun i dag ville vælge andre formuleringer og sandsynligvis have et ændret fokus frem mod et bredere sundhedsbegreb. Dermed ændres også selve målet for borgernes velfærd. De to ovenstående citater afspejler ligeledes den subtile magt både fra politikernes side og de kliniske diætister i forhold til tilbuddenes berettigelse. En magtudøvelse, der munder ud i de respektive tilbud, som et produktivt redskab til at få individet til at handle på bestemte måder, til at få individet til at *ville* noget (Foucault, 1982). Hvorledes tilbuddet i Kommune 2 har ændret sig, vil blive berørt i temaet ***Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne.***

På samme måde giver Carla udtryk for:

“(...) Jeg har aldrig været den diætist, der er gået rigtig meget op i den vægt der. Men derfor har det jo stadigvæk været det, der har været udgangspunktet. Det, vi har målt. Så på den måde, har vi helt sikkert sendt mange borgere ud af døren med dårlig samvittighed, skyld og skam og en fornemmelse af, at det var dem, der ikke kunne tage sig sammen og ikke være viljestærke nok og så videre, ikke? Fordi, at der lå en eller anden forventning om, at det var der, vi skulle hen alligevel og så... det var det her væggtab, der ligesom var målet, og det var også det, flere borgere selv havde sat op, som mål til at starte med.”

(Bilag 4, Carla, s. 4)

Carla giver her udtryk for det store fokus, der, særligt førhen, har været på vægten. Væggtab har både været et udtryk for succes hos borgerne og de kliniske diætister, og der har samtidig været en implicit forventning om, at det var her, de skulle nå hen. Den implicite forventning om væggtab, tolker vi som et udtryk for disciplineringen, der kan være et ønske fra politikerne, som formidles via de kliniske diætister og ned til borgerne. Der er et ønske om en bestemt vægt og sunde kostvaner og dermed en magtmekanik, der viser sig i form af en politisk anatomi, der angiver, hvordan man kan få greb i andres kroppe, med den hensigt, at de gør det, man ønsker, men også for at de fungerer, som man gerne vil have det (Foucault, 2002). Carla giver i citatet samtidig udtryk for, at det ligeledes er borgerne selv, der ønsker et væggtab, hvilket forstærkes i vores observationer af livsstilsforløbet i Kommune 2, hvor der i starten ses en tydelig frustration blandt borgerne, da Carla fortæller dem, at et væggtab, der holder på sigt, ikke er muligt (Bilag 10, s. 12). En af borgerne udtrykker: *"Hvad skal vi så på kurset? Skal man så bare give helt slip?"* (Bilag 10, s. 12). Borgerne er alle en del af holdet og har sagt ja til deltagelse med det håb om at tabe i vægt, men da det bliver tydeligt, at dette ikke er en del af formålet, bliver borgerne i tvivl om, hvad der forventes af dem. En anden af dem udtrykker: *"Man kan vel så godt lære noget om sund kost?"* (Bilag 10, s. 12). Vi vil argumentere for, at idet tilbuddet ændres i Kommune 2 med fokus væk fra vægten, er det samtidig forvirrende for borgerne, der nu placeres i nye og andre subjektpositioner og med ændrede forventninger til dem. Her er konstruktionerne for sundhed ændret radikalt og der tillægges andre værdier, hvor sundhed ikke konstrueres ud fra tallet på vægten. Ønsket om et væggtab fra borgernes side kan tolkes både som et reelt ønske fra borgerens side, men kan samtidig også være et resultat af borgerens måde at handle og tænke på, der udspringer af deltagelsen i sociale sammenhænge, der tilskriver væggtab en betydning.

Carla fortæller om, hvorledes nye styringsrationaler, kræver refleksion fra egen side:

"jeg skal virkelig være opmærksom, når jeg underviser i det, at jeg faktisk ikke stadigvæk kommer til at stå og sige, hvad kan man sige, nogle regler, altså, der er jo ingen regler indenfor den vægtneutrale sundhed og det tror jeg, det har jeg svært ved at slippe 100% lige nu også"

(Bilag 4, Carla, s. 10)

Af ovenstående citat tolker vi, at Carla hele tiden reflekterer over egne styringsrationaler, idet hun ikke længere ønsker at lægge regler og restriktioner over på borgerne, men ønsker at de skal få en større tro på sig selv. Dette ser vi under observationerne i Kommune 2, hvor borgerne umiddelbart har en forventning om at blive mødt med regler og restriktioner. Derfor er der i samspillet mellem Carla og borgerne en vis diskrepans i relation til forventningerne af udbyttet af forløbet, hvor Carla, med reference til forskningsartikler, må argumentere for, hvorfor hun benytter sig af en anden metode. Det er altså en omvæltning og udfordring for Carla, hvilket kræver, at hun hele tiden reflekterer over, hvad hun siger, og hvorledes hun fremstår overfor borgerne. I vores observationer blev det tydeligt for os, at det kræver megen argumentation fra Carlas side, at stå ved hendes nye tilgang, da det ikke er en metode, borgerne er bekendt med, og vi noterede os, at hun virkede meget sårbar. Carla giver ligeledes udtryk for, at det er vanskeligt for hende, da hun er ny i at undervise i vægtneutral sundhed. Carla står meget alene med nye styringsrationaler, og vi vil argumentere for, at hun går imod de eksisterende konstruktioner af vægt og sundhed, borgerne møder i deres hverdag, når de ikke deltager i livsstilstilbuddet. Med borgerne i fokus, vil vi plædere for, at det resulterer i, at subjektpositioner, selvteknologier og disciplineringen hele tiden ændres, alt efter hvilken kontekst de befinder sig i. Dette vil vi uddybe nærmere i temaet ***Borgerne bliver centrum i diverse modpoler.***

I det foregående har vi vist, at borgerne ved ændrede styringsrationaler subjektiveres i andre positioner. I det følgende vil vi tydeliggøre, at vægt, talje og BMI er en form for metaværdi for sundhed i Kommune 1 og Kommune 3, hvorimod værdier som mentalt velbefindende ikke er af samme betydning og ikke de værdier borgerne ønskes disciplineret i retning af, når der skal rapporteres tilbage til egen læge.

I interviewet med Dicte fortæller hun om, hvilke målinger hun foretager, og samtidig også hvad hun rapporterer tilbage til lægen. Dicte siger:

"Jeg skriver startvægt og start taljemål, start BMI og så skriver jeg, hvordan de tal ser ud, når holdet det er sluttet. Og så skriver jeg faktisk også noget prosatekst om, hvad jeg oplever, der adfærdsmæssigt har ændret sig for borgeren, som er sådan lidt mere blød tekst, ikke"

(Bilag 5, Dicte, s. 20)

Anna tilføjer:

"Det er primært fordi, der ikke er nogen, der gider at læse det andet." Altså, hvis man sender det til en læge, så vil han sige; OK, hvad. Hvor mange gange har de deltaget og hvad er der sket. Altså, de er jo ikke interesserede i, om Birthe dit dut dat, altså. Det har de ikke tid til at læse. Så hvis det skal laves, så skal det laves sådan ret skarpt på en eller anden måde."

(Bilag 3, Anna, s. 11)

Af citaterne bliver det tydeligt, at vægt, talje og BMI er måleparametre, der skal rapporteres tilbage til lægen, og på den måde bliver en form for metaværdi for sundhed. Her undertrykkes betydningen af det, der bliver opfattet som de mere *bløde* værdier, der som eksempel kunne indeholde en beskrivelse af borgerens mentale velbefindende eller overskud. Observationerne har vist os, at det mentale velbefindende er af betydning for borgernes spisemønstre. En af borgerne siger: *"Man vil så gerne holde sin plan, men det er så svært, når man er alene... Man kommer hurtigt til at trøstespise, eller sådan noget"* (Bilag 10, s. 3). En anden af borgerne giver udtryk for, at hans overvægt startede, da han arbejdede alt for meget i en periode og var voldsomt stresset (Bilag 10, s. 4). Samtidig fortæller Anna, at *"Vi må se hvor mange der dukker op - nogle af dem ved ikke altid at de er henvist af deres læge"* (Bilag 10, s. 9). Hun giver altså udtryk for, at der er borgere, der ikke dukker op, til trods for, at de er henvist. I nedenstående vil vi demonstrere et eksempel på Annas måde at styre på, med det formål at få borgerne til at ændre adfærd og forstå hvad det kræver af dem, hvis de vil tabe i vægt.

Anna fortæller:

"(...) det er, at det tager rocker lang tid, at det er mega hårdt og svært og det er ikke rart, altså alt det ubehag de skal igennem. Hvor jeg synes at mange fortæller den historie om, at det er let, og det ... så kan du lige lave sådan en kålsalat sådan her, og vi gør det jo også selv"

på vores insta. Altså, det kan se utrolig let og tilgængeligt ud. Og det er falsk spillet, altså det er pisse hårdt og du skal finde ud af, hvad du vil give. Altså, hvor meget vil du give? Hvad kan du? Hvad er dine rammer?"

(Bilag 3, Anna s. 13)

Anna fortæller her, hvor hårdt det er at tabe sig, og hvor meget det kræver. Hun understreger, at væggtab ikke er en let proces, samt at det vil være hårdt og ubehageligt. Anna benytter sig her af styringsrationaler, der er med til at konstruere et væggtab og en livsstilsændring som noget, der skal være besværligt og anstrengende, og ikke kan være nemt med det håb, at borgeren indser det (og ændrer holdning) og dermed styrer sin egen sundhed i en anden retning. Det samme gør sig gældende i praksis over for borgerne, hvilket vi erfarede i vores observationer, hvor Anna udtrykker det samme i undervisningssituationen: *"Der skal sættes minimum tre år af til den mentale rejse i et væggtab"* (Bilag 10, s. 9). Samtidig understreger hun i et slide i powerpoint undervisningen, at borgerne skal sætte tre år af, samt at væggtabsforløbet bliver ubehageligt undervejs. Anna har et visuelt slide, der illustrerer et bjerg, som borgeren skal bestige i eget tempo (Bilag 10, s. 5). Dette tolker vi som værende et udtryk for, at overvægten og den skyld og skam, der kan være forbundet hermed, kun lægges over på individet, og ikke samtidig formidles som en samfundsmæssig udfordring.

Samtidig forhandler Anna også sundhed med sine borgere:

"Fordi at det er (...) sådan lidt et give and take, altså jeg giver dig lidt væggtab, men du giver mig noget større, altså tid og... Det er den der forhandling, vi laver, som er individuelt i hvor, hvor står de henne og hvad er deres historier med det."

(Bilag 3, Anna s. 14)

Af citatet ses det, at hvis borgeren giver Anna noget tid og dermed deltager på holdet, så præsterer hun tilbage i form af at give borgerne et væggtab. Væggtabet bliver altså det, kurset skal resultere i. Samtidig understreger hun, at der skal lægges noget viden over på borgerne, hvilket altid er en afvejning i forhold til, hvilken borger man har med at gøre.

"(...) Det skal siges mange gange, men jeg fastholder, at de skal have et eller andet begreb om, hvad kulhydrat, protein og fedt er, og hvad det kan inde i kroppen."

(Bilag 3, Anna, s. 15)

Anna fortsætter:

Det ansvar, hvad vælger du at lægge på dem og hvad vælger du at skåne dem for, og det er jo sådan en afvejning, man må tage"

(Bilag 3, Anna, s. 20)

I nedenstående observationer fra Kommune 1 samt citatet fra Dicte i Kommune 3, vil vi vise hvorledes borgeren risikerer at blive subjektiveret som et individ, der ikke kan finde ud af at leve sundt, hvis ikke de lever op til de gældende krav på væggtabs- og livsstilstilbuddene.

I observationerne siger Anna: *"I skal lære at forhandle med jeres kulhydrater"* og *"Du kunne have rigtig godt gavn af, at jeg hjælper dig med fx en kostplan (...)"* (Bilag 10, s. 10-11). Her fortæller Anna borgerne, hvad hun mener, de kunne have godt af. Hun fortæller dem, hvad de bør, hvilke selvteknologier de bør have, således at de, ifølge Foucault, disciplineres til at være lydige og føjelige kroppe (Foucault, 2002:154).

Dicte understreger ligeledes i hendes tilbud, som dog har ændret sig til at have et større fokus på vaner og et mindre fokus på vægt, hvilken frustration hun kunne opleve, og fortsat oplever sporadisk, hvis borgerne ikke lever op til aftaler eller krav fra hendes side.

"(...) altså der kunne godt være noget, sådan lidt noget frustration forbundet med det også, synes jeg, fordi at det kunne være svært nogle gange som fagprofessionelle helt sådan at forstå; Hvorfor gør de ikke bare, som jeg siger? Nu synes jeg jo, jeg har prøvet at overbevise dem om, hvor vigtigt det er at gøre sådan og sådan, ikke?"

(Bilag 5, Dicte, s. 6)

Dicte fortsætter:

"Og det kom jo lynhurtigt til at handle om, hvor meget de havde tabt sig siden sidst og hvor meget de havde tabt i alt, siden at holdet ligesom var startet, så det var noget med ligesom at komme og stå lidt til regnskab på en eller anden måde, og hvis så at det ikke var gået så godt, så kunne det godt være sådan lidt, sådan lidt skamfuldt eller sådan på en eller anden måde, ikke?"

(Bilag 5, Dicte, s. 7)

"(...) så er det jo også lidt en... Jeg skulle til at sige en dårlig undskyldning, men, men, altså et eller andet sted, så kan man jo sige, man kan jo sagtens leve et godt og sundt liv eller et liv, man ønsker sig, uden at have en stor, altså økonomi. Det kan man faktisk godt, men det kræver selvfølgelig, at man har (...) en lidt bedre fantasi, måske end, end bare at købe færdige salater i Netto, ikke, som hurtigt kan blive dyrt."

(Bilag 5, Dikte, s. 25)

Dikte giver altså udtryk for, at det tidligere har været en frustration for hende, hvorfor borgerne ikke bare har gjort det, de aftalte, og hendes styring bestod i at fortælle borgerne, hvad de skulle gøre og efterfølgende forvente, at de gjorde det. Dette kan ifølge Foucault tolkes som en subjektivering af borgeren. Magt og viden kan gøre individet til et subjekt ud fra bestemte opstillede regler i forhold til, hvad man bør og ikke bør gøre (Foucault, 1982). Kan borgeren ikke leve op til dette, subjektiveres borgeren som et individ, der ikke kan finde ud af at leve op til kravene. Samtidig giver Dikte ligeledes udtryk for den politiske magt, hun selv ligger under for:

"Og så kan man også sige, at der ligger også et paradoks i, at hvis jeg skal have lov at lave sådan nogle livsstilshold her, så skal jeg kunne fremvise nogle resultater for nogle politikere, der viser, at det her, det har sin eksistensberettigelse, Ikke? Fordi vi har et større samfundsmæssigt problem, vi gerne vil løse her. Der er næsten 60% af Kommune 3's borgere, der er overvægtige. Hvad gør du ved det, diætist, ikke. Nå, men jeg har de her hold, det er flot, men altså hjælper det noget, eller hvad, ikke. Og så (...) vejer det ikke lige så tungt at sige, jamen de har det rigtig godt nu, altså de har det bedre nu, hvor holdet er slut end da holdet startede, men de vil gerne se nogle, altså nogle biomedicinske tal på et stykke papir, der fortæller de har tabt sig 5 eller 10% af deres udgangsvægt, for det ved vi, det har en positiv betydning."

(Bilag 5, Dikte, s. 20)

Citatet afspejler det pres, Dikte lægges under som klinisk diætist i forhold til at løse overvægtsproblematikken i Kommune 3. Her giver hun udtryk for, at til trods for hendes ændrede styringsrationaler, så er det fortsat de biomedicinske diskurser, der er dominerende og vejer tungest i forhold til politikerne.

