

Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige

Medikalisering af overvægt

Kandidatspeciale

Kristine Helmer

2025



Kandidatspeciale – Kommunikation

Gruppenummer	9
Studerende	Kristine Helmer <i>Studienummer: 20205419</i>
Studieretning	Kommunikation
Semester og fag	10. semester – Speciale
Vejleder	Thomas Ploug
Afleveringsdato	Den 2. Juni 2025
Antal anslag	191.997
Antal sider	80 normalsider



AALBORG UNIVERSITY
DENMARK

Abstract

Introduction

The classification of obesity as a disease has become increasingly prevalent and has sparked ethical debates, particularly regarding the role of the pharmaceutical industry. Novo Nordisk, a leading producer of obesity medication, is a central actor in this development. This thesis investigates how the company's communication influences public perceptions of obesity as a disease, and the ethical issues that arise from this framing, particularly in relation to stigma.

Objectives

This thesis aims to explore the ethical dilemmas and consequences associated with the medicalization of obesity and to investigate how Novo Nordisk's role contributes to or challenges stigmatizing narratives. It explores how individuals living with overweight or obesity experience and respond to the medicalization of obesity.

Methods

The study applies a qualitative approach, combining an analysis of Novo Nordisk's external communication with data from two focus group interviews involving participants with a BMI over 25. The theoretical framework draws on concepts of medicalization, stigma, and ethical perspectives.

Results

Findings indicate ambivalence about classifying obesity as a disease. Several participants find that classifying obesity as a disease can reduce personal blame and promote an understanding of obesity as a complex and multifactorial condition. At the same time, medical framing may reinforce the perception of the body as deviant and contribute to the sense of being "wrong".

Discussion

This thesis concludes that experiences of stigma do exist but also highlights the need for quantitative research to determine the prevalence and scale of such experiences. The results highlight the need for more nuanced public narratives that balance treatment access with recognition of bodily diversity. Novo Nordisk's communication reflects a conflict between health promotion and commercial interest, emphasizing the importance of ethical responsibility in shaping public discourse on health and body norms.

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
Problemfelt og problemformulering	6
Undersøgelsesspørgsmål	6
Kontekstualisering	7
Klassificeringen af "obesity" som sygdom.....	7
Den danske oversættelse af "obesity"	8
Medicinsk behandling af overvægt.....	8
Videnskabelige publikationer.....	9
Litteraturreview.....	10
Medikalisering.....	10
Medikalisering i nyere tid	11
Medikalisering af "obesity"	13
Medikalisering og stigmatisering.....	16
Stigmatisering.....	18
Teoretiske perspektiver.....	21
Stigmatisering.....	21
Stigmatisering og etik	26
Medikalisering.....	29
Medikalisering og etik	34
Metode og videnskabsteori.....	37
Metodisk tilgang.....	37
Kvalitativ metode.....	37
Dokumenter som empirisk kilde	38
Fokusgruppeinterview.....	40
Videnskabsteoretiske overvejelser.....	48
Hermeneutik.....	48
Socialkonstruktivisme.....	52
Analyse	55

Hvordan konstrueres svær overvægt som en sygdom af Novo Nordisk, og hvilke etiske konsekvenser har denne konstruktion?	55
Svær overvægt er en kronisk sygdom	56
Sygdomsrisici: følgesygdomme af overvægt	56
Information og autoritet – social kontrol	58
Et personligt ansvar for behandling	59
Ansvar for egen sundhed	61
Sundhed som en overordnet værdi – livskvalitet	62
(Af)stigmatisering af overvægtige	63
Hvordan opfattes stigmatisering af overvægtige, og hvordan hænger det sammen med medikaliseringen af overvægt?	64
Miskrediterende stigma: kropsform	65
Overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke	65
Overvægtige skal tabe sig	67
Overvægtige er dovne og arbejdsløse	69
Overvægtige er en belastning for samfundet	70
Overvægtige er usunde	72
Overvægtige fejler altid noget	73
Overvægtige er ikke lykkelige	74
Overvægtige er psykisk belastede	75
Vægttab øger livskvalitet	76
Konklusion	78
Litteraturliste	80
Bilag	93
Bilag 1: Godkendelse af litteraturliste	93
Bilag 2: Infomedia-søgning	93
Bilag 3: Novo Nordisk – hjemmeside	93
Bilag 4: Invitation til fokusgrupper	93
Bilag 5: Interviewguide	93
Bilag 6: Kodning af interviews	93
Bilag 7: Transskribering af interview 1	93
Bilag 8: Transskribering af interview 2	93

Indledning

I takt med et stigende globalt fokus på sundhed har spørgsmålet om overvægt og behandlingen heraf vundet frem i den offentlige debat. Især udviklingen og udbredelsen af vægttabsmedicin har de seneste år taget fart og ført til en ny opmærksomhed på, hvordan overvægt opfattes, omtales og håndteres. En central aktør i denne udvikling er Novo Nordisk – en global medicinalvirksomhed, som er verdenskendt for behandlinger af blandt andet diabetes og svær overvægt. Med lanceringen af det receptpligtige lægemiddel Wegovy har Novo Nordisk markeret sig som en central aktør i behandlingen af svær overvægt – en tilstand, som virksomheden selv betegner som en alvorlig og kronisk sygdom, der kræver professionel behandling.

Svær overvægt – også omtalt fedme – rammer millioner af mennesker verdenen over og forbindes med en øget risiko for blandt andet type 2-diabetes og hjertekarsygdomme. Men overvægt er ikke kun en sundhedsudfordring – det er også en social markør, som ofte forbindes med negative stereotyper. Mange mennesker, der lever med overvægt, oplever stigmatisering i deres hverdag. Netop dette har gjort spørgsmålet om, hvordan overvægt defineres og italesættes særligt betydningsfuldt. Når Novo Nordisk og andre aktører arbejder på at fremme sygdomsforståelsen af svær overvægt, rejser det ikke blot spørgsmål om behandling, men også om, hvordan denne forståelse kan påvirke oplevelsen af stigmatisering – enten ved at mindske den gennem anerkendelse eller forstærke den ved sygeliggørelse.

På trods af at det i Europa ikke er lovligt at markedsføre receptpligtig medicin til forbrugere, har Novo Nordisk gennem kampagner, oplysning og sprogbrug promoveret svær overvægt som en sygdom – der kan behandles med medicin. Udviklingen af vægttabsmedicin rejser i den forbindelse en række spørgsmål, ikke mindst i forhold til udviklingen af produkter og nye former for forebyggelse, eksempelvis vægttabsmedicin i pilleform. Når en virksomhed som Novo Nordisk, der potentielt har en økonomisk interesse i, at svær overvægt forstås som en sygdom, samtidig er blandt dem, der både kommunikerer og producerer viden om tilstanden, opstår et etisk og kommunikativt spændingsfelt.

Denne udvikling rejser en række centrale spørgsmål om medikalisering, ansvar og etik: Er vi vidne til en reel sygdomsforståelse, der kan mindske stigma og fremme behandling – eller snarere en kommerciel strategi, der indirekte markedsfører et produkt gennem problematisering af kroppen?

Problemfelt og problemformulering

Mit afsæt for dette speciale har været Novo Nordisks økonomiske gevinst ved at italesætte svær overvægt som en sygdom, hvilket har rejst opmærksomhed om stigmatisering, herunder at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, kan forstærke stereotyper om overvægtige. Derfor vil jeg undersøge, hvordan medikaliseringen af overvægt påvirker stigmatiseringen af overvægtige – uden direkte fokus på den økonomiske gevinst. Jeg ønsker at undersøge, hvordan Novo Nordisk kommunikerer om overvægt, herunder hvad de fokuserer på i deres kommunikation om svær overvægt som en sygdom – og hvad det har af konsekvenser for oplevelsen af stigmatisering. Mit fokus er derfor på stigmatisering som et socialt og kulturelt fænomen, og jeg afgrænser mig i den forbindelse fra at tage stilling til, om det er fagligt korrekt at kalde svær overvægt en sygdom.

Dette speciale undersøger følgende problemformulering:

Hvilke etiske spørgsmål og problematikker rejser det øgede fokus på svær overvægt som sygdom, og hvilken rolle spiller Novo Nordisk i forhold til denne problematik?

Undersøgelsesspørgsmål

Til besvarelse af problemformuleringen, vil jeg benytte følgende undersøgelsesspørgsmål:

- 1) Hvordan konstrueres svær overvægt som en sygdom af Novo Nordisk, og hvilke etiske konsekvenser har denne konstruktion?
- 2) Hvordan opfattes stigmatisering af overvægtige, og hvordan hænger det sammen med medikaliseringen af svær overvægt?

Kontekstualisering

For at forstå den aktuelle debat om medikaliseringen af overvægt og Novo Nordisks rolle heri, er det nødvendigt først at afdække den sundheds- og samfundsmæssige kontekst, hvori sygdomsklassificeringen af opstået og udviklet. I det følgende vil jeg præsentere en kontekstualisering, der afdækker, hvordan svær overvægt er blevet opfattet som en medicinsk tilstand, herunder hvordan WHO og andre aktører har bidraget til at definere og formalisere svær overvægt som en sygdom.

Klassificeringen af “obesity” som sygdom

WHO (World Health Organization) begyndte i 1948 at anerkende “obesity” som en medicinsk tilstand ved at inkludere det i ICD – The International Classification of Diseases (James, 2008, s. 120). James beskriver i *WHO recognition of the global obesity epidemic* den historiske udvikling og de udfordringer, der har præget WHO’s anerkendelse af “obesity” som sygdom. Tidligere blev “obesity” primært set som et ernæringsproblem, og der var ingen forskning, der viste klar sammenhæng mellem “obesity” og hjertekarsygdomme (James, 2008, s. 120). I 1970’erne begyndte der at opstå bekymringer for “obesity” og nye studier viste, at “obesity” kunne være en risikofaktor for andre sygdomme, herunder hjertesygdomme (James, 2008, s. 121). I 1997 erklærede WHO tilmed “obesity” som en global epidimi (WHO Consultation on Obesity, 1997).

WHO’s definition af “obesity” er i dag, at “Obesity is a chronic complex disease defined by excessive fat deposits that can impair health. Obesity can lead to increased risk of type 2-diabetes and heart disease, it can affect bone health and reproduction, it increases the risk of certain cancers. Obesity influences the quality of living, such as sleeping or moving.” (WHO, 2025). Klassificeringen af “obesity” sker primært ud fra BMI (Body Mass Index), hvor en persons vægt divideres med højden. WHO kategoriserer “obesity” og “overweight” som:

- “Overweight” (overvægt) er, hvis en persons BMI er større eller lig med 25
- “Obesity” (svær overvægt) er, hvis en persons BMI er større eller lig med 30.

(WHO, 2025)

I WHO’s definition af “obesity”, beskriver de det som en kronisk kompleks sygdom, der er defineret af et øget mængde fedtdepoter, der kan være skadeligt for helbredet. I den forbindelse pointerer WHO med deres definition, at BMI kan være en markør for “overweight” og “obesity”, men at tallet ikke tager højde for fordelingen af muskler og fedt.

Andre målinger, som eksempelvis taljeomkreds er også væsentligt at tage højde for i diagnosticeringen af “overweight” og “obesity” (WHO, 2025).

I 2013 anerkendte AMA (American Medical Association) ”obesity” som sygdom, hvilket de gjorde imod rådende fra Public Health og Science Committee. I den forbindelse opstod spørgsmål om, hvorvidt “obesity” klassificeredes korrekt (Stoner & Cornwall, 2014, s. 462).

Europakommissionen anerkender i dag ikke “obesity” som en sygdom i sig selv, men anerkender “obesity”, som en kronisk recidiverende sygdom, der kan medføre en række andre ikke-smitsomme sygdomme, eksempelvis diabetes, hjertekarsygdomme og kræft (European Commission, 2023).

Den danske oversættelse af “obesity”

På dansk bruges betegnelserne svær overvægt, fedme, obesitas eller adipositas om “obesity”. Jeg vil gennemgående anvende betegnelsen *svær overvægt* som en direkte oversættelse af “obesity”. Det gør jeg, da det er den mest udbredte betegnelse, og den som benyttes af Novo Nordisk – selvom det ifølge Bjerregaard et al ikke fuldt ud dækker WHO’s definition (Bjerregaard et al, 2023).

Ligesom Europakommissionen ikke anerkender svær overvægt som en sygdom, er svær overvægt heller ikke anerkendt som en sygdom i Danmark. Af Sundhedsstyrelsen i Danmark defineres svær overvægt som “[...] en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en sådan grad, at det har konsekvenser for helbredet.” (Sundhedsstyrelsen, 1999). Altså klassificeres svær overvægt ikke som en sygdom i sig selv, men som en tilstand der øger risikoen for en række andre livsstilssygdomme (Juul, 2024).