I næste tema, vil vi belyse, hvorledes anskuelsen af vægttabs- og livsstilstilbuddene generelt har ændret sig og ligeledes har ændret sig i de tre kommuner. Samtidig har dette medført en anden form for subjektivering af borgerne.

Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne

Vi har tidligere nævnt, at der har været en udvikling i anskuelsen af vægttabsbehandling over de seneste år. Dette afspejler sig ligeledes i vores interviews med vores informanter, hvor de alle nævner, at der er sket en udvikling på området gennem de seneste otte til ti år, og at de også selv løbende har udviklet sig i forhold til deres teoretiske fundament og undervisningsmetode. Til dette nævner Dicte følgende:

"Altså man vil jo være en dårlig diætist, hvis ikke man har lagt mærke til, eller selvfølgelig så blæser der nye vinde, og det har der gjort et stykke tid nu, ikke. Altså, der sker noget og noget er mere outreret end andet, men der er helt klart et modsvar til den her lidt, skal vi kalde det gammeldags diætist måde at tænke på (...)."

(Bilag 5, Dicte, s. 9)

Med ovenstående citat fortæller Dicte, at den udvikling, der finder og har fundet sted blandt kliniske diætister i forhold til anskuelsen af behandlingen af vægttab, har spredt sig så meget, at mange kliniske diætister har skullet tage stilling til, hvordan de har skullet positionere sig i forhold til deres egen tilgang til vægttabsbehandling. En positionering, der i et governmentality perspektiv kan anskues ud fra en ændring i magtfordelingen, samt måden hvorpå styringen til bedre sundhed blandt borgerne skal gribes an. Når Dicte fremhæver, at noget er mere outreret end andet, kan vi argumentere for, at Dicte har konstrueret sin egen fortolkning af og holdning til, hvilken metode der er bedst at anvende i et vægttabs- og livsstilstilbud, og som ikke deles af alle kliniske diætister. Ligeledes mener Dicte også, at de nye vinde, der blæser, anfægter det snævre biomedicinske syn på årsager til og behandling af overvægt, som er *den gammeldags diætist måde at tænke på*, hvilket understreges i hendes fortælling om Kommune 3's tidligere forløb: *"Der var ligesom kun et facit, ikke. Der var kun én vej, man kunne gå, og det var at tabe sig. Det var ligesom det, der var hovedhensigten med at deltage på det hold."* (Bilag 5, Dicte, s. 7). Den udvikling Dicte fortæller om, i forhold til dette skifte i formålet med livsstilstilbuddet, vil vi argumentere for, kan virke forvirrende for borgerne, idet de går til lægen på baggrund af et ønske om vægttab, lægen henviser til et vægttabs- og livsstilstilbud, og de bliver mødt med en ny og anderledes tilgang end forventet.

Hvis vi ser på, hvordan vægttabstilbuddet så ud, da vores informanter startede i de tre kommuner, var forløbet overordnet konstrueret på den måde, at det handlede om at få borgerne til at ændre adfærd gennem oplysning og kontrol. Vi vil argumentere for, at der var et primært biomedicinsk blik på sundhed, og tilgangen til borgerne handlede om at få borgerne til at indse, at de gennem selvkontrol kunne opnå en vægt, der lå inden for normalområdet i forhold til BMI grænserne. I nedenstående vil vi vise eksempler på, hvorledes de kliniske diætister i deres tidligere tilgang har forsøgt at give borgerne selvteknologiske redskaber til at opnå kontrol over kostindtag og valg af fødevarer.

Til dette siger Anna:

“ (...) dengang var det helt klart kur, der var populært, (...) jeg har altid haft biokemien med, men det var meget mere fokuseret på kalorier og på systemer i forhold til at kontrollere et vægttab og stort set ikke noget omkring det mentale, dengang. Det var en meget, sådan erstatning, altså, hvad skal jeg spise, når jeg ikke kan spise det der? Og hvad, hvordan laver jeg en god ret og sådan noget? Det var meget praktisk og meget sådan, meget lidt følelser.”

(Bilag 3, Anna, s. 4)

Citatet fra Anna giver et godt billede af, hvad de to andre informanter ligeledes fortæller om, hvordan indholdet i deres vægttabs- og livsstilstilbud så ud, da de startede med at arbejde i kommunalt regi. Carla fortæller om en lignende tilgang:

“Der har jo været sådan en ernæringsundervisning i form af at gennemgå makronæringsstofferne og fordelingen af dem, øh tallerkenmodel og portionsstørrelser, (...) der var ikke noget, der var forbudt, men kunne man sådan skære lidt ned på de usunde fødevarer. Måske man også kunne opsætte regler i forhold til, hvornår man måtte spise dem. Kunne man måske nøjes med at spise dem om fredagen, og så videre (...)”

(Bilag 4, Carla, s. 5)

Både Anna og Carla fremhæver i citaterne, dels hvordan den biomedicinske tilgang har været en dominerende faktor kombineret med adfærdsændringer i de tidligere vægttabs- og livsstilstilbud, men de fremhæver også den interessante vinkel, hvor borgerne er blevet opfordret til at opstille regler for, hvornår de må spise bestemte fødevarer. Her fremhæves dikotomien mellem sundt og usundt, som vil kunne stille borgerne i et dilemma i forhold til

valg af fødevarer. Vi ser i de ovenstående citater eksempler på, at de kliniske diætister i deres tilgang har forsøgt at give borgerne selvteknologiske redskaber til at opnå kontrol over kostindtag og valg af fødevarer, som ifølge Foucault har det formål at ændre på sig selv eller transformere sig selv til noget andet og bedre (Foucault, 1988). Ifølge Dicte udspringer denne tilgang fra diætistuddannelsen, hvor hun, som nyuddannet, havde tilegnet sig en viden, der skulle formidles videre til borgerne: *“Det var det, vi lærte på skolen. (...) Men overordnet set så handlede det jo om, at jeg havde noget viden omkring ernæring og omkring adfærd, som jeg forsøgte at lære dem.”* (Bilag 5, Dicte, s. 3). Vi kan her argumentere for, at uddannelsesstederne, med den magt de besidder, i høj grad bidrager til konstruktionen af de sundhedsfagliges opfattelse af sundhed, og at de, gennem erfaring i deres arbejde, formår at kontekstualisere sundhedsopfattelsen til at være mere nuanceret end først antaget.

Dicte fortæller videre om det tidligere vægttabs- og livsstilstilbud i Kommune 3, hvordan hun som klinisk diætist dels havde viden, der skulle formidles til borgerne, men også at borgerne selv var ansvarlige for at lykkes med deres vægttab. Til det siger hun:

“Så det er sådan egentlig meget lavpraktisk, men også (...) den der tankpasser model, ikke, hvor jeg ved en hel masse fagligt, som jeg forsøger at få dig til at forstå. Men det er sådan set også dit ansvar, at du fører det ud i livet og gør det. Ja, selvfølgelig var det også mit ansvar at gøre det hverdagsnært, og sådan at det (...) kunne du i deres praksis, (...) derhjemme i et travlt liv og sådan noget, ikke.”

(Bilag 5, Dicte, s. 3-4)

Ovenstående citat fra Dicte belyser flere interessante vinkler i forhold til relationen mellem den kliniske diætist og borgerne. Dels ser vi en tydelig magtstruktur, hvor den kliniske diætist, som her er Dicte, har en stor faglig viden om det gode vægttab og den rigtige måde at spise sundt på, som skal overføres til borgerne. Forventningen er så, at borgerne, gennem selvteknologiske redskaber, skal være i stand til selv at kunne implementere og anvende denne nye, tilegnede viden i deres egen hverdag og dermed nå målet om et varigt vægttab. Denne måde at anskue tilgangen til vægttabs- og livsstilstilbuddet på, ser vi som et rationelt styringsprincip, hvor den kliniske diætist legitimerer sin tilgang til vægttab gennem et biomedicinsk rationale, idet der fokuseres på kostplaner og adfærd, som kan ændres, hvis borgeren følger den kliniske diætists anvisninger.

I det foregående har vi tydeliggjort, hvorledes vægttabs- og livsstilstilbuddene tidligere kunne udforme sig. I det kommende afsnit vil vi analysere, hvordan disse har ændret sig over tid, hvilket har vist os at styringsrationalerne i de tre kommuner viser sig på tre forskellige måder.

Vores informanter giver alle udtryk for, at de har været igennem, og fortsat gennemgår, en udvikling i forhold til anskuelsen af vægttabsbehandling. Denne udvikling har haft en betydning for, hvordan de kommunale vægttabstilbud har ændret sig gennem de seneste år, og dette afspejler sig blandt andet i, at kommunerne har ændret fokus fra, at forløbene udelukkende handlede om at opnå et vægttab, til i stedet at indeholde en mere langsigtet indsats, hvor livsstilsændringer er blevet omdrejningspunktet. Vores interviews viser os, at de tre kommuner har udviklet sig i tre forskellige retninger, når vi ser på, hvordan deres vægttabs- og livsstilstilbud er sammensat i dag. Hvor de i Kommune 1 kombinerer den biomedicinske tilgang med at arbejde med vænændringer, ser det anderledes ud i Kommune 2, hvor der arbejdes hen imod en helhedsorienteret, vægtneutral tilgang, mens der i Kommune 3 fokuseres på en helhedsorienteret tilgang, hvor vænændringer er et centralt emne.

I Kommune 1 fortæller Anna, at hun overvejende interesserer sig for, hvordan borgerne tilegner sig nye og sundere vaner, så de fastholder det vægttab, hun hjælper dem til at få. Derfor fortæller Anna, som tidligere nævnt, borgerne, hvor krævende et vægttab er. Anna siger:

“Altså, jeg starter altid min undervisning med at forklare dem, hvor hårdt det kommer til at blive, hvor ondt det kommer til at gøre og hvor lang tid det kommer til at tage. Øh, altså jeg siger minimum 3 år, skal de bruge på det.”

(Bilag 3, Anna, s. 6)

Anna supplerer med at fortælle, at hun oplever, at mange af borgerne starter på forløbet med en forestilling om, at de kan opnå et vægttab på kort tid, så når hun forklarer omfanget af en livsstilsændring, tolker vi det således, at det for hende handler om at sætte ønsket om vægttab i perspektiv til, hvad der er realistisk. Anna fortæller dog, at hun oplever, at nogle borgere vælger forløbet fra, idet de ikke er i stand til at lægge så meget tid og energi i et vægttab, som det kræves:

“ (...) der har været nogle over årene, der så har rejst sig op og så gået deres vej. Det vil de ikke. Det var ikke det, de havde meldt sig til. De skulle bare have et hurtigt vægttab, og det skulle være nu.”

(Bilag 3, Anna, s. 6)

Når der er borgere, der har rejst sig og forladt undervisningen, fordi forløbet ikke kunne give dem, det de havde forventet, kan vi argumentere for, at borgerne ikke køber ind på de præmisser, der sættes for dem og i stedet anfægter den subjektivering, der har fundet sted, og gjort dem til objekter, der skal formes. Borgerne sætter spørgsmålstejn ved metoden, der anvendes, men Anna står dog fast på, at det er en lang proces at foretage livsstilsændringer og fortæller i den forbindelse:

"Altså det nytter ikke noget, at vi sender dem ud efter syv eller ti uger, og så tror vi, at det er klart. Altså, der skal være månedlig opfølgning, og det er også den eneste kommune (...) hvor de får lov til at gå for evigt."

(Bilag 3, Anna, s. 5)

At Kommune 1 har et tilbud til borgerne om en månedlig opfølgning, uden en slutdato, efter et endt livsstilsforløb, er et tilbud, der ikke findes i mange andre kommuner. Ved de månedlige opfølgninger bliver borgerne tilbudt at blive vejret og få målt taljeomfang, hvorefter der er undervisning om et givent emne. Vi vil her argumentere for, at kommunen benytter sig af et styringsrationale, hvor borgerne fortsat subjektiveres som individer, der gennem kontinuerlige mødegange og kontrol skal leve op til og bibeholde den *rigtige* måde at spise på for at undgå en vægtøgning. Dette kommer ligeledes til udtryk i vores observationer, hvor vi har noteret, at der er en stemning af, at Anna skal bedømme deltagerne, og at der klappes af de borgere, der har haft et stort vægttab.

I ovenstående har vi vist, at borgerne i Kommune 1 ikke altid køber ind på præmissen om, at vægttab skal være besværligt og tage tid, dog særligt idet de ønsker et hurtigt vægttab. De har ikke accepteret at blive sat i den subjektposition og har dermed sagt nej til deltagelse. Samtidig vil vi argumentere for, at styringsrationalerne i Kommune 1 viser sig gennem muligheden for månedlig opfølgning af borgerne. Borgerne fastholdes på den måde i den, ifølge Kommune 1, korrekte måde at leve på.

I det følgende vil vi præsentere, hvorledes Kommune 2 og Kommune 3 har gennemgået en proces frem mod henholdsvis en vægtneutral og en vanebaseret tilgang. Vi vil samtidig komme med eksempler på, at borgeren fortsat subjektiveres, dog blot i en anden form, hvor borgerne tilskyndes til at ændre adfærd for at opnå en sundere udgave af sig selv.

I Kommune 2 er tilgangen til livsstilsforløbet meget anderledes end i Kommune 1. Carla fortæller om den proces, de har været igennem, hvor de har skiftet deres fokus fra vægt til livsstil og mental sundhed:

"Og (...) med tiden, så er det jo gået mere og mere over på det også at kigge på, hvorfor folk spiste, ikke. Altså egentlig undersøge hvad sker der, når du spiser. Spiser du nogle gange på grund af noget følelsesladet, eller at du er stresset, eller du er træt (...) Nu har vi også den del med, der hedder mental sundhed, så der er jeg også gået ind og hjulpet borgerne lidt med at kigge på det."

(Bilag 4, Carla, s. 5)

Ifølge Carla er Kommune 2 i løbet af de seneste fire til fem år begyndt at interessere sig for de bagvedliggende årsager til overvægt hos den enkelte borger. Kommunens undervisning ændrer sig fra en biomedicinsk tilgang til at arbejde mere med psykologiske faktorer, der kan påvirke og begrænse mulighederne for et succesfuldt vægttab. Som vi ser det, afspejler citatet ligeledes dikotomien mellem fysisk og mental sundhed, hvor betydningen af den mentale sundhed begynder at fylde mere i tilbuddet, dog på en måde hvor det bliver et emne, den kliniske diætist også lige skal tage sig af. Her tolker vi og vil argumentere for, at den fysiske sundhed, med vægttabet i fokus, i mange år har haft forrang frem for den mentale sundhed. Carla angiver dog, at hun aldrig har gået særligt meget op i vægten hos borgerne. Hendes interesse ligger i, at borgernes udbytte af tilbuddet i højere grad handler om, at de bliver sundere i et større perspektiv frem for udelukkende at fokusere på vægten. Derfor er de i Kommune 2 nu i gang med at indføre en vægtneutral tilgang i deres livsstilsforløb. Carla fremhæver hvorfor, det er relevant for Kommune 2 at ændres deres fokus til i endnu højere grad at arbejde med mental sundhed, trivsel og vaneændringer:

"Jamen, lige nu kigger vi jo meget på de studier, der viser, som der jo er rigtig mange af, at man kan jo ikke opnå et særligt stort vægttab. Eller du kan godt tabe dig, men du kan ikke holde vægttabet. Og også at der faktisk ikke rigtig er nogen sundhedsmæssig gevinst ved at

tabe sig. Og også det, man som person er igennem ved at tabe sig, altså den psykiske mistrivsel, der kan opstå ved at være på en diæt, men også biologisk kan der jo faktisk ske noget i kroppen også, der ikke er hensigtsmæssigt (...) Og så er vi ovre i det her mere med kropsaccept og selvomsorg og finde ud af, jamen kan jeg godt leve et godt liv med den krop, jeg så har nu, uden at den behøver at ændre sig.”