Medicinsk behandling af overvægt

I takt med historiens udvikling og opfattelsen af svær overvægt som en sygdom, herunder WHO’s definition af svær overvægt som en kronisk og kompleks sygdom, er det i stigende grad en tilstand, der er blevet anset for at kunne behandles med medicin. En central aktør i opfattelsen af overvægt som et medicinsk problem er Novo Nordisk. I den forbindelse bliver der peget på Novo Nordisks rolle, når det kommer til finansieringen af forskning og uddannelsesmuligheder, hvilket har været med til at muliggøre medicinsk behandling af svær overvægt (Grønneman, 2024).

Novo Nordisks vægttabspræparat, Wegovy, blev først godkendt i USA i 2021, for derefter i Danmark i 2022. Wegovy er en “udløber” af Novo Nordisks medicinske præparat,

Ozempic, til personer med diabetes. Forskning viste, at personer, der indtog Ozempic også tabte sig i vægt. Både Wegovy og Ozempic indeholder semaglutid, som nedsætter appetitten og giver en fornemmelse af mæthed, hvilket gør, at man spiser mindre og taber sig.

Semaglutid-indholdet er højere i Wegovy end i Ozempic (Kjærgaard, 2025)

I marts 2023 godkendte Sundhedsstyrelsen behandling af Wegovy. Kriterierne for at få udskrevet recept på Wegovy er, at man har et BMI på mindst 30 eller, at man har et BMI, der ligger mellem 27 og 30, hvor man samtidig også har mindst én risikofaktor, hvilket kunne være prædiabetes, type 2-diabetes, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, søvnapnø eller hjertekarsygdom (Kjærgaard, 2025)

Videnskabelige publikationer

I forbindelse med godkendelsen af Wegovy, har Novo Nordisk udført en række kliniske forsøg, der har undersøgt effekten af stoffet semaglutid – det aktive stof i Wegovy. De kliniske forsøg betegnes ved STEP-studierne (Semaglutide Treatment Effect in People with Obesity), og undersøger effekten af semaglutid på personer med svær overvægt. STEP-studierne dokumenterer, at semaglutid fører til betydeligt vægttab og forbedringer i blandt andet blodsukker og blodtryk – men også at bivirkninger kan forekomme, såsom kvalme, opkast, forstoppelse og diarré. Studierne viser, at effekten opretholdes ved vedvarende behandling, mens vægten stiger igen ved ophør (Wilding et al, 2021; Davies et al, 2021; Wadden et al, 2021; Rubino et al; 2021; Garvey et al, 2022; Kadowaki et al 2022; Mu et al, 2024, Rubino et al, 2022). Overordnet understøtter studierne semaglutid som behandling til personer med (svær) overvægt, hvilket viser, at (svær) overvægt kan behandles medicinsk – frem for udelukkende med livsstilændringer.

Litteraturreview

Efter at have redegjort for udviklingen af svær overvægt som en sygdom, herunder WHO's definition og fremkomsten af medicinsk behandling, vil jeg nu belyse de to centrale begreber, *medikalisering* og *stigmatisering*. Disse danner grundlag for analysen af, hvordan sygdomsklassificering påvirker samfundets syn på overvægt. Gennem dette litteraturreview vil jeg gennemgå eksisterende forskning indenfor medikalisering med det formål at skabe et fundament for at forstå de dynamikker, der er på spil, når sundhedsopfattelser formes som sygdomskategorier.

Medikalisering

Den 28/03/2025 foretog jeg en Scopus-søgning med søgeordene ”*medicalisation OR medicalization*” i titlen. Denne søgning gav 1.548 resultater. Jeg valgte at sortere efter de *mest citerede* resultater for at finde frem til de artikler, som har haft stor indflydelse på forskningsfeltet og er blevet anvendt og anerkendt af andre forskere. De to øverste resultater var *Healthism and the medicalization of everyday life* (Crawford, 1980) og *The shifting engines of medicalization* (Conrad, 2005).

Crawford (1980) introducerer begrebet *healthism*, som er fokuseret på personlig sundhed som nøglen til at opnå velvære. Det indebærer, at sundhed ses som individets eget ansvar og noget man primært skal opnå gennem livsstilændringer. Centralt for *healthism* er medikaliseringen af hverdagsfænomener, hvor sociale og adfærdsmæssige afvigelser i stigende grad defineres som sygdomme og behandles medicinsk. Crawford kritiserer den medicinske models tendens til at skabe et individuelt ansvar for egen sundhed. Crawford peger på, at medikaliseringen af hverdagsfænomener overser og slører sociale og strukturelle forhold ved at reducere sundhedsproblemer til biologiske ubalancer i individet. Crawford peger på en mere holistisk forståelse af sundhed, hvor erfaringsmæssig forståelse af sygdom, herunder begivenheder og oplevelser i hverdagen gennemtænkes i årsagerne til sygdom – fremfor biologiske faktorer. Ved medikalisering referer Crawford til Irving Kenneth Zola, som fremhæver de medicinske institutioners udvidelse af magt ved at definere sociale tilstande som medicinske problemer, herunder afvigende adfærd i forhold til normalitet (Crawford, 1980). I det teoretiske afsnit om medikalisering vil jeg uddybe Zolas argument om medikalisering som socialt kontrollerende samt inddrage Crawfords begreb om *healthism*. I den forbindelse er Crawford central for mit afsæt om medikalisering, fordi han viser,

hvordan sundhedsideologier kan forstærke en forståelse af sygdom som individets ansvar og dermed bane vejen for medicinske løsninger som legitime svar på sociale problemer.

Conrad (2005) undersøger, hvordan medikaliseringsprocessens drivkræfter har ændret sig over tid. Conrad peger på tre centrale udviklinger: Magten er flyttet fra læger til kommercielle aktører såsom farmaceutiske virksomheder, der i stigende grad definerer sociale fænomener som medicinske problemer. For det andet peger han på en drivkraft i bioteknologien og især medicinalindustriens voksende rolle i at udvide markedet direkte til forbrugeren ved promoveringen af medicinske løsninger. For det tredje peger Conrad på, at forbrugers rolle har udviklet sig over tid, og at forbrugeren gennem digital forbrugerorienteret information bliver medskabere af sygdomsopfattelser og i højere grad efterspørger medicinske løsninger (Conrad, 2005). Conrad er central for mit afsæt om medikalisering, fordi han netop synliggør, hvordan kommercielle interesser, særligt i medicinalindustrien, er blevet centrale aktører i at forme sundhedsopfattelser – hvilket er direkte relevant for analysen af Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige. Conrads fokus på medikalisering er i artiklen primært fokuseret mod de strukturelle drivkræfter i medikaliseringsprocessen, hvorfor artiklen er mindre vigtig for mit teoretiske perspektiv på etiske implikationer.

Medikalisering i nyere tid

For at inddrage nyere forskning indenfor medikalisering i forhold til, hvordan medicinske behandlinger i højere grad normaliseres, justerede jeg Scopus-søgningen til de *mest relevante* resultater. Blandt de 10 første resultater, alle fra 2025, fandt jeg eksempler på, hvordan medikalisering påvirker forskellige samfundsområder, hvilket udfoldes i nedenstående. Et enkelt portugisisk studie er sorteret fra på grund af sprogbarrieren.

Medikalisering af køn

Kirli og Kaya (2025) samt Wills og Gottlieb (2025) undersøger kønsspecifik medikalisering, hvor henholdsvis kvinders livsfaser og maskulinitet gøres til medicinske problemer gennem sundhedssystemer og markedsføring. Studiet af Kirli og Kaya undersøger medicineringen af stadierne i kvinders liv, hvor naturlige processer i stigende grad behandles som medicinske problemer, herunder menstruation, graviditet, fødsel, overgangsalder og aldring (Kirli & Kaya, 2025). Studiet af Wills og Gottlieb undersøger, hvordan produkter som Viagra har bidraget til at opfatte maskulinitet som et medicinsk fænomen. I studiet undersøges, hvordan markedsføring direkte til forbrugeren forstærker hegemoniske maskuline værdier samt påvirker mænds opfattelse af deres egen sundhed og maskulinitet (Wills & Gottlieb, 2025).

Behandlingsdomstole: politik, race- og klasseforskelle

Rainock (2025) undersøger hvordan behandlingsdomstole i USA påvirkes af politiske beslutninger, race og klasse. Studiet baseres på statistiske data om udbredelsen af behandlingsdomstole, historiske analyser af narkotikapolitikker og kvalitative interviews med aktører inden for retssystemet. Rainock peger på, at tidligere politiske beslutninger samt race- og klasseforskelle påvirker domstolene, der kan tilbyde alternative behandlingsforløb frem for traditionel fængselsstraf (Rainock, 2025)

Medikalisering af mødres sundhed

Potvin (2025) undersøger Canadas Muskoka-initiativ, der blev lanceret i 2010 for at sikre mødres, nyfødtes og børns sundhed. Initiativet understreger en øget risiko forbundet med en fødsel, hvilket kan afhjælpes af adgang til lægehjælp. Ved denne medikalisering af fødslen peger studiet på, at initiativet fører til afpolitisering af reproduktive rettigheder, hvilket samtidig skaber ulighed ved muligheden for at modvirke graviditet blandt visse befolkninger (Potvin, 2025).

Medikalisering af barndommen

Alford (2025) undersøger medikaliseringen af barndommen, og hvordan det påvirker børns position i samfundet. Studiet peger på, at medikalisering øger voksnes magt ved at kunne definere og regulere barndommen gennem kategorisering af adfærd, hvor specifikke former for adfærd placeres under medicinsk kontrol. Alford påpeger dermed, at medikaliseringen af adfærd i barndommen fritager børn fra deres rettigheder og reducerer barnets autonomi (Alford, 2025).

Medikalisering af infertilitet

James et al (2025) undersøger, hvordan medikalisering påvirker individers opfattelse af infertilitet. Studiet peger på, at individers opfattelse af infertilitet afhænger af den enkeltes kulturelle og sociale kontekst. Det fremhæves, at infertilitet er blevet medikaliseret i så høj en grad, at opfattelsen af problemet er, at det kun kan løses ved medicin – hvilket marginaliserer alternative forståelser (James et al, 2025).

Aktører i medikaliseringsprocessen

Halpin og Cortez (2025) undersøger medikaliseringsteori og karakteriserer medikalisering ved ulige relationer. De påpeger, at medikalisering skal forstås som en handling eller aktivitet, foretaget af specifikke grupper eller aktører. De ulige relationer opstår, når visse

grupper eller aktører drager større fordel af medikaliseringen, hvilket begrænser andre aktører (Halpin & Cortez, 2025).

Medikalisering i det post-genomiske samfund

Karaboue og Lacasella (2025) undersøger medikalisering i det post-genomiske samfund, hvor medikalisering tidligere omfavnede sygdomsbehandling til i dag at påvirke identitet, autonomi og etik. I studiet diskuteres etiske implikationer af genetisk information, blandt andet de etiske spændinger som sundhedspersonale står overfor samt forskning inden for prædiktiv- og præcisionsmedicin (Karaboue & Lacasella, 2025).

Medikalisering af fødevarekontrol

Eslahi et al (2025) undersøger medikaliseringen af fødevarekontrol i Qajar-perioden. Studiet peger på en medikalisering af folkesundheden ved regeringens initiativer, som blandt andet er etableringen af sundhedsinstitutioner og gennemførelse af oplysningskampagner om folkesundhed – initiativer der erstatter traditionelle folkelige og religiøse forståelser af fødevarersikkerhed med medicinsk lære om fødevarekvalitet (Eslahi et al, 2025).

Samlet er de ni studier eksempler på nyere forskning, der viser, hvordan medikalisering påvirker forskellige aspekter i samfundet. Fælles for de ni artikler er, at de har en kritisk tilgang til, hvordan medikalisering påvirker samfundet, herunder hvordan medikalisering er med til at forme menneskers oplevelser og til tider begrænse dets autonomi.

Medikalisering af ”obesity”

Med fokus på medikaliseringen af ”obesity” justerede jeg Scopus-søgningen til ”*medicalisation OR medicalization AND obesity*”, hvor ordene indgik i titlen. Jeg foretog denne mere specifikke søgning for at indsnævre fokus og finde forskning, der direkte adresserer koblingen mellem medikalisering og ”obesity”. Ved denne søgning fik jeg 14 resultater, hvoraf jeg har udvalgt de 10 mest væsentlige for min undersøgelse. I den forbindelse vil jeg præsentere, hvad der er lavet af forskning indenfor medikalisering af ”obesity”.