(Bilag 4, Carla, s. 8)

Citatet fra Carla viser os, at Kommune 2's tilgang til overvægt har ændret sig markant over de seneste otte til ti år. Vi tolker det således, at kommunen fortsat har et ønske om at have et tilbud om livsstilsændringer til borgerne, på trods af, at forskning viser, at borgerne ikke kan opretholde et vægttab på sigt, og der ligeledes heller ikke er nogle sundhedsmæssige gevinster ved et vægttab (Køster-Rasmussen, 2017). Selvom vægten ikke længere fylder så meget i tilbuddet, ændrer det ikke på, at vi kan argumentere for, at der fortsat finder en subjektivering sted i form af, at borgerne skal tilskyndes til at ændre adfærd for at opnå en sundere udgave af sig selv. I citatet ser vi ligeledes, hvordan Kommune 2 bidrager til at ændre på forståelsen af, at et vægttab er lig med sundhed, hvor de i højere grad ønsker at fokusere på kropsaccept og selvomsorg. Dette fokus bidrager også til at forsøge at ændre den gældende sundhedsdiskurs om, at borgernes sundhed afhænger af en bestemt vægt.

I Kommune 3, hvor de benytter sig af en vanebaseret tilgang i deres livsstilsforløb, er det en forudsætning for Dicte, at borgerne indledningsvis får kendskab til vaner, og hvordan de påvirker os som mennesker. Derfor benytter hun den første undervisningsdag i et nyt livsstilsforløb på at introducere borgerne til dette:

“(...) jeg kalder det vanens natur, at de simpelthen bliver introduceret til det her med, hvad er en vane. Hvordan opstår en vane. Så det er noget med, altså helt neurologisk oppe i vores hjerner, hvad der sker, og hvordan aflærer man en vane igen. Hvorfor er det nødvendigt for os at have vaner. Hvad er bevidste og hvad er ubevidste vaner og hvordan spiller de ind på vores hverdag. Så man ligesom har sådan en grundlæggende forståelse af, hvad er det, vi har med at gøre her. For så kan man også bedre forholde sig til, hvis der er noget, man egentlig godt kunne tænke sig at gøre noget mindre af og noget man gerne vil gøre noget mere af.”

(Bilag 5, Dicte, s. 16)

Med baggrund i ovenstående citat, kan vi argumentere for, at styringsrationalet for Kommune 3 ligger i, at de har en interesse i at styre borgerne til selv at tage ansvar for deres egen sundhed gennem deres adfærd, og dermed pålægger kommunen, gennem selvteknologiske redskaber, borgerne ansvaret for at tage vare på deres eget liv. Der kan ligeledes argumenteres for, at borgerne bliver subjektiveret som individer, der ikke er i stand til selv at ændre deres vaner, men har brug for styring og understøttelse til at forstå og internalisere værdier og normer, der lever op til samfundsnormen. Dette argument forstærkes, idet Dicte fortæller videre:

“(...) vi laver sådan en kortlægning af deltagernes dag, så de er simpelthen sådan to og to interviewer hinanden i forhold til; Jamen hvad, hvad bruger du din tid på og hvordan stemmer det overens med de værdier, du har i livet?”

(Bilag 5, Dicte, s. 15)

Ved at lave en kortlægning af deltagernes dag bidrager Kommune 3 til dels at fastholde en diskurs om tid og effektivitet, hvor vores dagligdag skal bruges så effektivt som muligt, for at opnå så værdifuldt et liv som muligt. Ligeledes ser vi også en form for magtudøvelse i citatet, hvor det, at to personer skal interviewe hinanden, kan medføre, at de kan påvirke hinandens værdier om, hvad der er vigtigt for dem i deres liv.

Dicte fortæller yderligere, at emnet omkring vaner og vaneændringer kan omfavne mange aspekter i ens liv, som man gerne vil ændre for at få det bedre med sig selv, hvilket bidrager til at øge muligheden for at få succes med de mål, borgerne sætter sig for at opnå under livsstilsforløbet: *“Så det er ligesom sådan, på en måde en “360 graders-oprydning-i-mit-liv-agtigt”, vi er ude i”* (Bilag 5, Dicte, s. 17). Dette citat bidrager til at belyse den subjektivering af borgerne, der finder sted og at borgerne udvikler sig til at blive bedre udgaver af dem selv, gennem de tilegnede redskaber og teknikker de får i undervisningen.

Dicte beskriver sin rolle som klinisk diætist og underviser på livsstilsholdet som en form for understøttende funktion, som kontinuerligt sætter tingene på spidsen overfor borgerne. Hun siger således:

“(...) man er hele tiden lidt djævlens advokat, der stiller sig lidt undrende overfor eller nysgerrig i forhold til; Hvad tænker du om det her egentlig? Og tænker du, det, kan du fortsætte med sådan resten af dit liv eller hvordan har du det sådan, når vi taler

livsstilsændringer og sådan noget, eller er det bare lige nu eller hvad er dine tanker omkring det?"

(Bilag 5, Dikte, s. 17)

Ovenstående citat tydeliggør det subjektiveringsperspektiv, der er fra Kommune 3's side om at klæde borgerne på til at ændre deres livsstil og forme en ny identitet som sundere mennesker. Som vi tolker det, interesserer kommunen sig for, at livsstilsændringen bliver varig og opnås på et fornuftigt og holdbart grundlag, som borgerne også kan fastholde på sigt. Det handler i høj grad om at få skabt nye normer og værdier hos borgerne, så de opnår en positiv udvikling af deres egen selvforståelse. Med blik for de samfundsmæssige strukturer, der kan besværliggøre et ønske om vægttab og samtidig kan vanskeliggøre at opretholde en sund livsstil, vil vi argumentere for, at Dikte er med til at lægge et pres på og et ansvar over på borgerne, idet hun spørger ind til, om vaneændringerne er realistiske at holde resten af livet.

Som tidligere nævnt anerkender man i Kommune 3, at borgerne fortsat tilmelder sig livsstilsforløbene med et ønske om et vægttab. Under livsstilsforløbet har Dikte en individuel midtvejsevaluering med borgerne, som handler om, hvordan borgerne synes det går, og Dikte fortæller: *"(...) der kan jeg jo godt se, at det er det, der er hovedfokus for dem, (...) De er interesserede i, hvordan det er gået med den vægt der, ikke"* (Bilag 5, Dikte, s. 18). Citatet viser os, at den gældende sundhedsdiskurs om et bestemt kropsideal fylder så meget i bevidstheden hos borgerne, at det kan være svært at flytte deres fokus hen på andre positive effekter af en livsstilsændring. Der er dog en vis optimisme at spore hos Dikte, da hun fortæller:

"Jeg synes faktisk min oplevelse er, at frafaldet var langt større, på den gamle måde, fordi der blev man hurtigt forkert og så var det svært at komme. Hvor at her, (...) der kan man næsten altid fortælle noget positivt. Så man (...) altid på en eller anden måde føler, man har en rolle, eller man har, altså har lov at være der, fordi det er også godt nok, det jeg gør."

(Bilag 5, Dikte, s. 21)

Når Dikte fortæller, at frafaldet i det gamle vægttabs- og livsstilstilbud var større, tolker vi det således, at hun understøtter en diskursiv fortælling om, at Kommune 3 gør noget rigtigt, når de har ændret på deres grundlæggende antagelser af, hvordan vægttab skal gribes an. Ligeledes viser citatet os, at subjektiveringen af borgerne er ændret, hvor de som individer i

dette forløb føler sig inkluderede og accepterede. Vi kan omvendt argumentere for, at Kommune 3 med citatet legitimerer og konstruerer en fortælling om, at de, i det nye livsstilsforløb, får skabt en social kontekst, hvor alle har lov til at være der, og alle gør noget godt. Denne fortælling skal dog forstås i den kontekst, at Kommune 3 fortsat har en intention om at få borgerne til at ændre adfærd og tilegne sig nye normer og værdier, der passer bedre til samfundsnormen.

I det kommende afsnit vil vi belyse de kliniske diætisters ønsker og refleksioner angående væggtabs- og livsstilstilbuddene og hvorledes de anskuer, at tilbuddene kan forandres og forbedres.

Mangelfulde tilbud - et behov for nye styringsrationaler

I de kommunale væggtabs- og livsstilstilbud er der en rammesætning for, hvordan et forløb kan sammensættes inden for indhold, omfang og faggrupper, der kan bidrage til indsatsen. Da en kommune er en politisk styret organisation, vil der ligeledes være et økonomisk incitament for, hvad væggtabs- og livsstilstilbuddet kan indeholde og, som tidligere nævnt, er det i sidste ende politikerne, der beslutter, hvorvidt der skal være et tilbud eller ej. Interviewene giver os dog et indblik i, at det er de kliniske diætister, der opsøger viden om og forskning på området, og dermed kommer med et oplæg om, hvordan væggtabs- og livsstilstilbuddene kan sammensættes, og hvis de kan argumentere for en bestemt tilgang, møder de oftest anerkendelse og accept til at fortsætte med tilgangen. I interviewene kommer vi ind på, om vores informanter oplever en mangelfuldhed i forhold til deres arbejde med væggtabs- og livsstilstilbuddene, og vi kommer ligeledes ind på, om de har bud på, hvordan tilgangen til forløbene kunne se ud, hvis der ikke var nogle begrænsninger, der skulle tages hensyn til.

Når vores informanter fortæller om den oplevelse af mangelfuldhed, der har været i forhold til væggtabs- og livsstilstilbuddene, ser vi hos Carla og Dicte et behov for et opgør med den kontrol af adfærden, gennem vejninger og kostplaner, der har været den primære fremgangsmåde for kliniske diætister gennem mange år, hvilket fremhæves i nedenstående citat fra Carla:

"(...) og man kan sige, vi har jo prøvet det andet i virkelig mange år. Altså, vi bliver ved med at gøre det samme igen og igen og igen og vi ender samme sted igen og igen. Og det er sådan lidt, jamen nu må vi jo tænke noget andet eller læse de her studier igen, som jo er lavet, så... Men på en eller anden måde, har vi ikke rigtig taget dem alvorligt. Og nu kommer der så

flere studier og flere kigger på dem og råber meget højt. Altså, det er også det, det har krævet. Der er nogle fagpersoner, der råber op om det her. Og på den måde, så tænker jeg, der virkelig er sat sådan en helt ny bølge i gang, som er meget, meget spændende."

(Bilag 4, Carla, s. 7)

Carla fremhæver her nogle interessante perspektiver for den måde, som hun som fagperson har tænkt og handlet på, og hvor der opstilles en problematik i, at de samme handlinger gentages med en forventning om, at resultatet bliver anderledes. Vi kan her argumentere for, at citatet viser, at tanker og handlinger er socialt konstruerede og ved at søge ny viden, kan disse tanker og handlinger ændres. Det at flere fagpersoner involverer sig i debatten om at ændre den sociale og historiske konstruktion af, hvordan behandlingen af overvægt skal gribes an blandt kliniske diætister, bidrager til at legitimere, at der bør ændres på fremgangsmåden.

For Carla har den nye viden været viden om den vægtneutrale tilgang, hvor hun i nedenstående fortæller om første gang, hun hørte om denne tilgang:

"Det var virkelig spændende, og det er virkelig første gang i mange, mange år, jeg synes, noget har været spændende, for jeg synes, vi siger det samme og det samme og det samme, som diætister har gjort i tusinder af år. Nu må der snart være nogen, der kan sige noget andet, og det har altid bare været en ny diæt, der er poppet op af en eller anden, igen kulhydratfattig diæt, hvor jeg tænkte, okay. Jeg er aldrig sådan helt hoppet med på dem, så jeg synes, det var så dejligt med en, der sagde noget andet lige pludselig og en, der egentlig også turde at sige højt, at det er jo pissehamrende svært for folk at tabe sig. Og måske kan det faktisk ikke lade sig gøre. Og måske skal vi noget andet, ikke."

(Bilag 4, Carla, s. 6)

Ovenstående citat fremhæver i høj grad, hvilket dilemma Carla har befundet sig i som klinisk diætist, hvor hun har arbejdet med at få borgerne til at leve sundere og tabe sig gennem en praksis, der for hende var utilstrækkelig og mangelfuld. Når hun formulerer, at det er svært at tabe sig eller at det måske slet ikke kan lade sig gøre, mener vi, at der opstår en konstruktion af usikkerhed og tvivl om de eksisterende normer, der har været omkring anskuelsen af vægttab, da tidligere viden har handlet om nye diæter, der ikke var nytænkende. Citatet forstærker ligeledes vores argumentation om, at vores tanker og handlinger er socialt

konstruerede og kan påvirkes af andre, idet Carla accepterer præmissen om at nytænke praksis i forhold til behandlingen af overvægt.

For Kommune 2 har mødet med den vægtneutrale tilgang sat måden, hvorpå vægttabs- og livsstilstilbuddet opfattes, i relation til anskuelsen og konstruktionen af sundhed som mere helhedsorienteret. Dette afspejles ligeledes i interviewet, da vi spørger Carla, om hun ville ændre på indholdet i forløbet, hvis alt var muligt, hvortil hun svarer: *“(...) vi kunne måske også nogle gange bruge en psykoterapeut, en psykolog, der kunne tale mere ind i de mere psykologiske processer i det her.”* (Bilag 4, Carla, s. 20). Citatet viser os, at Carla anerkender de psykiske problemstillinger, der ses hos borgerne i vægttabs- og livsstilstilbuddene, og hvor det vil være hensigtsmæssigt at inddrage andre faggrupper. I vores observationer noterede vi et citat fra en borger: *“jeg tror det handler om følelser- så har man det ikke godt, så kommer man til at overspise mere”* (Bilag 10, s. 13). Når borgeren udtrykker, at følelserne har en betydning for, om man spiser for meget, ser vi det, som at Carlas budskab forstærkes, idet hun ser og hører borgernes behov for, hvad hun vurderer som et behov for fokus på kropsaccept og selvomsorg.

I Kommune 1 er Anna overordnet tilfreds med forløbet, som det ser ud i dag, men der, hvor Anna ser nogle mangler og dermed muligheder for at styrke og kvalificere forløbet, er i samarbejdet med de praktiserende læger. Anna lægger sig op ad *National Diabetes Prevention Program*, som i deres tilgang opfordrer til et tættere tværprofessionelt samarbejde. Anna fortæller:

“(...) det er det, der også er i diabetes prevention program, det er det samarbejde mellem læge og diætist, at du kan bevise, at borgeren bliver sundere og ikke nødvendigvis slankere, men sundere på de der blodprøver. Og det er det, jeg savner. (...) Jeg savner simpelthen den der relation, hvor lægen kan gå ind og kigge mere på sundhed end på vægten. Og bakke mig op i det arbejde, jeg laver. Men der går vi ind i noget politisk, fordi de må jo ikke tage blodprøver så mange gange og alt muligt, ikke, så det kan jeg ikke få.”

(Bilag 3, Anna, s. 12)

Et øget samarbejdet mellem den kliniske diætist og den praktiserende læge kan anskues ud fra et governmentality perspektiv, hvor magtstruktur og styring bliver genstand for, hvorvidt vægttabs- og livsstilsforløbet i Kommune 1 bliver anset for at være en succes. Vi tolker det

som, at Anna angriber den politiske styring, idet den hæmmer hendes muligheder for at få taget blodprøver på borgerne. Samtidig problematiseres det, at lægerne ikke i ligeså høj grad bruger blodprøverne som parameter for sundhed, hvilket taler ind i en magtstruktur, hvor nogle kliniske diætister begrænses i deres arbejde, hvilket i sidste ende kan have betydning for borgernes sundhed. Vi kan ligeledes argumentere for, at citatet, som vi tolker det, afspejler et ønske om, at blodprøverne kan bidrage til at subjektivere borgerne som objekter, der skal ændre normer og adfærd for at få blodprøver inden for normalområdet.