Svær overvægt i den kliniske praksis

Bombak et al (2022) og Ortiz et al (2017) kritiserer, at behandlingsretningslinjer for svær overvægt i stigende grad præges af medicinalindustrien og fokuserer på vægttab, mens sociale og miljømæssige årsager overses. Studiet af Bombak et al peger på, at det stigende fokus på medicinsk behandling af svær overvægt, understøtter en medicinsk forståelse af overvægt, der fokuserer på primære behandlingsmål som vægttab og reduktion af relaterede

sundhedsrisici (Bombak et al, 2022). Ortiz et al fremhæver desuden, at det øgede fokus på medicinsk behandling af svær overvægt skaber et individualiseret problem – dette med udgangspunkt i muligheden for kirurgiske indgreb til behandling af svær overvægt. Ortiz et al udviser bekymring for, at normaliseringen af medicinsk behandling af svær overvægt kan føre til urealistiske forventninger og samtidig øge ulighed i sundhed (Ortiz et al, 2017).

Ufuldstændig medikaliseringsproces

Mens Bombak et al og Ortiz et al peger på strukturelle problematikker ved normaliseringen af medicinsk behandling af svær overvægt, tilbyder Ciciurkaite, et al (2019) et perspektiv på denne medikaliseringsproces som ufuldstændig. Studiet af Ciciurkaite et al viser, at selvom de medicinske behandlinger af svær overvægt er stigende sammen med den øgede bevidsthed på sundhedsrisici, så er medikaliseringen af svær overvægt i praksis ufuldstændig, da læger ikke konsekvent diagnosticerer eller behandler svær overvægt – hvilket afspejler manglende enighed om sygdomsstatus og behandlingsmuligheder (Ciciurkaite et al, 2019).

Overmedikalisering og stigmatisering

Flere studier peger på, at medikalisering kan være stigmatiserende. McPhail og Mazur (2019) peger på, at gravide kvinder med højt BMI møder øget overvågning, der påvirker kvindernes autonomi og kontrol over egen krop under graviditeten. Studiet peger på, at svær overvægt behandles som en risikofaktor i forbindelse med graviditet, og at gravide kvinder med et højere BMI kategoriseres som højriskpatienter – i mødet med sundhedspersonale oplever de stigmatisering grundet fokus på deres vægt (McPhail & Mazur, 2019). Med fokus på svær overvægt som en risikofaktor diskuterer Sadler (2014) de negative konsekvenser ved at klassificere svær overvægt som en sygdom, herunder stigmatisering. Sadler advarer om, at sygdomsklassificeringen kan føre til overmod hos læger, hvis de føler sig hjælpeløse ved behandlingen af personer med svær overvægt, hvilket kan forværre patienternes oplevelse og behandling (Sadler, 2014). Finlayson (2017) kritiserer overmedikalisering af madafhængighed i relation til svær overvægt, der fokuserer på nydelsesbetonet overspisning – en adfærd, Finlayson påpeger er naturlig, og som kan forklares som en konsekvens af menneskers motivation og normale belønningsprocesser i hjernen. Finlayson peger på en unødvendig medikalisering af almindelig spiseadfærd, der ligesom Bombak et al og Ortiz et al peger på, at medikalisering overskygger sociale og psykologiske årsager – en overskygning der ikke nødvendigvis hjælper den enkelte med at forstå, hvad de underliggende årsager til ens vægtproblem kan være (Finlayson, 2017).

Humor som coping-mekanisme

Ersfjord (2018) undersøger børns humor, der er diagnosticeret med svær overvægt. Studiet viser, hvordan børn med svær overvægt bruger humor som coping-mekanisme i et rehabiliteringsprogram, hvilket afspejler en internalisering af den medicinske forståelse og samfundets negative syn på deres kroppe. Ud fra dette perspektiv peger Ersfjord på brugen af humor som et forsvar, der netop afspejler en medikaliseringsproces i rehabiliteringsprogrammet, der påvirker børns selvopfattelse (Ersfjord, 2018).

Udviklingen indenfor medikalisering af svær overvægt

Paradis (2016) argumenterer for, at anvendelsen af medicinske termer og diagnoser i forskningslitteraturen har bidraget til at omdefinere svær overvægt som en sygdom. Paradis påpeger, at medikaliseringen af svær overvægt kan have negative konsekvenser for individer med svær overvægt såsom øget stigmatisering. Samtidig peger hun på samme problematik som Bombak et al, Ortiz et al og Finlayson: Medikaliseringen af svær overvægt fokuserer på individuelle og medicinske løsninger frem for strukturelle årsager (Paradis, 2016). Studiet af Salant og Santry (2006) viser, hvordan udviklingen inden for medikaliseringen af svær overvægt har ført til online markedsføring af kirurgi, der netop styrker en ideologi, hvor kun medicinsk behandling anses som løsning. Studiet peger på, at præsentationen af svær overvægt og kirurgi på internettet er med til at fremme kommercialiseringen af behandling af svær overvægt (Salant & Santry, 2006).

Kritik af den sociale konstruktion af "obesity"

Ferreira og Webber (2022) peger på, at selve betegnelsen "obesity" er en social konstruktion, der ikke kan ses som en neutral betegnelse. De diskuterer diskurser om kropsform og størrelse, herunder "obesity" som et medicinsk problem, der kan virke stigmatiserede og kulturelt ekskluderende – ikke nødvendigvis vægten i sig selv, men ordlyden ved "obesity" (Ferreira & Webber, 2022). I modsætning til den kliniske forskning (Bombak et al, 2022; Ortiz et al, 2017), der peger på et skævt billede af sundhedsstrukturelle problemer i forhold til behandling af svær overvægt, peger Ferreira og Webber i højere grad på kulturelle problemer reproduceret gennem blandt andet sproget selv (Ferreira & Webber, 2022).

Samlet set viser forskningen, at medikaliseringen af svær overvægt er komplekst, da det både rummer muligheder for behandling men også har problematiske konsekvenser, herunder hvordan den medicinske forståelse ofte overser sociale og strukturelle faktorer, hvilket er med til at forsimple og individualisere årsagerne til overvægt. Medikaliseringen af svær overvægt kritiseres samtidig for at fremme en forståelse af, at kirurgiske og medicinske løsninger er

nødvendige. Andre studier peger på, at den medicinske forståelse af svær overvægt kan føre til stigmatisering samt tab af autonomi – en kritik der også peger på, at svær overvægt netop konstrueres som et medicinsk problem gennem sprog og diskurs, hvilket forstærker stigmatisering og udelukkelse. Dog fremhæves det også i et studie, at medikaliseringen af svær overvægt er ufuldstændig, da der netop eksisterer uenighed om, hvordan svær overvægt skal diagnosticeres og behandles.