Samlet set har vores informanter alle oplevet en form for mangelfuldhed på den måde vægttabs- og livsstilstilbuddene har været sammensat. Gennem erfaring, ny viden, uddannelse og interesse for forskningen på området ser de forskelligt på, hvordan disse forløb skal gribes an og hvilke udviklingspotentialer, der ligger på vægttabs- og livsstilsområdet.

Analysedel 2

Analysedel 2 er opdelt i to temaer:

Borgerne bliver centrum i diverse modpoler og Styring af borgernes ønsker og behov

I følgende analyse besvares anden del af problemformuleringen med arbejdsspørgsmålet:

- *Hvordan kommer en konstruktion af borgerne til udtryk i de tre kommunale vægttabs- og livsstilstilbud?*

Borgerne bliver centrum i diverse modpoler

De tre kommuner benytter sig af forskellige tilgange i deres forløb, hvilket vi har berørt i ovenstående analyse i temaet ***Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne***. Vi vil i følgende afsnit analysere og fortolke på de forskellige tilgange og styringsrationaler, kommunerne, ifølge vores informanter, benytter sig af i deres nuværende vægttabs- og livsstilstilbud, samt se nærmere på hvilken betydning de forskellige tilgange har for borgerne.

Overordnet giver vores tre informanter os et indtryk af, at de alle har et ønske om at hjælpe borgerne i livsstilsforløbene til et sundere liv samt øget trivsel og mental sundhed. Vores interviews viser imidlertid, at informanternes udgangspunkt, i forhold til hvordan det skal gribes an, er vidt forskellig. Som tidligere nævnt fastholder de i Kommune 1 en mere biomedicinsk tilgang, hvor borgerne bliver undervist i makronæringsstoffer og

energiomsætning, og hvor de så har tilføjet undervisning om vaneændringer. Samtidig måler Kommune 1 fortsat på vægt og taljemål ved starten og slutningen af forløbet. I Kommune 2 vælger de at gå i en helt anden retning, hvor de vil undervise ud fra den vægtneutrale tilgang, og hvor fokus i stedet er på en såkaldt helhedsorienteret tilgang til sundhed, hvor vægten ikke længere er styrende for, om forløbet er en succes for borgerne. Derimod fokuserer Kommune 2 på bevægelse og trivsel, som de, gennem tests og spørgeskemaer, forsøger at måle borgerne på inden starten og ved slutningen af forløbet. I Kommune 3 arbejder de med en vanebaseret tilgang, hvor de ligesom i Kommune 2 anskuer det ud fra en såkaldt helhedsorienteret tilgang, hvor vægten ikke isoleret set kan være en markør for sundhed, men at mange faktorer har indflydelse på borgernes generelle sundhed. Dog fremhæver Kommune 3, at borgerne har et ønske om vægttab, og at der ligeledes fortsat bør være fokus på dette i forløbet kombineret med andre faktorer for at opnå et godt liv.

Selvom de tre kommuner arbejder med forskellige tilgange til borgerne i deres vægttabs- og livsstilstilbud, ser vi alligevel ligheder i deres bagvedliggende styringsrationaler i forhold til de forløb, der bliver tilbudt til borgerne. Uanset tilgangen handler livsstilsforløbene om at få borgerne til at ændre adfærd fra en uhensigtsmæssig adfærd til en mere hensigtsmæssig adfærd, som i sidste ende giver sundere samfundsborgere, som sandsynligvis på sigt vil spare kommunen for penge, idet risikoen for sygdom mindskes. Det betyder, at kommunerne har en særlig interesse i, at borgerne forbliver så sunde og raske så længe som muligt, og derfor forsøger de, gennem vægttabs- og livsstilsforløbene, at påvirke borgerne til at træffe sundere valg. Det interessante i denne sammenhæng er, at det fremhæves, at det er borgernes eget ønske om vægttab og livsstilsændring, der har betydning for vores informanter i forhold til legitimeringen af livsstilstilbuddet. Anna fortæller i denne sammenhæng:

"(...) når døren bliver lukket herinde på mit kontor, og de sidder her, så er det fuldstændig det samme, de vil, som de ville for 20 år siden. De vil ned og tilbage til den vægt, de startede på, da de var 25."

(Bilag 3, Anna s. 7)

Når Anna fortæller, at borgerne gennem de sidste 20 år har haft et ønske om at opnå et vægttab, kan vi argumentere for, at samfundets diskurs om skønhedsidealet fortsat er dominerende. Borgerne er blevet genstand for en subjektivering, hvor de er blevet internaliseret og formet af samfundets normer og værdier i forhold til vægten, som medvirker

til ønsket om et vægttab. Denne subjektivering af borgerne, kommer til udtryk hos Anna, når hun fortæller:

“(...) hvis alle borgere fulgte kostrådene, som de er lavet, så ville vi jo ikke have noget problem. Altså, så ville der ikke være nogen grund til, at vi skulle rende rundt og veje hinanden. Altså, fordi så ville alle bare nogenlunde finde den der vægt, der passer, fordi man lever fuldstændig, som man skal. Men det er jo det, der ikke sker. Altså, der er jo ingen af dem, jeg møder, der kan holde sig til de anbefalinger. Det vil sige, der sker en overspisning. Så sker der en vægtøgning.”

(Bilag 3, Anna, s. 10)

Citatet viser os, at kostrådene får en form for lovprisning, idet de forhøjes til at kunne løse alle overvægtsproblemer, hvis bare alle spiste efter rådene. Der ligger her et styringsrationale i, at man gennem disciplinering skal få borgerne til at ændre adfærd, så de spiser sundt og varieret. Når borgerne ikke spiser efter kostrådene, gøres de til subjekter, der ikke er i stand til at leve op til den sociale praksis, som sundhedsmyndighederne gerne vil have dem til. Man kan argumentere for, om Anna gennem sin faglighed er farvet af, at kostrådene er svaret på problemet, og dermed konstruerer hun en fortælling om, at det er den eneste rigtige måde at spise på. I vores observationer i Kommune 1 har vi noteret, at en borger sagde følgende:

“Jeg spiser, som jeg vil i tre uger, og en uge før jeg kommer her, kører jeg fuld skrue og taber mig, inden jeg skal herved. Så spiser jeg rød peber og agurk. Jeg tror ikke, jeg har spist rugbrød i en uge nu.” (...) “Jeg tager to kg på i løbet af de tre uger og taber mig tre kg den sidste uge. Det virker for mig.”

(Bilag 11, s. 3)

Mens en anden borger siger:

“Jeg har ikke rørt pasta, ris, kartofler eller brød siden jeg startede, og det har ikke været så svært (...) nu skal jeg snart på ferie, og der kommer jeg nok til at spise kartofler, og det er også ok, når jeg er på ferie, for jeg elsker kartofler.”

(Bilag 11, s. 3)

De to ovenstående citater viser os, at borgerne accepterer den præmis, der er i væggtabs- og livsstilsforløbet i Kommune 1. Den subjektivering af borgerne som objekter, der skal formes til at leve op til de forventninger, der er til borgerne i forløbet, accepterer de gennem en adfærd, hvor deres spisevaner har ændret sig, hvilket særligt afspejler sig i det sidste citat. Vi vil dog argumentere for, at citaterne ligeledes viser, at borgerne ikke helt har tilegnet sig den nye livsstil, idet de udfordrer den, når der er ferie, eller når der ikke er undervisning. Dette ser vi som et udtryk for, at der er en modstand, dels mod den disciplinerende tilgang, der anvendes i forløbet, men også mod den selvkontrol, det forventes, at borgerne tilegner sig undervejs. Det er interessant at se nærmere på, om denne modstand kan være medårsag til, at varige væggtab er et sjældent fænomen.

I det foregående afsnit, har vi vist to former for subjektivering. For det første undergår borgerne en subjektivering, hvor de internaliserer samfundets normer og værdier vedrørende vægt. For det andet bliver de betragtet som subjekter, der ikke kan leve op til de sociale praksisser, som sundhedsmyndighederne ønsker, såfremt de ikke følger de officielle kostråd.

I den kommende del af analysen vil vi demonstrere, hvordan borgerne i Kommune 1 accepterer præmissen for deltagelse, uden at sætte spørgsmålstegn ved indholdet i undervisningen. Samtidig vil vi vise, at borgerne dels er vant til at blive positioneret som overvægtige, der skal disciplineres af den kliniske diætist og dels konstrueres som et individ, der er ude af stand til at håndtere overvægt på egen hånd, men skal hjælpes.

I Kommune 1 er Annas oplevelse, at borgerne er tilfredse med forløbet, idet efterspørgslen er stor, og flere deltager ligeledes på hendes opfølgningshold. *“Jeg kan se, jo, at mine hold bliver større og større. Det må jo være fordi, at de kan lide at komme der, tænker jeg”* (Bilag 3, Anna, s. 7). Citatet bidrager til at legitimere den metode, der anvendes i forløbet, hvor rationalet bliver, at når der er flere, der tilmelder sig forløbet, så må det være en succes. Her kan vi argumentere for, at det store samfundsmæssige fokus på overvægt og den sundhedsdiskurs, der er om kropsvægt, bidrager til, at der konstrueres en opfattelse af, at man, hvis man har overvægt, bør tabe sig, hvilket kan være årsag til, at flere borgere tilmelder sig væggtabs- og livsstilsforløbet i Kommune 1.

I vores observationer bemærkede vi, at borgerne virkede engagerede i underviseren, de interagerede godt med hinanden og udtrykte begejstring for Anna. Samtidig noterede vi os, at borgerne fuldstændig købte præmissen for alt, hvad Anna sagde, deltog i samtlige øvelser og

på ingen måde stillede sig kritisk over for indhold eller tilgang. Vi noterede os, at fremgangsmåden og de opgaver, der blev stillet til borgerne, virkede helt naturlige for dem. Som eksempel blev de stillet en opgave, hvor de skulle score sig selv i forhold til parathed til vægttab. Vi vil argumentere for, at borgerne var vant til at blive positioneret og konstrueret som overvægtige subjekter, der skal disciplineres af den kliniske diætist og fortælles, hvorledes de bør leve. Det er velkendte styringsrationaler, når borgerne melder sig til et vægttabs- og livsstilsforløb, at det er den kliniske diætist, der er ekspert og borgerne, der skal disciplineres. Vejning og måling er en obligatorisk del, før undervisningen kan starte i Kommune 1 og under vores observationer, blev alle borgerne vejret foran hinanden. Til dem, der havde tabt sig, siger Anna: *“Jeg er godt tilfreds“* (Bilag 10, s. 4). Til dem, der ikke har tabt sig, og også andre borgere på holdet, henvender Anna sig specifikt og forsøger at lave aftaler med dem i forhold til nye eller ændring af eksisterende vaner. Til en af borgerne siger hun: *“Du kunne have rigtig god gavn af, at jeg hjælper dig med fx en kostplan...”* (Bilag 11, s. 11). Ved at sige til borgeren, at vedkommende vil gavn af en kostplan, vil vi argumentere for, at der lægges en selvteknologi over på borgeren med det sigte at forbedre sundheden og vægten, idet hun bruger ordene *“hjælpe dig med”*, konstrueres borgeren som et individ, der ikke selv kan finde ud af det. Samtidig reproducerer Anna dikotomiske sundhedsdiskurser om sund/usund tilgang. Hun siger i observationerne: *“Øl er meget bedre end de søde sager” og “yoghurt er sådan noget sjask, vi ikke kan bruge til noget. Vi skal spise skyr, når vi vil tabe os”* (Bilag 11, s. 10). Følgende citater noteres også: *“Det meste er bedre end kage, is og slik”, “Min erfaring er, at det skal deles lidt op (...) Så vi har fire dage, hvor vi strammer os an, og så har vi tre dage, hvor vi er mere løsslupne”. “Havregryn lukker ned for din forbrænding, du skal spise protein i stedet for”* (Bilag 11, s. 10-11). Af citaterne afspejles ligeledes et forsøg på disciplinering fra Annas side om at disciplinere borgerne i en bestemt retning, og vi vil argumentere for, at der ikke tages hensyn til borgernes egne præferencer eller behov.

I det følgende vil vi kort fremføre, hvorledes Kommune 1 og Kommune 3 anskuer den vægtneutrale tilgang, hvilket samtidig er et udtryk for, at der er sket en opdeling af den sociale konstruktion af tilgangen til behandling af overvægt. I forlængelse af dette, vil vi præsentere vores perspektiv på, hvorledes dette kan have indflydelse på borgernes subjektivering.

Den vægtneutrale tilgang, der anvendes i Kommune 2, er en markant anderledes måde at gribe livsstilstilbuddet an på. Inden for de kliniske diætisters fagområde er der, og har der været, delte meninger om, hvorvidt denne tilgang kan anvendes som den eneste tilgang til livsstilsændringer. Vores informanter i Kommune 1 og Kommune 3 fortæller i interviewene, at de ser noget interessant i dele af den vægtneutrale tilgang, men at de ønsker at tilpasse deres undervisning og tilbud til borgerne, hvor det giver mening for dem. Der mener de, at det i visse tilfælde vil være hensigtsmæssigt med den vægtneutrale tilgang, mens det i andre tilfælde vil være uhensigtsmæssigt. Anna giver udtryk for, at kliniske diætister, der udelukkende arbejder vægtneutralt, har glemt, hvad de har uddannet sig til:

“Ja, jeg kan jo også se det i vores eget fag, (...)det er som om, at vi laver en eller anden skyttegrav. Jeg forstår det overhovedet ikke, fordi at jeg synes, vi er uddannede til at tage det individuelle behov, men det er som om, at vi sådan bliver delt op i enten er vi... altså, jeg er jo blevet meget lagt over i en kurverden, ikke, hvor jeg hører til. Og så er der dem, der slet ikke vejer og måler, altså slet ikke ved, hvad der foregår, kun mærker. Og jeg synes, det er forkert at lave det så optegnet, altså det... Jeg synes, det må være en individuel sag med patienten eller klienten. Hvad er historien? Hvad giver mening at gøre i de forskellige situationer? Jeg synes ikke, vi kan trække det så firkantet op, og det synes jeg er lidt synd, (...) at vi faktisk også gør det endnu mere forvirrende for dem, hvad der så er det rigtige at gøre, ikke.”

(Bilag 3, Anna, s. 9)

I interviewet med Dicte kommer hun ind på noget af det samme som Anna:

“Altså der sker noget, og noget er mere outreret end andet, men der er helt klart et modsvar til den her lidt, skal vi kalde det gammeldags diætist måde at tænke på, som sådan ses (...) i flere forskellige perspektiver og noget er a la Inger Bols (Vægtneutral klinisk diætist, red.), sådan helt ovre i den anden retning, kan man sige, og sådan meget, altså taler jo slet ikke om vægt overhovedet, at det er deri det vægtneutrale (...) er også, måske nogle gange, i min verden, med mine briller på, en lille smule skingert.”

(Bilag 5, Dicte, s. 9)

Udviklingen i anskuelsen af vægttab kommer i citaterne til udtryk gennem overvejelser om, at der inden for den kliniske diætistverden er opstået en uenighed om, hvordan overvægt skal

gribes an. Hvor der tidligere har været en konsensus om tilgangen, er der nu opstået divergerende forståelser af, hvorvidt et fokus på vægttab skal være løsningen. Vi kan argumentere for, at der er sket en opdeling af den sociale konstruktion af tilgangen til behandling af overvægt, hvor sundhedsdiskurser, samfundets normer og værdier anfægtes af flere kliniske diætister i et forsøg på at ændre samfundsdiskursen om kroppens størrelse og dens betydning for individets sundhedstilstand. Citatet fremstiller ligeledes den kompleksitet, der kan opstå i mødet med mennesker, der skal styres til adfærdsændringer, hvor især Anna mener, der skal tages højde for borgernes individuelle behov. Anna giver i interviewet indtryk af, at det er problematisk, at synet på overvægt har ændret sig, netop fordi det skaber forvirring hos borgerne:

“Så er det jo blevet mere almindeligt at veje for meget, ikke. Øh, prøver vi i hvert fald at gøre det til (...) Jeg tror også, at vores læger, altså, når man går til lægen med det her, der bliver man jo også mødt med to vidt forskellige holdninger. Altså, den ene læge vil sige, nu må du tage dig sammen. Den anden læge vil sige, jeg tænker det, du har altid været overvægtig. Det lader du bare være. Altså, det er sådan der. Det er fuldstændig... hvor jeg tænker, hvor er vi henne? (...) det er som om, vi er gået over i, at vi bare skal give op, at det er okay og sådan.”

(Bilag 3, Anna, s. 9)

Vi vil argumentere for, at der kan opstå en forvirring hos borgerne, når de får divergerende holdninger til overvægt fra de forskellige kliniske diætister og læger. Borgerne kan komme i tvivl om, hvordan de skal forholde sig til deres krop, og hvad de skal præstere for at leve op til samfundets krav og forventninger. Den form for subjektivering, der har fundet sted fra forskellige autoriteter, bliver der pludseligt sat spørgsmålstejn ved, når borgerne bliver mødt med anerkendelse og forståelse og en besked om, at de ikke nødvendigvis behøver at tabe sig i vægt.

I Kommune 2 nævner Carla, at hun havde overvejelser om sit fremtidige virke som klinisk diætist, da hun havde svært ved at stå inde for den tilgang til overvægt og sundhed, som havde været dominerende inden for behandlingen af overvægt, og hun syntes, at der manglede nogle andre perspektiver på området:

"Altså så tænker jeg, som fagperson kan vi simpelthen ikke blive ved med at love, det er det, vi kan tilbyde, fordi altså vi bliver nødt til at stå til ansvar for den dokumentation, der findes, så vi kan simpelthen ikke love dem, at de kan tabe sig."

(Bilag 3, Carla, s. 7)

I citatet pointerer Carla, at dokumentationen for vægttab i vægttabs- og livsstilstilbuddene er ringe, og at borgerne derfor ikke kan garanteres et varigt vægttab. Hun stiller sig derfor kritisk over for de handlemuligheder, der hidtil har været for kliniske diætister i relation til de institutionelle rammer, de er underlagt fra sundhedsmyndighederne. Vi vil dog argumentere for, at der skal mobiliseres mange kræfter og særligt mange kræfter nedefra i form af flere kommuner, der går sammen, såfremt fokus på vægten skal helt ud af vægttabs- og livsstilstilbuddene, og samtidig er det nødvendigt, at det ændres i den politiske governmentale styring.

Som nævnt tidligere vil vi, med borgeren i centrum for diverse modpoler, argumentere for, at de forskellige tilgange kan bidrage til at forvirre borgerne yderligere i forhold til krav og forventninger, og særligt hvis de i forskellige kontekster møder kliniske diætister, der siger og forventer modstridende ting af dem. I interviewet bliver Dicte spurgt ind til, om hun ser en udvikling i anskuelsen af behandlingen af vægttab, som ligger midt imellem de to fremtrædende modpoler, den biomedicinske tilgang kontra den vægtneutrale tilgang. Dicte fortæller:

“Ja, altså jeg vil sige, at vanecoachuddannelsen (...) satte nogle helt andre tanker i gang hos mig. Og det var meget kærkomment, fordi jeg nok havde manglet lidt det perspektiv og havde søgt lidt noget nyt. (...) og jeg synes på mange måder, der var rigtig, rigtig mange gode takter i det, som øh, som jeg har forsøgt på en eller anden måde at integrere dele af i det livsstilshold, vi tilbyder i dag. (...) nogle termer omkring noget, som for eksempel det her med følelsesmæssig spisning, dikotomisk tænkning, (...) Altså forskellige begreber, som på en eller anden måde er blevet vigtige, synes jeg i hele den her snak om, jamen, hvordan er det så, vi kan gribe det her an, når det handler mere om adfærd og vaner, end det handler så meget om nødvendigvis at tabe sig.”

(Bilag 5, Dicte, s. 12)

Ved at indføre nye begreber, fokusere mindre på vægten og gribe det anderledes an i livsstilsforløbet i Kommune 3, kan vi argumentere for, at borgerne fortsat er centrum for en styring, som handler om, at borgerne skal ledes i en bestemt sundhedsretning, og hvor de som individer tilegner sig bestemte normer og værdier, der er fastsat af samfundsnormen. Dicte

ser dog en forandring hos borgerne og nævner, at flere borgere henvender sig til hende, når livsstilstilbuddet er slut og fortæller hende:

“Grunden til det her, det virkede for mig, det er jo fordi du greb det an på den måde. Det er, fordi jeg ikke blev slået oven i hovedet med, at jeg ikke gjorde det godt nok. Det var, fordi jeg selv kunne få lov at bestemme, hvad der var vigtigt for mig,” “og de har også tabt sig.”

(Bilag 5, Dikte, s. 22)

Vi tolker citatet på den måde, at når det primære fokus i undervisningen flyttes væk fra vægten, selvom den fortsat er en væsentlig faktor for borgerne, betyder det, at den helhedsorienterede tilgang, som anvendes i livsstilstilbuddet i Kommune 3, gør en forskel for borgernes opfattelse af, hvilke udfordringer de havde, da de startede i forløbet. Samtidig har de haft mulighed for at arbejde med nogle helt andre udfordringer, som så i sidste ende har gjort en forskel for deres trivsel, og dermed også har resulteret i et vægttab, uden det var det primære mål. Vi kan argumentere for, at citatet konstruerer en legitimering af vægttab- og livsstilstilbuddet i Kommune 3, idet flere borgere giver positive tilbagemeldinger på den nye måde at køre forløbet på.

De forskellige tilgange, der anvendes i de tre kommuner, har alle borgerne som centrum i deres måde at arbejde med livsstilsændringer på. Alle vores informanter giver udtryk for, at de ønsker at hjælpe borgerne til at leve et sundere liv, ud fra de perspektiver og den forskning de finder mest relevant. Det er et område, hvor der er en kontinuerlig forskning, og som Dikte nævner, så er der meget, vi endnu ikke ved noget om:

“Altså nu snakker man jo også om tarmbakterier har indflydelse, og hvordan man som ægtepar kan have påvirket hinanden, at bare fordi man lever sammen og sådan. Altså alle de her forskellige faktorer, som vi faktisk har meget, meget lidt styring over selv, ikke. Så kan man følge nok så mange kostplaner og ændre nok så mange vaner, men hvis det i virkeligheden handler om nogle andre ting, der vejer meget tungere, så er man måske lidt oppe imod nogle vindmøller her, ikke. I hvert fald nok, tror jeg, en kombination af nogle forskellige ting der gør, at det ikke er ren adfærd, men at der også er nogle genetiske ting, som spiller mega meget ind her, ikke? Så jeg tror den der kompleksitet på en eller anden måde kalder på, at man ser mere nuanceret på det. Og hvad den helt rigtige vinkel så er, det har man jo heller stadigvæk ikke fundet ud af, vel.”

(Bilag 5, Dicte, s. 13)

Citatet viser os, at der ikke er noget entydigt eller endegyldigt svar på, hvordan tilgangen til vægttab skal gribes an, så længe forskningen på området fortsætter, og der kontinuerligt findes nye årsager til, hvorfor mennesker har overvægt. Fælles for vores tre informanter er dog, at vaneændringer bør medinddrages i vægttabs- og livsstilstilbuddene, hvilket ligeledes ser ud til at blive taget godt imod af borgerne. I det følgende og afsluttende afsnit fremtræder en præsentation af målgruppen i tilbuddene. Deres ønsker og mål med deltagelse, vil ligeledes blive præsenteret.

Styring af borgernes ønsker og behov

Subjektivering af borgeren er, som nævnt tidligere, en kontinuerlig proces, der sker gennem kulturelle, sociale og politiske normer. Når borgerne tilmelder sig og deltager i vægt- og livsstilstilbuddene, kan det magtforhold, der udspiller sig mellem borger og klinisk diætist, resultere i, at borgerne bliver passive modtagere af de handlinger, der kommer fra magthaverne. I vores interviews har vi interesseret os for og spurgt ind til, hvordan den kliniske diætist vil beskrive målgruppen for vægttabs- og livsstilstilbuddene. I kommune 3 giver Dicte udtryk for følgende:

"(...) og samtidig ved man jo også, at der er rigtig mange, hvad skal man sige, som kommer fra lidt dårligere stillede kår, som ikke har så meget erfaring med foreningslivet eller bare det der med at gå til noget (...)"

(Bilag 5, Dicte, s. 5)

Anna tilføjer:

"Jamen, det tror jeg er, nu kan jeg ikke de der segmenter, man kan inddele folk i, men det er typisk sådan, altså ufaglærte og så faglærte, altså kun kort uddannelse"

(Bilag 3, Anna, s. 17)

Dicte og Anna giver altså udtryk for, at de borgere, de ser i tilbuddene, typisk kommer med en baggrund som enten ufaglærte eller faglærte. Carla byder ind med lidt samme opfattelse, men giver udtryk for, at hun ligeledes ser ressourcestærke borgere i tilbuddet:

"Altså, de er ret forskellige, samtidig med at der også er nogle ligheder (...) der er både nogle meget ressourcestærke, og vi har også nogle, der ikke er så ressourcestærke, der kommer med psykiske udfordringer. Også noget sygdom, har nogle af dem med. Nogle af dem, tror jeg også, oplever en del ensomhed, de er meget isolerede. Det er sådan, det er nogle, der (...) har det svært, altså sårbare borgere. Og så har vi nogle enkelte, der også bare kommer, altså faktisk ret ressourcestærke, der kommer med det der mål om et vægttab. Så de er forskellige."

(Bilag 4, Carla, s. 17)

Vi vil argumentere for, at de kliniske diætister anser borgerne som sårbare individer, idet de nævner, at sygdom, psykiske udfordringer, dårligt stillede vilkår og ensomhed ofte er en del af borgernes hverdag. Som eksempel fortæller Carla:

"Ja, jeg synes da, at vi, at nogle har altså udfordringer i form af de måske selv har nogle psykiske diagnoser af en eller anden slags. De har haft noget angst eller depression eller stress. Det kan også være, de har nogle pårørende, nogle børn, der har det svært, som de tager sig meget af (...) Jo, vi havde også en med alkoholproblematik sidst (...)"

(Bilag 4, Carla, s. 18)

Når vi tager udgangspunkt i, at borgerne i tilbuddene, ud over et ønske om vægttab, samtidig kan være udfordret af andre parametre i deres hverdag, finder vi det interessant og vil i det følgende afsnit, koble dette til, hvorledes de forskellige styringsrationaler formår at disciplinere borgerne og føre til selvteknologier, som borgerne gør brug af, ikke kun ved deltagelse i tilbuddene, men ligeledes i deres hverdag. I vores interviews med de kliniske diætister spurgte vi ind til deres oplevelser af borgernes ønsker og behov, relateret til vægttabs- og livsstilstilbuddene. Anna fortæller:

"Men når døren bliver lukket herinde på mit kontor, og de sidder her, så er det fuldstændig det samme, de vil, som de ville for 20 år siden. De vil ned og tilbage til den vægt, de startede på, da de var 25."

(Bilag 3, Anna s. 8)

Dicte fortæller:

“(...) der ér jo stadigvæk et fokus på den vægt. Det er der. (...) Jeg tror, det er fordi de tænker, at for dem, at en god livsstil for dem, det vil også være, at de vejer noget mindre, fordi de er så bevidste om deres eget selvbillede. Og at for at være den rigtige mig, den perfekte mig, så skal jeg veje, ja 58 kilo. Jeg skal have lidt længere hår. Jeg skal ikke have så mange rynker, jeg skal helst og mine børn skal og så videre. Altså så er der ligesom alle de her forskellige parametre, man måler sig på og det, tror jeg, er rigtig, rigtig svært at lægge fra sig. Det tror jeg virkelig (...) og når de kommer til midtvejsstatus (...) der kan jeg jo godt se, at det er det, der er hovedfokus for dem, de vil gerne. De er interesserede i, hvordan det er gået med den vægt der, ikke”

(Bilag 5, Dicte, s. 18-19)

I vores observationer i Kommune 1 noterede vi os, at borgerne, udtrykte følgende, da de blev spurgt ind til, hvad de gerne ville opnå ved deltagelse: *“Jeg forventer at tabe mig, men jeg kan ikke”* og *“Jeg vil gerne tabe mig - kiloene”* og *“Jeg vil gerne have en normal vægt”* (Bilag 10, s. 8). Ud fra alle citater kan vi se et ønske om vægttab fra borgernes side. Det interessante er, hvorfor dette ønske er opstået. Ifølge Foucault kan dette være et udtryk for, at individerne internaliserer og identificerer sig med de normer, værdier og diskurser, der eksisterer i samfundet (Foucault, 1982). Hvis normen er og i mange år har været en slank krop, vil det være i den form, disciplineringen viser sig og den måde, der er den rigtige at se ud på. Disciplineringen resulterer i nogle lydige og føjelige kroppe, der lever op til samfundets forventninger og individerne subjektiveres som overvægtige, hvis ikke de har et ønske om vægttab. Dette kan med den typiske målgruppe i vægttabs- og livsstilstilbuddene anses som værende en ekstra dimension eller udfordring borgeren skal forholde sig til. Samtidig giver Carla ligeledes udtryk for en oplevelse af, at borgerne i Kommune 2 faktisk synes, det er rigtig svært at skulle forholde sig til andre faktorer end vægten som fx deres mentale velbefindende. Det er nyt for dem, at der fokuseres på andre parametre end vægttab. Carla fortæller:

“Nu har vi også den del med, der hedder mental sundhed, så der er jeg også gået ind og hjulpet borgerne lidt med at kigge på det. Men det har faktisk været rigtig svært for dem, er min vurdering. Jeg kan godt mærke, for nogle mænd vi ser, kan det godt sådan stritte lidt på dem, altså, hvor de sådan tænker arg, kan vi ikke bare få lov til at lave nogle armbøjninger og bevæge vores krop og få forbrændt nogle kalorier i stedet for at tale så meget om, hvordan vi har det eller sidde og trække vejret, eller hvis jeg har lavet nogle mindfulness øvelser med

dem, har det nogle gange været lidt svært for dem at forstå, hvad batter det her i forhold til, at jeg gerne vil opnå et vægttab."