Medikalisering og stigmatisering

Flere af ovenstående studier antyder, at medikaliseringen af svær overvægt kan have stigmatiserende konsekvenser. For at undersøge koblingen mellem medikalisering og stigmatisering justerede jeg min Scopus-søgning til *”medicalisation OR medicalization AND stigma*”*, hvor ordene indgik i titlen. Ved denne søgning fik jeg 10 resultater, hvoraf et af resultaterne var en bog, som jeg har ikke har kunne få fat i. I følgende afsnit vil fremgå en gennemgang af de ni resultater, som behandler stigmatisering som et centralt tema i forhold til medikalisering. Dette fokus giver mig adgang til at sammenligne svær overvægt med andre medikaliserede fænomener, der kan føre til stigmatisering. Et af resultaterne, der går igen i denne søgning, er Ferreira og Webbers studie, der netop peger på *”obesity”* som en sundhedstilstand, der kræver behandling, og som stigmatiserer en vis variation af kropsform og størrelse (Ferreira & Webber, 2022).

Goldberg (2014) tilslutter sig Ferreira og Webbers kritik, der netop peger på, at den kulturelle konstruktion af *”obesity”* som en sygdom, medfører stigmatisering af større kroppe. Goldberg reflekterer over klassificeringen af svær overvægt som en sygdom med udgangspunkt i personlige fortællinger fra *”fat writers”*. Han introducerer begrebet *”thinsplaining”*, hvor slanke personer, der ikke er en del af den marginaliserede gruppe og dermed ikke oplever diskrimination, forsøger at forklare oplevelser med overvægt og stigmatisering. Goldberg argumenterer for, at kampen mod vægtstigma kræver større ansvar, respekt og lydhørhed (Goldberg, 2014).

Kønsroller og forældreskab

Flere studier viser, hvordan medikalisering påvirker kønsroller og forældreskab. Levi (2013) beskriver, hvordan kvinder med alkoholisme tidligere har mødt en form for dobbeltstigma: stigma for at være alkoholiker samt stigma for at bryde med kvindelige kønsnormer og moderrollen – stigmatisering der skyldtes manglende inkludering af kvinder i den medicinske forståelse. Senere har medikaliseringen af alkoholisme blandt kvinder dog skabt bedre

muligheder for behandling (Levi, 2013). Francis (2012) og Plotkin-Amrami og Fried (2024) peger på, at forældre, især mødre, til børn med afvigende adfærd oplever stigma gennem skyld og tilknytning. Selvom diagnoser kan hjælpe til forståelse, fjerner de ikke kulturelle forventninger til moderrollen. Studiet af Francis peger på, at forældre, hvis børn har fysisk, psykisk eller adfærdsmæssige problemer, oplever stigmatisering af to typer: stigma grundet deres tilknytning til det stigmatiserede barn, samt stigmatisering i form af skyld som ”dårlig forælder” (Francis, 2012). Tilsvarende peger studiet af Plotkin-Amrami og Fried på, at mødre fortolker og sammensætter deres egen viden om deres børns problemer grundet deres eget ansvar og moralske rolle som mor. Studiet peger på, at mødre i en vis grad bruger diagnosen som et praktisk redskab til at forstå og legitimere deres barns adfærd, men at diagnosen ikke udelukkende fratager dem ansvaret for deres barns stigmatiserende adfærd – samfundet har stadig et kritisk blik (Plotkin-Amrami & Fried, 2024).

Medikalisering og stigmatisering af abort

Chelstowska og Ignaciuk (2023) undersøger abort-aktivisme i Polen og peger på et spændingsfelt mellem (af)kriminalisering, (af)medikalisering og (af)stigmatisering. Studiet viser, hvordan medikalisering af abort både kan afstigmatisere og samtidig fastholde sygdomsmærkatet. På den ene side giver legaliseringen af abort i Polen kvinder adgang til abort, men samtidig fastholdes abort som en sygdomstilstand – i den forbindelse opstår spændingsfeltet mellem medikaliseringen af abort som frigørende i form af muligheden for behandling, men også begrænsende i form af sygdomsmærkatet (Chelstowska & Ignaciuk, 2023).

Medikaliseringen af psykiske lidelser og stigmatisering

Kvaale et al (2013) og Payton og Thotis (2011) viser, at medikalisering af psykiske lidelser både kan mindske skyld, men også forstærke stigma. På den ene side reducerer opfattelsen af psykiske lidelser som et resultat af biologiske og genetiske årsager stigma i forhold til at mindske skyld og ansvar. På den anden side er biogenetiske forklaringer af psykiske lidelser med til at øge andre former for stigma såsom pessimisme om mulighed for bedring samt stereotyper om, at personer med psykiske lidelser er farlige og mindre forudsigelige (Kvaale et al, 2013). I studiet af Payton og Thotis undersøges antagelsen om, at medikalisering og reklamer fra medicinalvirksomheder er med til at gøre folk bevidste om psykiske lidelser, hvilket er med til at reducere skyld og stigmatisering. Resultater fra studiet viser dog, at reklamer for medicin godt nok øger behandlingsbevidstheden, men at de ikke nødvendigvis ændrer underliggende sociale stereotyper eller nedbryder stigma (Payton & Thotis, 2011).

Medikalisering i forskning

Viégas et al (2015) kritiserer, hvordan forskning, der fokuserer på medikalisering, legitimerer sociale uligheder og reproducerer stigmatisering. De peger på, at den medicinske tilgang i forskningen er med til at præge den menneskelige udvikling, hvilket er et strukturelt problem, der overser sociale årsager. De peger på vigtigheden af etisk stringens i samfundsvidenskabelige og humanistiske undersøgelser – både når det kommer til opbygningen af projektet, de metodiske procedurer for dataindsamling men især også i fortolkningen af forskningsresultater (Viégas et al, 2015).

Samlet peger studierne på, at medikalisering har en dobbeltsidet karakter. På den ene side tilbyder medikalisering legitimitet og adgang til behandling, hvilket kan reducere stigma ved at mindske skyld. På den anden side forstærker medikalisering stigma og sociale normer. Studierne peger altså på, at stigma ikke kun kan ses som et individuelt og psykologisk fænomen, men som et kulturelt og strukturelt produkt.