(Bilag 4, Carla, s. 5)

I Kommune 2 er fokus ikke længere på vægttab og skal slet ikke være en del af tilbuddet. Vi ser det som en ny form for styring og med stor sandsynlighed, ikke den form for styring, individet møder i samfundet og uden for livsstilstilbuddet. Her møder de, og er fortsat en del af, de gældende sundhedsdiskurser, der er socialt konstrueret og et resultat af den kultur, historie og samfund, de er en del af. Efter endt deltagelse i tilbuddet i Kommune 2 vil de være med til at producere og reproducere den viden, de har fået med sig i interaktion med andre, hvor det måske med tiden vil bære præg af noget mere naturligt, mens det i dag kan opfattes som mere unaturligt eller socialt uacceptabelt, når man ikke har fokus på vægttab. I vores observationer i Kommune 2 blev der ikke spurgt ind til deltagernes ønsker, men omdrejningspunktet og samtaleemnet i undervisningen kom hurtigt til at handle om samfundets betydning for udvikling af overvægt, heriblandt større sodavand og supermarkedernes indretning. Det blev tydeliggjort fra den kliniske diætists side, at meget peger i retning af, at overvægt ikke er individets skyld, men snarere de gældende strukturer i samfundet, som er med til at skabe overvægt hos individet. Dette affødte en masse kommentarer fra borgerne, som blandt andet udtrykte en form for lettelse og sagde: *"Det er samfundets skyld, for så kommer der altid en ny kur"* (Bilag 10, s. 18), *"Det er samfundet, der afgør, om vi bliver overvægtige"*, *"overvægtige anses for folk, der ikke har kontrol over sig selv"* og *"det er billigere at leve usundt - fx en liter cola er billigere end 1 liter mælk"* (Bilag 10, s. 13). Borgerne subjektiveres på en anden måde, end de hidtil har været bekendt med. Ansvarer fjernes fra egne skuldre, og de subjektiveres og konstrueres som individer, der er underlagt samfundets strukturer og dermed ikke er ansvarlige for deres overvægt, hvilket vi vil argumentere for, kan være en lettelse for borgere, der i forvejen døjer med mange udfordringer. Deltagerne blev blandt andet præsenteret for og lyttede til et uddrag fra en podcast (Radio Ligevægt afsnit: "Det er ikke ens egen skyld, at man er tyk"). Efterfølgende udbryder en af borgerne: *"Prøv at tænke på al den tid vi har spildt på det her, hvis det er rigtigt"* (Bilag 10, s. 18). Observationerne viste os, at borgerne udtrykte det som en lettelse, at ansvaret blev taget af egne skuldre, men samtidig var der en vis form for skepsis relateret til, om det nu kunne være rigtigt. Den kliniske diætist udleverede en opgave, der gik ud på, at borgerne til næste gang skulle spise, når de var sultne og stoppe, når de var mætte. Hvis ikke

de oplevede sult, skulle de gerne spise hver 3. time. En af borgerne udtrykte: *“Jeg bliver lidt provokeret af, at du siger, at jeg skal mærke efter min sult, for så er jeg sulten hele tiden.”* (Bilag 10, s. 19). En anden tilføjer: *“Det er svært at sætte sig ned og kun fokusere på én selv”* (Bilag 10, s. 18). En enkelt gaber højlydt adskillige gange. Der er ligeledes en borger, der giver udtryk for, at hans største ønske altså stadig er at tabe sig i vægt. I Kommune 2 tages ansvaret for overvægt fra den enkelte borger og tillægges samfundets strukturer. Samtidig vil vi argumentere for, at disciplineringen fortsat er til stede blot i en anden form. Her konstrueres borgeren som et individ, hvor egen sundhed og vægt er fuldstændig ude af deres hænder, men er styret og disciplineret af strukturer, der er lagt ned over dem. Efter diætistens oplæg og debatten i gruppen erfarede vi, at det ikke var nær så naturligt at sige højt, hvis man havde et ønske om vægttab, og at dette skabte en form for forvirring. En af borgerne udtrykte: *“Skal man så bare give op? Man skal jo have hele samfundet med i den ændring så”* (Bilag 10, s. 13). Ønsket om vægttab er ikke længere nær så legitimt, og vi vil argumentere for, at dette blot er en ny form for styringsrationale, og at disciplineringen nu består i, at borgerne blot skal være lydige og føjelige på en anden måde, som for eksempel at stille sig samfundskritiske over for de gældende strukturer.

Sammenfatning af analyse

I dette afsnit præsenterer vi en sammenfatning af vores to analysedele.

Analysedel 1 viste, at styringsrationalerne i de tre kommuner er forskellige. I Kommune 1 bliver borgerne, inden forløbet opstart, konstrueret som personer, hvis blodprøver samt kost- og motionsvaner ikke er “gode nok” og derfor skal ændres. Borgerne positioneres samtidig som individer, der ikke er i stand til at styre deres egen vægt, men skal styres af den kliniske diætist, og kommunen benytter sig af styringsrationaler og en magtteknologi, der medvirker til at konstruere et vægttab og en livsstilsændring som noget, der skal være besværligt og anstrengende. Skyld og skam tillægges primært individet, mens fokus på en samfundsmæssig udfordring udelades. I Kommune 1 og 3 anses vægt, talje og BMI som en form for metaværdi for sundhed og betydningen af de mere “bløde værdier” undertrykkes. I Kommune 3 ligger styringsrationalet i en interesse i at styre borgerne til selv at tage ansvar for egen sundhed gennem adfærdsændring, og dermed pålægger kommunen, gennem selvteknologiske redskaber, borgerne ansvaret for at tage vare på eget liv. Kommunen har en fortælling om, at der bliver skabt en social kontekst for borgerne, hvor der er plads til alle, og alle gør noget godt, selvom borgerne subjektiveres som individer, der ikke er i stand til selv at ændre deres

vaner, men har brug for styring og understøttelse til at forstå og internalisere værdier og normer, der lever op til samfundsnormen. I Kommune 2 placeres borgerne i andre subjektpositioner, hvor konstruktionerne for sundhed er ændret radikalt, hvilket kræver megen argumentation fra den kliniske diætists side set i relation til styringsrationalet. Den fysiske sundhed med et vægttab har før haft forrang frem for den mentale sundhed, hvilket viser, at det er svært at flytte fokus hen på andre positive effekter af en livsstilsændring. Disciplineringen i Kommune 2 viser sig ved, at det ikke længere er nær så naturligt eller tilladt at tænke på vægttab eller have et ønske om vægttab.

Analysedel 2 viste, at uanset hvilke styringsrationaler, der anvendes i væggtabs- og livsstilstilbuddene i kommunerne, handler det om at få borgerne til at ændre en uhensigtsmæssig adfærd, idet borgerne konstrueres som subjekter, der ikke på egen hånd er i stand til selv at træffe sundere valg. Der konstrueres ligeledes en fortælling om, at borgerne selv efterspørger hjælp til vægttab og livsstilsændringer, hvilket bidrager til en legitimering af de kommunale tilbud og samtidig subjektiverer borgerne som individer, der ønsker at leve op til samfundets diskurser om skønhedsideal. Samtidig ses det, at borgerne i højere grad køber præmissen for tilbuddet, når der finder en disciplinering sted, mens borgerne virker forvirrede, når de bliver mødt med anerkendelse og forståelse. Den divergerende holdning, der ses blandt de kliniske diætister i forhold til anskuelsen af overvægt, kan bidrage til at forvirre borgerne yderligere i forhold til krav og forventninger, og særligt hvis de i forskellige kontekster møder kliniske diætister, der siger og forventer modstridende ting af dem, idet én tilgang tillægger individet ansvaret for sin egen sundhed, mens en anden tilgang tillægger samfundet ansvaret for individets overvægt.

De analytiske fund har givet anledning til refleksioner, der er relevante at diskutere. Dette vil vi præsentere i næste afsnit.

8. Diskussion

I nedenstående afsnit vil vi præsentere og diskutere to relevante temaer og diskussionen vil derfor være delt i to. Først vil vi diskutere effekten af væggtabs- og livsstilstilbuddene. Dernæst vil vi diskutere om overvægt er samfundets eller individets ansvar. I begge afsnit vil vi inddrage perspektiver fra forskellige forskere og relevante artikler. Afslutningsvis vil vi præsentere kritik af vores valgte teori og metode, samt hvilke potentielle huller der kan ligge heri. Vi vil ydermere give et bud på, hvilke andre teoretiske perspektiver og metoder, der

kunne have bidraget til at udfylde disse huller eller bidraget til et andet perspektiv på vores problemfelt.

Effekt af vægttabs- og livsstilstilbud

Som vores speciale har belyst, har mange kommuner et tilbud til borgere med overvægt, hvor formålet, gennem forskellige styringsrationaler, langt hen ad vejen er, at få borgerne til at ændre adfærd eller at opnå et vægttab. Man kan diskutere, om tilbuddene virker efter hensigten. Der er i øjeblikket tvivl og debat mellem fagfolk om effekten og formålet med tilbuddene, og samtidig kan det diskuteres, om ansvaret for den stigende overvægt i samfundet lægges mere på individet ved at opretholde tilbuddene frem for at fokusere mere på de samfundsmæssige strukturer. Ifølge Køster-Rasmussen virker strategien ikke.

Langtidseffekten af interventionerne er et vægttab på tre til fire kilo (Køster-Rasmussen, 2017). Køster- Rasmussen siger:

“Vægttab er ikke en realistisk løsning, hverken for patienten med overvægt eller for folkesundheden (...) Konklusionen er entydig: Langt de fleste, mere end 90 procent, får ikke et blivende vægttab af betydning ud af at deltage i et vægttabsprogram. Til gengæld er de blevet udpeget som tykke med forkerte kroppe, og det er ødelæggende for selvværdet. Alt i alt er det et åbent spørgsmål, om vægttabsprogrammer gør mere skade end gavn?”

(Køster-Rasmussen, 2017)

Køster- Rasmussen argumenterer for, at vi skal have vægten ud af ligningen og i stedet have fokus på at spise sundt og bevæge os, idet det sænker risikoen for at udvikle de livsstilssygdomme, der kan følge med overvægten og samtidig øger livskvaliteten (Rohweder, u.å.).

I en litteraturgennemgang fra 2018, der undersøger evidensen for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt, udarbejdet for Sundhedsstyrelsen, konkluderes det, at der ved lav-intense vægttabs- og vedligeholdelsesinterventioner i gennemsnit ses et vægttab på 1½ -3½ kg, og at disse vægttab kun i nogen grad kan holdes i op til tre år (Vendelbo Lind, et al., 2018). Det kan derfor diskuteres, hvorfor tilbuddene fortsat eksisterer, og om fokus og formål i de eksisterende tilbud skulle tilrettelægges anderledes. Til trods for dette har Sundhedsstyrelsen i 2019 udarbejdet en række anbefalinger, der er målrettet til kommuner,

der ønsker at kvalificere deres indsats og tilbud på området, men som fortsat har det budskab og formål at få borgerne til at opnå et vægttab (Sundhedsstyrelsen, 2021). Jens Meldgaard Bruun, der er klinisk professor i ernæring og overlæge ved Steno Diabetes Center og Aarhus Universitet, bakker op om tilgangen ved vægttabs- og livsstilsinterventioner og understreger, at der er nogle mennesker, der lykkedes med at holde et vægttab samt, at det er vigtigt at have meningsfulde indsatser til de borgere, der ønsker et vægttab (Juul Rasmussen & Jensen, u.å.). Bruun påpeger, i tråd med Køster-Rasmussen, at langt hovedparten af personer med overvægt er sunde og raske (Juul Rasmussen & Jensen, u.å.; Rohweder, u.å.). Samtidig er de begge af den opfattelse, at overvægt er forbundet med stigmatisering, og at dette er ødelæggende for selvværdet (Juul Rasmussen & Jensen, u.å.). Idet overvægt ikke er lig med at være usund, men tværtimod kan være forbundet med stigmatisering, er det oplagt at stille sig spørgsmålet, om vægttabs- og livsstilsholdene har det rette fokus. Derudover kritiserer og problematiserer filosof og debattør, Morten Ebbe Juul Nielsen kravet om at være sund og stiller spørgsmålstegn ved, om vi med fokuseringen på kilo og kalorier er med til at sparke nedad mod dem, der ikke har råd eller overskud til at tage ansvar for egen sundhed (Juul Nielsen, 2016). Han kritiserer kravet om sundhed, hvilket han kalder sunddom (oplevelsen af ikke at være sund nok til trods for, at man ikke er syg) og argumenterer for, at vi er blinde over for de omkostninger, det har at forfølge sundhed (Ibid.). Her taler Juul Nielsen blandt andet om den ulighed og sociale kraft, der kan ligge i at forfølge sundhed. Nogle mennesker har gennem deres klassebaggrund let ved at forfølge kravene, mens det for andre kræver utrolig meget og ikke er nær så opnåeligt i forhold til blandt andet økonomi og overskud (Ibid.). I vores interviews erfarede vi og spurgte vores informanter ind til målgruppen i vægttabs- og livsstilstilbuddene. Samtlige informanter gav udtryk for, at det typisk er ufaglærte, faglærte, knap så ressourcestærke borgere, borgere med psykiske udfordringer og borgere fra dårligere stillede kår, som deltager i vægttabs- og livsstilstilbuddene (Bilag 3, Anna s. 17) (Bilag 4, Carla, s. 17) (Bilag 5, Dicte, s. 5). Dog giver de samtidig alle udtryk for, at der ligeledes er ressourcestærke borgere i tilbuddene. Med psykisk sårbarhed og dårligere stillede kår lægges, ifølge Juul Nielsen, et ekstra pres på borgere, som i forvejen har andet at kæmpe med, i forhold til at opnå sundhed (Juul Nielsen, 2016). Det kan diskuteres, om den rette målgruppe henvises til disse tilbud, eller om omstændighederne skal gribes anderledes an.

Mennesker med overvægt - individets eller samfundets ansvar?

Idet overvægt er blevet et betydeligt sundhedsproblem også på globalt niveau, rejser det spørgsmålet om, hvem der bærer ansvaret for denne udfordring?

En af de primære faktorer, der bidrager til overvægt, er individuelle livsstilsvalg. Individene har en vis grad af kontrol over deres kostvaner, fysiske aktivitet og adfærdsmønstre, der kan påvirke kropsvægten. Omvendt spiller samfundet imidlertid også en afgørende rolle i udviklingen og opretholdelsen af overvægt. I 2020 lancerede Kræftens Bekæmpelse en kampagne bestående af en forebyggelsesfilm, hvor de ønskede at sætte fokus på sammenhængen mellem overvægt og udvikling af kræft. Denne kampagne medførte et debatindlæg fra professor Emerita Signild Vallgård, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Vallgård sætter spørgsmålstegn ved formålet med kampagnen. Vallgård skriver i debatindlægget:

“Den film, Kræftens Bekæmpelse har produceret, kan ikke meget andet end at få tykke mennesker til at bekymre sig endnu mere om deres vægt. En del undersøgelser viser paradoksalt nok, at det netop kan bidrage til, at de tager yderligere på.”

(Vallgård, u.å.)

Hun argumenterer for, at hvis man vil opnå at færre bliver overvægtige, så er det næppe oplysning og gode råd til individet, der virker, men tværtimod at man kigger på de levevilkår og påvirkninger, vi udsættes for (Vallgård, u.å.).