Stigmatisering

Ovenstående forskning antyder, at medikalisering kan bidrage til stigmatisering. For at opnå en mere nuanceret forståelse af stigmatisering – uafhængigt af medikalisering – justerede jeg derfor min søgning på Scopus til ”*stigma**”, som indgik i titlen. Jeg sorterede efter *mest citerede* resultater, hvor artiklen *Conceptualizing Stigma* af Link og Phelan (2001) lå øverst som den mest citerede artikel. Link og Phelan introducerer stigma-begrebet ved at fremhæve forskning om stigmatisering indenfor forskellige omstændigheder. Indenfor forskning om sygdom, findes studier af, hvordan stigmatisering påvirker selvopfattelsen hos personer med kræft sammenlignet med personer med HIV/AIDS (Fife & Wright, 2000), samt forskning af personer med psykiske lidelser, der peger mod strategier til netop at bekæmpe stigmatisering (Corrigan & Penn, 1999). Indenfor køn og seksualitet er der tidligere lavet forskning om stigmatisering af lesbiske mødre, der peger på, hvordan fordomme mod homoseksuelle kan have negative konsekvenser – i denne sammenhæng et møde med diskrimination i retssager (Causey & Duran-Aydintug, 1998). Disse er blot eksempler på, hvad der tidligere er lavet af studier om stigmatisering. I det teoretiske afsnit om stigmatisering, vil jeg uddybe Link og Phelans teoretiske perspektiv.

Jeg valgte efterfølgende at justere søgningen efter *mest relevans*, hvor jeg med et hurtigt blik på de første 10 artikler kunne finde frem til eksempler på nyere forskning (2025) om stigmatisering. I følgende afsnit vil jeg lave en kort gennemgang af disse eksempler for at belyse aktualiteten i den nyeste forskning om stigmatisering på tværs af forskellige områder.

Køn og identitet

I studiet af Rajmohan & Vijayalakshmi (2025) undersøges kønsidentitet med udgangspunkt i fiktionsfiguren Riley fra romanen *Symptoms of Being Human*. Historien om Riley skildrer en virkelighed for unge, der identificerer sig uden for kønsbinære normer. Studiet viser, hvordan den fysiske verden præges af kønsnormer og psykologisk pres, og at ikke-binære unge bruger virtuelle rum som beskyttelse mod stigma (Rajmohan & Vijayalakshmi, 2025). Studiet af Eissazade et al (2025) kritiserer den historiske udelukkelse af kvinder fra medicinsk forskning med udgangspunkt i tabuisering af menstruation i Mellemøsten, der kan føre til skam og mangelfuld behandling. De peger på, at kvinder med præmenstruelle lidelser ofte oplever fejlbehandling og diskrimination, hvilket forårsager, at kvinder forhindres i at søge eller få korrekt behandling (Eissazade et al, 2025).

Abort og depression

Peng et al (2025) undersøger det gensidige forhold mellem abortstigma og depressive symptomer. Studiet peger på, at abortstigma og depressive symptomer er tæt forbundne, og at intervention af både abortstigma og depressive tanker hos kvinder, der får foretaget en abort på grund af fosterskader, i lige så høj grad har brug for psykologisk støtte, og ikke kun den medicinske behandling (Peng et al, 2025).

Svær overvægt og spiseforstyrrelser

Studiet af Mena et al (2025) viser, at overvægtige børn er tilbøjelige til at opleve stigma og bliver mobbet af deres klassekammerater, hvilket kan påvirke selvværd og trivsel. Samtidig peger studiet på, at stigmatisering påvirker piger mere grundet internalisering af skønhedsidealiser samt en kropsopfattelse, der baserer sig på at skulle være slank. Studiet peger på, hvordan stigmatisering starter tidligt i skolen blandt klassekammerater og forstærkes sociokulturelt af skolesystemet og forældre (Mena et al, 2025). Downs et al (2025) adresserer, hvordan patienter med spiseforstyrrelser oplever stigma både fra samfundet og fra det psykiatriske system. Studiet efterlyser involvering af marginaliserede stemmer og ”levede erfaringer” for at kunne afskaffe stigmatisering – viden og stemmer der skal indgå i et rum på samme vis kom klinisk og akademisk viden (Downs et al, 2025).

Psykiatriens sundhedspersonale

Abo Shereda et al (2025) og Buertey et al (2025) adresserer, hvordan sygeplejersker i psykiatrien oplever stigma i deres arbejde. Studiet af Abo Shereda et al peger på, at associeret stigma øger risikoen for udmattelse og moralsk stress, mens udmattelse medierer forholdet mellem stigma og moralsk stress – faktorer der påvirker trivsel og fastholdelse af

sygeplejersker i psykiatrien (Abo Shereda et al, 2025). Studiet af Buerthey et al undersøger sygeplejerskernes erfaringer med stigma, men også deres strategier til at bekæmpe stigma. Studiet peger på, hvordan sygeplejerskerne både udvikler passive og proaktive strategier samt individuelle og kollektive strategier for at håndtere stigma (Buerthey et al, 2025).

Tropiske sygdomme

Studiet af Azubuike et al (2025) viser, hvordan stigma omkring tropiske sygdomme i Nigeria – der stammer fra kulturelle myter og frygt for smitte – fører til diskrimination og social udstødelse, samt hvordan stigma forhindrer behandling og forværrer mental sundhed (Azubuike et al, 2025).

Samlet viser studierne, at stigma er et komplekst fænomen, der rammer både marginaliserede grupper men også sundhedsprofessionelle, der arbejder med en marginaliseret gruppe. I studierne fremhæves det, hvordan stigma forstærkes gennem normer, tavshed og skam, og hvordan det kan føre til sociale konsekvenser, herunder udstødelse og lavt selvværd. Flere af studierne peger på aktive strategier til at modvirke stigma.

Teoretiske perspektiver

Litteraturreviewet viser, hvordan medikalisering og stigmatisering er centrale begreber, der kan benyttes i forståelsen af, hvordan overvægt opfattes. Forskningen peger på, at medikalisering og stigmatisering rummer komplekse og kulturelle dimensioner, og at klassificeringen af svær overvægt både kan have en stigmatiserende effekt og samtidig skabe muligheder for behandling. I dette afsnit præsenteres de teoretiske og etiske perspektiver, der belyser spændingsfeltet mellem disse to tendenser. Jeg vil i afsnittet udfolde begreberne stigmatisering og medikalisering samt sætte dem i relation til etiske overvejelser i forhold til, hvordan de to begreber netop konstruerer etiske problemstillinger – hvorfor det er forkert at stigmatisere, og hvorfor det kan være forkert at medikalisere.