Efterfølgende har Kræftens Bekæmpelse oprettet hjemmesiden “Et lettere samfund”, hvor de understreger, at faktorer som massiv markedsføring af fristende tilbud på velsmagende energitætte produkter, øgning i portionsstørrelser samt placering af fødevarerne i supermarkederne også er medvirkende til en stigning i antallet af mennesker med overvægt (Kræftens Bekæmpelse, u.å.). Til trods for dette fokus, er faktum desværre, at 9 ud af 10 almene danskere mener, at det er folks egen skyld, at de har overvægt (Ibid.). Dette afspejler sig ligeledes i rapporten “Danskernes viden om og holdninger til overvægt”. Her svarer 80,8 % mænd og 73 % kvinder, at de er enige eller overvejende enige i, at overvægt især er ens eget ansvar (Kræftens Bekæmpelse et al., u.å.). Omvendt viser rapporten også, at en stor andel (81,7 % mænd og 80,7 % kvinder) mener, at vi lever i et samfund, der gør det nemt at røre sig for lidt og spise for meget (Kræftens Bekæmpelse et al., u.å.). Ifølge Nationalt Center for

Overvægt er overvægt ikke individets egen skyld eller ansvar. De påpeger, at vores samfundsstrukturer har stor betydning for udvikling af overvægt. Her fremhæver de, at vi i stigende grad lever i et samfund, der tiltagende ansporer til mindre bevægelse, vi har lettere adgang til mad, der ofte er designet til at smage godt med høje mængder af sukker, fedt og salt (Nationalt Center for Overvægt, u.å.). Det kan diskuteres, om ansvaret for den stigende overvægt er hos individet eller de strukturelle vilkår, men ifølge Mik-Meyer og Villadsen læner de danske sundhedsmyndigheder sig op ad en klassisk liberalistisk tilgang til sundhed, hvor ansvaret for egen sundhed lægges over på individet, som derefter selv skal finde ud af og selv har ansvar for at opretholde og fastholde en sund livsstil (Mik-Meyer & Villadsen, 2021). Ifølge Deborah Lupton positioneres individer ved denne tilgang som mennesker, der mangler oplysning om helbredsrisici, og det er her de sundhedsprofessionelles opgave at fortælle dem, hvorledes de burde leve, og hvad de bør gøre for at blive sunde (Lupton, 2014). Dette kom til udtryk på vores tre kommunale vægttabs- og livsstilstilbud, hvor borgerne i alle tre kommuner havde sagt ja til deltagelse og dermed indvilget i at modtage undervisning og blive instrueret i, hvorledes de skal gøre, hvis de ønsker at være sunde.

Diskussionen har søgt at kaste lys over effekten af samt de eventuelle konsekvenser ved vægttabs- og livsstilstilbuddene og har ligeledes bidraget til overvejelser om, hvorledes individet kan stilles ansvarlig for udviklingen af overvægt. Dertil har det været relevant at stille spørgsmålstejn ved, om den rette målgruppe henvises til tilbuddene, eller om dette burde gribes anderledes an.

Kritiske refleksioner over teori

Idet vi i nærværende speciale har valgt at anvende Foucaults begreber om subjektivering, selvteknologier, biomagt og governmentality, er vi bevidste om, at vi har udelukket os fra andre relevante og mulige teoretiske perspektiver. Foucaults subjektiveringsbegreb bidrager med en teoretisk ramme til at undersøge, hvordan borgerne bliver formet og dannet gennem sociale og magtrelaterede processer i styringsrationalerne i kommunerne. Begrebet selvteknologier giver os en forståelse for, hvordan borgerne aktivt engagerer sig i praksisser og strategier for selvoptimering i forhold til krop, tanker og følelser for at opnå visse normative eller ønskede mål. Foucaults to magtbegreber; governmentality og biomagt bidrager til en analyse af, på hvilken måde magten får borgerne til at ville noget. De afdækker ligeledes, hvordan viden er afgørende for udformningen af politikker og praksisser, og

hvorledes dette bliver mobiliseret og brugt i styringsrationalerne i kommunerne, som dermed kan have indflydelse på individets adfærd og valgmuligheder, samt disciplineringen af borgerne til at være lydige og føjelige kroppe. En anden mulighed, der havde bidraget positivt til vores problemfelt, var at anvende Foucaults subjektiverings- og selvteknologiske begreb til at analysere borgernes agency indenfor og under magtrelationerne. Dog ser vi alligevel en begrænsning heri, da Foucaults begreber ikke har udgangspunkt i individets evne til at handle og agere autonomt i magtrelationer og samtidig kan efterlade et indtryk af, at individer er passive modtagere af magt, hvilket kan være med til at undervurdere deres evne til at modstå og ændre på magtstrukturene.

I undersøgelsen af problemfeltet kunne andre teoretiske perspektiver have bidraget til en anden forståelse af vores empiri. Her havde det fx været oplagt at benytte den britiske sociolog Anthony Giddens' teori om strukturering for at få en mere nuanceret forståelse af, hvorledes individets agency er formet af og virker inden for de sociale strukturer. Strukturering er ifølge Giddens en gensidig proces, hvor samfundets strukturer og individets handlinger gensidigt påvirker hinanden (Giddens, 1984). Strukturerne i samfundet, såsom regler, normer og værdier, påvirker individernes handlinger, men omvendt påvirker individets agency (evne til at træffe valg i deres sociale handlinger) også samfundets strukturer. Struktur og agency er dermed indlejret i hinanden gennem en proces, Giddens kalder for "strukturel dualitet" (Ibid.). Individernes handlinger er medvirkende til at reproducere eller ændre sociale strukturer, men omvendt sætter strukturerne grænser for individerne (Ibid.). Med dette teoretiske blik havde det, til forskel fra Foucaults optik, både givet os en mulighed for at identificere relevante strukturer i kommunerne og hvilke normer, regler og værdier, der her gør sig gældende samt åbnet op for, hvordan de individuelle handlinger og borgernes refleksion påvirker strukturernes. Ifølge Giddens, besidder individet en evne til både alene og i sociale sammenhænge at reflektere over sig selv som en del af samfundet og dermed tage kritisk stilling til egne handlinger (Ibid.). Ud fra denne betragtning havde det været oplagt at gennemføre interviews med borgerne, så vi kunne generere viden fra et førstehåndsperspektiv. Ved at anvende Giddens teori havde det givet os mulighed for at undersøge borgernes indflydelse og interageren på de eksisterende strukturer på de tre kommunale væggtabs- og livsstilstilbud, samtidig med at det ville bidrage til en dybere forståelse af kompleksiteten i de sociale rammer.

Vores socialkonstruktivistiske position bidrager til en analyse af, hvordan borgerne i væggtabs- og livsstilstilbuddene konstrueres og formes gennem sociale processer, diskurser og magtrelationer. Idet Foucault og socialkonstruktivismen deler flere fællestræk i deres teoretiske perspektiver, blandt andet betoningen af magt, diskurs og forståelsen af sociale konstruktioner, vil vi argumentere for, at den måde vi forstår socialkonstruktivismen på, også her mangler fokus på og forklaring af individets agency. Her havde et muligt alternativ til at udfylde disse huller været at anskue problemfeltet ud fra interaktionistisk videnskabsteori (herefter symbolsk interaktionisme). Hvor socialkonstruktivismen fokuserer mere på de bredere sociale strukturer og diskurser, lægger symbolsk interaktionisme større vægt på de konkrete interaktioner mellem individer og det, der udveksles i disse relationer (Järvinen & Mik-Meyer, 2017). Ifølge sociolog Herbert Blumer er præmisserne i den symbolske interaktionisme, at mennesker forholder sig til ting på basis af den mening, tingene har for dem. Denne mening genskabes konstant i den menneskelige interaktion. Derudover er mennesker reflekterende væsner, der ikke automatisk overtager de sociale definitioner af virkeligheden (Ibid.). En symbolsk interaktionistisk analyse ville i dette speciale have været oplagt, idet vi har valgt at lave observationer i kommunerne. Her havde vi haft mulighed for, i vores analyse, at bidrage med et perspektiv, der i højere grad ville fokusere på interaktionen mellem borgerne og de kliniske diætister og have et større fokus på identifikation af symboler, både i form af verbale og nonverbale udtryk. Det kunne have bidraget positivt til vores problemfelt, såfremt borgerne og deres perspektiv havde fyldt mere i vores speciale. Særligt kunne symbolsk interaktionisme også tilføre et blik på interaktionen mellem de kliniske diætister og borgerne, og hvordan de forhandler om fx betydningen af at være sund. Dette perspektiv kunne have bidraget til en analyse af, hvordan borgerne tolker og reagerer på hinandens handlinger og de ting, der bliver sagt i undervisningssituationen og dermed, hvordan dette kan være med til at skabe konstruktionen af mening i den sociale kontekst.

Kritiske refleksioner over metode

Vi har i dette speciale taget udgangspunkt i en socialkonstruktivistisk videnskabsteoretisk ramme, hvor vi har anvendt en kvalitativ metode til at besvare vores problemformulering. Dette har vi gjort, fordi vi har været interesserede i at undersøge, hvordan vores informanter tilegner sig viden, der danner afsæt for de styringsrationaler, der ses i kommunernes væggtabs- og livsstilstilbud. Samtidig har vi haft en interesse i at undersøge, hvordan disse styringsrationaler har haft betydning for subjektiveringen af borgerne i tilbuddene.

Vi vil i det følgende komme ind på de overvejelser, vi har haft, i forbindelse med vores metodevalg.

Det er væsentligt at reflektere over valg af metode i forbindelse med en undersøgelse. Dette for at sikre, at der er transparens, validitet og reliabilitet, hvilket bidrager til at sikre kvaliteten af undersøgelsen (Brinkmann & Tanggaard, 2017).

Gennem hele vores metodeafsnit har vi bestræbt os på at sikre transparens ved at beskrive, hvordan vi har grebet undersøgelsen an, og vi har ligeledes vedhæftet vores interviewguides, transskriberinger af interviews samt observationsnotater som bilag.

I vores interviews har vi bestræbt os på, at være objektive i vores interviews, men grundet vores faglige baggrunde som kliniske diætister, er der en sandsynlighed for, at vi har været biased, da vi på forhånd har haft en stor viden om vægttabs- og livsstilstilbud i kommunalt regi, hvilket har kunnet påvirke dels vores spørgsmål, men også vores informanternes svar. Grundlæggende ser vi en styrke i, at vi har valgt både at udføre interviews samt foretage observationer, idet de to metoder bidrager til en kvalificering af den indsamlede empiri. Vi har i denne forbindelse gjort os overvejelser om, hvorvidt det, at vi har valgt tre kommuner med forskellige vægt- og livsstilstilbud, har haft en betydning for, om vores samlede empiri har været for bred, og vi derfor ikke er kommet nok ned i dybden i vores analyse. Det kan have bevirket, at det ikke er alle relevante citater fra hvert interview, der er medtaget i analysen, dels fordi nogle citater ville have været en gentagelse for forståelsen af det analyserede. Derudover har vi valgt at lave interviews før vores observationer, hvilket kan være både en styrke, men også en ulempe. Styrken ligger i, at vi som forskere kommer uden forudindtagethed og dermed stiller åbne og uddybende spørgsmål. Omvendt ville vi have haft mulighed for at tilpasse interviewguiden efter vores observationer for at opnå mere nuancerede svar på vores spørgsmål, hvis vi havde ventet med at lave interviews til efter vores observationer. Eftersom en del af vores problemformulering omhandler subjektivering af borgerne, kunne det ligeledes have været relevant at lave interviews med nogle borgere, idet det ville have kvalificeret vores undersøgelse yderligere. Vi valgte at undlade dette, da vi vurderede, at vores undersøgelse ville blive for omfangsrig. Det kunne have været muligt, såfremt vi havde holdt os til én kommune i stedet for tre. Vi mener dog, at generaliserbarheden øges, netop fordi vi har inddraget tre kommuner med forskellige vægttabs- og livsstilstilbud. I vores observationer havde vi på forhånd udarbejdet et skema, der lå til grund for, hvad vi skulle fokusere på. Her kan man overveje, om vi har været for låste i vores observationer og derfor har overset væsentlige elementer, der kunne have haft

betydning for vores empiri. Derudover ser vi også en svaghed i, at vi ikke har lavet observationer i Kommune 3, hvilket kan svække interviewets gyldighed, idet vi ikke har kunnet underbygge den kliniske diætists fremstilling af væggtabs- og livsstilstilbuddet gennem interaktionen mellem den kliniske diætist og borgerne i forløbet.

Vi har ligeledes gjort os nogle overvejelser om, hvorvidt vi uintenderet har ladet os styre af den valgte teori, så vi er kommet frem til nogle resultater i analysen, der bekræfter vores antagelser om de kliniske diætisters styringsrationaler, frem for at have en helt neutral tilgang, som vil sikre en større transparens og validitet af undersøgelsen.

På baggrund af ovenstående vurderer vi, at der er grundlag for, at der er god validitet og reliabilitet i vores undersøgelse.

9. Konklusion

Dette speciale har haft til formål at undersøge hvilke styringsrationaler, der gør sig gældende i tre forskellige kommunale væggtabs- og livsstilstilbud og på hvilken måde, det har indflydelse på borgernes subjektivering.

På baggrund af vores undersøgelse med et socialkonstruktivistisk afsæt, Foucaults begreber om selvteknologier, subjektivering, magtudøvelse, biomagt og governmentality, samt den indsamlede empiri og analyse heraf, kan vi konkludere på specialets problemstilling.

Vi har ud fra vores empiri anvendt en tematisk analysetilgang, hvor vi er kommet frem til følgende temaer: *Styringsrationaler - en forventning om hårdt arbejde? Forandrede tilbud bidrager til en anden form for subjektivering af borgerne, Mangelfulde tilbud - et behov for nye styringsrationaler, Borgerne bliver centrum i diverse modpoler og Styring af borgernes ønsker og behov.*

Vores fund i analysen viser, at der i de tre kommunale væggtabs- og livsstilstilbud ses både ligheder og forskelle i deres styringsrationaler. Tilbuddene har det til fælles, at de alle er politisk styret, hvilket giver begrænsninger for de kliniske diætister i udformningen af tilbuddet, herunder kan nævnes økonomiske begrænsninger, der har betydning for indhold, længde og andre fagligheder. Derudover ses ligeledes et magtforhold mellem det politiske organ, der kan vælge at lukke for tilbuddet, hvis der ikke ses effektfulde resultater, hvor vægtudviklingen nævnes som styrende for legitimiteten af tilbuddene. Trods forskellige

styringsrationaler, der spænder mellem et biomedicinsk fokus, en vægtneutral tilgang samt fokus på vaneændringer, finder vi, at alle tre vægttabs- og livsstilstilbud har til formål, gennem en subjektivering af borgerne, at gøre dem til handlende individer, der skal ændre en uhensigtsmæssig adfærd. Vores fund i analysen viser ligeledes, at uanset om der er et vægttabsfokus, eller om der fokuseres på mental sundhed, trivsel og sunde vaner, så accepterer borgerne i højere grad præmissen for tilbuddet i den kommune, der arbejder ud fra et fokus på vægttab. Det kan muligvis forklares ved, at borgerne i alle tilbuddene fortsat har et ønske om at tabe sig i vægt.

Vi forsøger med dette speciale at bidrage til anskuelsen af vægttabs- og livsstilstilbud i kommunalt regi. Vi anerkender, at der er mange perspektiver, der har indvirkning på, hvordan borgere med overvægt mødes i de forskellige kontekster, de befinder sig i, og hvor de ligeledes er underlagt forskellige styringsrationaler. Der findes derfor ikke et endegyldigt svar på vores problemstilling, men i stedet forklaringer på et øjebliksbillede af et område, der er i konstant bevægelse og forandring.

10. Perspektivering

I det følgende afsnit vil vi foretage en perspektivering. Vi forholder os kritiske over for det faktum, at lokalpolitikere efterspørger borgernes vægtudvikling og at dette hermed anses som en markør for vægttabs- og livsstilstilbuddenes succes og eksistens. Dernæst vil vi præsentere et forslag til en alternativ tilgang til vægttabs- og livsstilstilbuddene, der omfavner flere aspekter af menneskets generelle sundhed.

Overvægt og vægttab fylder meget blandt danskerne og i samfundet ses det generelt som en indikator for sundhed. Flere fagprofessionelle anfægter at vægten alene anvendes som et parameter for sundhed, men at andre parametre er mere betydningsfulde for vurderingen af, om et menneske har en vægt, der er sund eller ej. Ligeledes viser forskningen også, at sundhedstilstanden ikke nødvendigvis forbedres ved et vægttab, samt at langt de fleste mennesker tager det tabte på igen efter noget tid (Kjøller et al., 2007). Derfor har vi fundet det interessant at undersøge de kommunale vægt- og livsstilstilbud, hvor vores fund har givet anledning til at overveje handlemuligheder for en fremtidig anskuelse af vægttabs- og livsstilstilbud til mennesker med overvægt.

Eftersom de kommunale vægttabs- og livsstilstilbud bygger på et politisk styret fundament, hvor det er lokalpolitikere, der beslutter, hvorvidt der skal være et tilbud, er det interessant at se på, hvilke parametre de træffer beslutninger ud fra. Vores informanter nævner alle tre, at politikerne er interesserede i at vide, om tilbuddene virker eller ej, hvorfor en vægtudvikling nævnes som en markør, som politikerne efterspørger. Det er interessant, hvordan vægtudviklingen bliver afgørende for vurderingen af kurssets succes, når forskningen viser, at borgerne dels tager det tabte på igen over tid, men især fordi forskningen viser, at vægttab ikke bør være målet, som Rasmus Køster-Rasmussen kommer frem til i sin ph.d afhandling i 2017 (Køster-Rasmussen, 2017). Dette giver anledning til at overveje, hvorvidt vægttabs- og livsstilstilbud i kommunerne i stedet bør fokusere på bevægelse, sunde vaner og en generel trivsel, og hvor der måles på disse parametre i stedet. Her kunne det være spændende, hvis man, gennem sociologen Aron Antonovskys salutogenetiske teori, ser på, hvad der holder mennesker sunde og raske, frem for hvorfor de bliver syge, og ligeledes hvad der er begribeligt, håndterbart og ikke mindst meningsfuldt for borgerne, når de skal opretholde en sund livsstil (Antonovsky, 2014). Dette kan bidrage til at danne nye parametre for succeskriterierne for kommunernes vægttabs- og livsstilstilbud, som i højere grad vil tilgodese individet frem for samfundet. Lokalpolitikernes handlemåde i forhold til at anvende vægten som parameter for, om der skal være et vægttabs- eller livsstilstilbud, falder også godt i tråd med Nanna Mik-Meyers argument for det moralske aspekt, der finder sted i den vestlige verdens medikaliseringstendens, hvor overvægt gøres til en lidelse, der skal behandles, og hvor der er økonomiske interesser i, at overvægt på et samfundsmæssigt plan problematiseres (Mik-Meyer, 2014). Dette store samfundsmæssige fokus på overvægt, hvor ikke mindst sundhedsmyndighederne har en andel med deres anbefalinger og kampagner, fører til stigmatisering og udskamning, hvilket vores empiri ligeledes viser. Derfor mener vi, at der er brug for en anden retorik i samfundsdebatten, hvor overvægt i sig selv ikke skal gøres til et problem. Her ser vi en mulighed i, at kommunerne og de sundhedsprofessionelle sammen kan mobilisere en modstand mod den diskursive tilgang, der finder sted i dag og dermed påvirke sundhedsmyndighederne til at se på forskningen med et nyt og mere nuanceret blik. Med et mere nuanceret blik på vægt som sundhedsparameter, kan de nuværende samfundsdiskurser om sundhed ændres på sigt.

Bilagsliste

1. Kortlægning af alle kommuner
2. Interviewguides
3. Transskribering af interview med Anna
4. Transskribering af interview med Carla
5. Transskribering af interview med Dicte
6. Observationsskemaer
7. Etisk protokol
8. Deltagerinformationer
9. Samtykkeerklæringer
10. Observationsnoter
11. Kodning af interviews

Litteraturliste

- Andreassen, P., Gribsholt, S. B., Ladekjær, E., & Bruun, J. M. (u.å.). *Stigmatisering ved svær overvægt*. Ugeskriftet.dk. Hentet 18. maj 2023, fra <https://ugeskriftet.dk/videnskab/stigmatisering-ved-svaer-overvaegt>
- Antonovsky, Aaron. (2014). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. I *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask* / (1. udgave.). Hans Reitzel.
- ASDAH. (u.å.). *About the Association for Size Diversity and Health*. ASDAH. Hentet 18. maj 2023, fra <https://asdah.org/about-asdah/>
- Bransholm Pedersen, K. (2012). Socialkonstruktivisme. I K. Bransholm Pedersen & S. Juul (Red.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave, s. 187–233). Hans Reitzel.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2017). Kvalitet i kvalitative studier. I *Kvalitative metoder: En grundbog*. (2. udgave., s. 657–670). Hans Reitzel.
- Centers for Disease Control and Prevention. (u.å.-a). *Research Behind the National DPP*. Hentet 17. april 2023, fra <https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/research-behind-ndpp.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (u.å.-b). *What Is the National DPP?* Centers for Disease Control and Prevention. Hentet 17. april 2023, fra <https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/what-is-dpp.htm>
- Cleo G, B. E., Glasziou, P., Isenring, E., & Thomas, R. (2019). *Efficacy of habit-based weight loss interventions: A systematic review and meta-analysis*. <https://doi.org/doi:10.1007/s10865-019-00100-w>. PMID: 31529279.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10(3), 365–388.
- Egholm, L. (2014). *Videnskabsteori: Perspektiver på organisationer og samfund* (T.

Havemann, Red.; 1. udgave). Hans Reitzel.

Eliassen, K. O. (2021). *Foucaults begreber* (A. Carnera, Overs.; 1. udgave).

Samfundslitteratur.

Flyvbjerg, B. (2009). *Samfundsvidenskab som virker: Hvorfor samfundsforskningen fejler, og hvordan man får den til at lykkes igen*. (O. Lindgård Henriksen, Overs.; [1. oplag]).

Akademisk Forlag.

Foucault, M. (1982). The Subject and Power. I H. L. Dreyfus & P. Rabinow, *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics* (s. 208–226). Routledge.

Foucault, M. (1988). *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Tavistock.

Foucault, M. (2008). Sikkerhed, territorium, befolkning: Forelæsninger på Collège de France, 1977-1978. I *Sikkerhed, territorium, befolkning: Forelæsninger på Collège de France, 1977-1978* (1. udgave, Bd. 2008). Hans Reitzel.

Foucault, M. (2015). *Udvalgte forelæsninger og essays* (L. Ebbesen, Red. & Overs.; 1. udg.). Reflect.

Foucault, Michel. (2002). Overvågning og straf: Fængslets fødsel. I M. C. Jacobsen (Overs.), *Overvågning og straf: Fængslets fødsel* /. Det lille forlag.

From, D.-M. (2012). *De sunde overvægtige børn: Sundhedspædagogiske potentialer i arbejdet med overvægtige børn*. Forskerskolen i Livslang Læring, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.

Fødevarestyrelsen. (u.å.). *De officielle kostråd—Godt for sundhed og klima*. Alt om kost.

Hentet 19. april 2023, fra

<https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad>

Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society. Outline of the Theory of Structuration*.

Jensen, H. A. R., Møller, S. R. M., Kragelund, K., Davidsen, M., Román, J. E. I.,

Christensen, A. I., & Ekholm, O. (2022). *Danskernes sundhed*.

- Jonasson, C. (2018). På vej ind i felten. De indledende skridt som deltagerobservatør. I *Deltagerobservation: En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (1. udgave.). Hans Reitzel.
- Juul Kristensen, C., & Hussain, M. A. (Red.). (2019). *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udgave). Samfundslitteratur.
- Juul Nielsen, M. E. (2016). *Forbandede Sunddom* (2. udgave 1. oplag). DreamLitt.
- Juul Rasmussen, T., & Jensen, M. (u.å.). *Skal fokus flyttes fra vægttabet? Kost og Ernæringsforbundet*. Hentet 21. maj 2023, fra <https://kost.dk/skal-fokus-flyttes-fra-vaegttabet>
- Juul, S., & Bransholm Pedersen, K. (Red.). (2012). *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori: En indføring* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (Red.). (2017). *Kvalitativ analyse: Syv traditioner* (1. udgave). Hans Reitzel.
- Jørgensen, M. W., & Phillips, L. (2008). Diskursanalyse som teori og metode. I *Diskursanalyse som teori og metode* (6. oplag., Bd. 2008). Samfundslitteratur.
- Kjøller, M., Juel, K., & Kamper-Jørgensen, F. (2007). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007: 2004, 2005, 2006. I *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007: 2004, 2005, 2006*. Syddansk Universitet.
- Klarlund, B., & Andersen, L. B. (2018). *Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling*. Sundhedsstyrelsen.
- Kristensen, C. J. (2019). Forskningsetik i samfundsvidenskaberne. I *Metoder i samfundsvidenskaberne*. (2. udgave., s. 77–94). Samfundslitteratur.
- Kristiansen, S. (2018). Ethiske udfordringer ved deltagende observation. I *Deltagerobservation: En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (1. udgave., s. 213–230). Hans Reitzel.

Kræftens Bekæmpelse. (u.å.). *Et lettere samfund—Kræftens Bekæmpelse*. Lettere sammen.

Hentet 10. februar 2023, fra <https://www.cancer.dk/etletteresamfund/>

Kræftens Bekæmpelse, Diabetesforeningen, Hjerteforeningen, & Sundhedsstyrelsen. (2021).

Danskernes viden om og holdninger til overvægt og sundhed.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som*

håndværk (3. udg). Hans Reitzels.

Køster-Rasmussen, R. (2017). *Weight Changes in General Practice*. Jun;64(6):B5376. PMID: 28566125.

Lindemann, B. (u.å.). *Stigmatisering: Fokus på mennesker i stedet for vægt*. Dagens Medicin.

Hentet 18. maj 2023, fra

<https://dagensmedicin.dk/fokus-paa-mennesker-i-stedet-for-vaegt/>

Lupton, D. (2014). "How do you Measure up?" *Assumptions About "Obesity" and Health-Related Behaviors and Beliefs in two Australian "Obesity" Prevention Campaigns*.

<https://www-tandfonline-com.ep.fjernadgang.kb.dk/doi/epdf/10.1080/21604851.2013.784050?needAccess=true&role=button>

Lupton, D. (2018). *Fat* (2. udg.). Routledge.

Mik-Meyer, N. (2013). Magtrelationer i sundhedsarbejdet. I *Sundhed, Menneske og Samfund* (1. udgave, s. 129–144). Samfundslitteratur.

Mik-Meyer, N., & Villadsen, K. (2021). Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren. I *Magtens former: Sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (1. udgave.). Hans Reitzel.

Mik-Meyer, N. (2014). Health promotion viewed in a critical perspective. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(15_suppl), 31–35.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (u.å.-a). *Details About the*

Program. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hentet

17. april 2023, fra

<https://www.cdc.gov/diabetes/prevention/details-about-the-program.html>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (u.å.-b). *Diabetes*

Prevention Program (DPP). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Hentet 17. april 2023, fra

<https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp>

Nationalt Center for Overvægt. (u.å.). *Om overvægt*. Nationalt Center for Overvægt. Hentet

14. februar 2023, fra <https://www.ncfo.dk/om-overvaegt/>

Nilsson, R. (2009). *Michel Foucault: En introduktion*. (1. udgave.). Hans Reitzel.

Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body

Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and Low Self-Esteem in Adolescent Girls and Boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539–549. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_5

Pedersen, M. (2018). Triangulær validering. Samspillet mellem deltagerobservationer og

kvalitative interview. En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener. I M.

Pedersen, J. Klitmøller, & K. Nielsen (Red.), *Deltagerobservationer* (1. udgave., s. 122–131). Hans Reitzel.

Pedersen, M., Klitmøller, J., & Nielsen, K. (2018). *Deltagerobservation: En metode til undersøgelse af psykologiske fænomener*. (1. udgave.). Hans Reitzel.

Poulsen, B. (2019). Semistrukturerede interviews. I C. J. Kristensen & M. A. Hussain (Red.), *Metoder i samfundsvidenskaberne* (2. udgave, s. 97–116). Samfundslitteratur.

Rahimi-Ardabili, H., Reynolds, R., Vartanian, L. R., McLeod, L. V. D., & Zwar, N. (2018). A Systematic Review of the Efficacy of Interventions that Aim to Increase

Self-Compassion on Nutrition Habits, Eating Behaviours, Body Weight and Body Image. *Mindfulness*, 9(2), 388–400. Scopus.

<https://doi.org/10.1007/s12671-017-0804-0>

Rohweder, M. (u.å.). *Fedmeforsker: Patienter skal tælle skridt—Ikke kilo*. Sundhedspolitisk Tidsskrift. Hentet 21. maj 2023, fra

<https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/2672-fedmeforsker-patienter-skal-taelleskridt-ikke-kilo.html>

Sundhed.dk. (u.å.). *Sundhedstilbud*. Sundhed.dk. Hentet 17. maj 2023, fra

<https://www.sundhed.dk/borger/guides/sundhedstilbud/>

Sundhedsstyrelsen. (u.å.). *Strategi, mission og værdier*. Hentet 18. maj 2023, fra

<https://www.sst.dk/da/om-os/strategi-og-grundlag/strategi-mission-og-vaerdier>

Sundhedsstyrelsen. (2018). *Forebyggelsespakke Overvægt*.

Sundhedsstyrelsen. (2021). *Livsstilsintervention ved svær overvægt. Anbefalinger for tilbud til børn og voksne*. Sundhedsstyrelsen.

Tylka, T. L., Annunziato, R. A., Burgard, D., Daniélsdóttir, S., Shuman, E., Davis, C., & Calogero, R. M. (2014). The Weight-Inclusive versus Weight-Normative Approach to Health: Evaluating the Evidence for Prioritizing Well-Being over Weight Loss.

Journal of Obesity, 2014(2014), 983495–18. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/983495>

Ulian, M., Aburad, L., da Silva Oliveira, M., Poppe, A., Sabatini, F., Perez, I., Gualano, B., Benatti, F., Pinto, A., Roble, O., Vessoni, A., de Moraes Sato, P., Unsain, A., & Baeza Scaglius, F. (2018). *Effects of health at every size® interventions on health-related outcomes of people with overweight and obesity: A systematic review*.

<https://doi.org/doi:10.1111/obr.12749>. Epub 2018 Sep 27. PMID: 30261553.

Vallgård, S. (u.å.). *Signild Vallgård til Kræftens Bekæmpelse: Hvad er formålet med jeres kampagne?* Sundhedsmonitor. Hentet 19. april 2023, fra

<https://sundhedsmonitor.dk/debat/art7911358/Hvad-er-form%C3%A5let-med-jeres-kampagne>

Vendelbo Lind, M., Fleischer Michaelsen, K., Mølgaard, C., Astrup, A., Meinert Larsen, T., & Københavns Universitet, Det Natur- og Biovidenskabelige Fakultet, Institut for Idræt og Ernæring (NEXS). (2018). *Evidens for livsstilsinterventioner til børn og voksne med svær overvægt. En litteraturgennemgang*. Sundhedsstyrelsen.

Vægtneutral sundhed. (u.å.). *Hvad er vægtneutral sundhed?* [www.vaegtneutralsundhed.dk].

Hentet 17. april 2023, fra

<http://vaegtneutralsundhed.dk/hvad-er-vaegtneutral-sundhed/>

WHO. (u.å.-a). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet 24. maj 2023, fra

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO. (u.å.-b). *Mental health*. Hentet 24. maj 2023, fra

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion, 1986* (s. 5 p.). World Health Organization. Regional Office for Europe.

WHO. (2017). *Weight bias and obesity stigma: Considerations for the WHO European Region* (s. 5 p.). World Health Organization. Regional Office for Europe.

Wing, RR., & Phelan, S. (2005). *Long-term weight loss maintenance*. 2005 Jul;82(1 Suppl):222S-225S. <https://doi.org/doi:10.1093/ajcn/82.1.222S>. PMID: 16002825.