Stigmatisering

Stigmatisering beskriver en social proces, hvor personer afviger fra samfundets normer. Når en person afviger fra samfundets normer, pålægges det negative karakteristika og marginaliseres. I 1963 udgav Erving Goffman bogen *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* – på dansk; *Stigma: Om afvigelsesernes sociale identitet*. I bogen definerer Goffman stigma som en miskrediterende egenskab, der diskvalificerer et individ fra fuld accept. Stigmatisering opstår altså i situationen, hvor et individ ikke er i stand til at opnå fuld accept (Goffman, 2009, s. 41). Goffmans tanker om stigmatisering stammer tilbage fra antikkens grækere, hvor stigma henviser til fysiske tegn, der blev påført et menneske for at markere dets særlige status – eksempelvis ved brandmærkning af kriminelle eller slaver, som gjorde dem nemmere at genkende og dermed undgå dem. Stigmatisering var tilbage i antikken altså et fysisk mærke på mennesket, hvor meningen var at adskille dem fra resten. Ved denne tankegang kan stigmatisering siges at tillægges en person, der rent fysisk mærkes, mens Goffman i højere grad ser stigma som selve udskammelsen af en person (Goffman, 2009, s. 43).

Bag Goffmans antagelse om stigma som en miskrediterende egenskab lægger, at samfundet opstiller nogle måder at inddele mennesker i kategorier på. I den forbindelse er der nogle egenskaber, som bliver opfattet som sædvanlige og naturlige for de enkelte kategoriers medlemmer. Stigma opstår i den forbindelse, når individet afviger fra det, der opfattes som sædvanligt og naturligt i den givne kontekst (Goffman, 2009, s. 43). Hvis man som menneske besidder et stigma, er det altså fordi, man afviger fra forventningerne til det “normale” – man afviger fra samfundets normer. Goffman definerer de “normale” som dem, der ikke besidder

stigmaet, og derfor ikke afviger negativt fra forventningerne (Goffman, 2009, s. 46). Om man afviger fra det “normale” afhænger af situationen og forventningerne, som andre har til en (Goffman, 2009, s. 56). At besidde et stigma og afvige fra det “normale” tiltrækker omgivelsernes opmærksomhed, hvilket kan resultere i social afvisning og gøre vedkommende uønsket (Goffman, 2009, s. 46). Goffman skelner mellem to former for stigmatiserede: *den miskrediterende* og *den potentielt miskrediterede* – hvor begge gør, at man falder udenfor samfundets normer. Forskellen er, at den miskrediterede bærer en afvigelse, der er synlig og ikke kan skjules, hvorimod der ved den potentielt miskrediterede er tale om en afvigelse, som godt kan skjules fra omgivelserne (Goffman, 2009, s. 46).). Således knytter overvægt sig til synlige træk hos individet, hvormed personer med overvægt kan ses som miskrediterede, hvor det fysiske (kropsformen) hos en person direkte synliggør, at en person afviger fra normen – fra at være ”normalvægtig”. I analysen vil jeg tage udgangspunkt i Goffmans teoretiske perspektiv om stigma, der forudsætter, at stigma opstår, når mennesker afviger fra forventningerne til det sædvanlige og naturlige – når mennesker afviger fra det ”normale”.

Stigmatisering som proces

Bruce G. Link og Joe C. Phelan videreudvikler Goffmans begreb om stigma og konstruerer en revideret konceptualisering (2001, s. 364). Med udgangspunkt i stigma, der kan ses som forholdet mellem egenskab og negative karakteristika, udvider Link og Phelan begrebet som en sammenhængende proces mellem flere komponenter: “Thus, stigma exists when elements of labeling, stereotyping, separation, status loss, and discrimination occur together in a power situation that allows them.” (Link & Phelan, 2001, s. 377). Link og Phelan formulerer en model, hvor stigma kan identificeres som en proces bestående af fem sammenhængende komponenter: *kategorisering og etikettering, stereotypisering, adskillelse mellem “dem” og “os”, statustab og diskrimination samt magtforhold og strukturel forankring af stigma* (Link & Phelan, 2001, s. 367). Jeg vil i det følgende uddybe de fem komponenter.

Kategorisering og etikettering

Den første komponent, kategorisering og etikettering, skal forstås ved forskelle mellem mennesker, der har betydning socialt. Samfundet identificerer og klassificerer forskelle mellem mennesker, og stempler i al almindelighed menneskelig variation. Link og Phelan eksemplificerer sådanne forskelle som blandt andet hudfarve, IQ, seksualitet og køn – forskelle der typisk bliver taget forgivet for at være sådan tingene er; enten er du det ene, eller også er du det andet. Link og Phelan ser denne form for kategorisering som noget, der kræver væsentlig oversimplificering. Ofte vil der være stor variation indenfor den enkelte kategori

(Link & Phelan, 2001, s. 367). Et eksempel kunne være kropstørrelse: tyk eller tynd. Indenfor begge kategorier findes der stor variation af størrelse og kropsform. Fordi menneskelige forskelle netop er socialt udvalgt vælger Link og Phelan at benytte ordet "label" (etiket) fremfor "attribute", "condition", "mark". Det vælger de at gøre, da sidstnævnte er termer, der lokaliserer den ting, der henvises til hos den stigmatiserede person. Man risikerer altså at sløre at kategoriseringen er et produkt af en social proces. En etiket er derimod noget, der er påsat af en anden (Link & Phelan, 2001, s. 368). I analysen vil jeg forholde mig til, hvordan forskelle mellem mennesker, herunder forskel i vægt og kropsform, opfattes som naturlige måder at opdele mennesker i kategorier på.

Stereotypisering

Stereotypisering skal forstås som negative associationer, der knytter sig til kategorien og etiketten (Link & Phelan, 2001, s. 368). I dette aspekt af stigmatisering tilskrives en person uønskede karakteristika på baggrund af den etiket, som personen stemples med, hvilket danner stereotypen. Med afsæt i tidligere forskning påpeger Link og Phelan, at kategorier og stereotyper ofte opstår automatisk og bidrager til kognitiv effektivitet. Forudbestemte kategorier og stereotyper gør, at vi kan foretage bedømmelser på et splitsekund (Link & Phelan, 2001, s. 369). Ved stereotypisering tilskrives mennesker i en given kategori uønskede karakteristika – og jeg vil i analysen forholde mig, hvilke uønskede karakteristika og negative associationer, som i den forbindelse tilskrives overvægtige.

Adskillelse mellem "dem" og "os"

Den tredje komponent i stigmatiseringsprocessen opstår ved adskillelse mellem "dem" og "os". I den forbindelse opstår stigma, når de personer, der stemples med etiketten, placeres i en særskilt gruppe, der skaber og opretholder en adskillelse mellem "os" og "dem" (Link & Phelan, 2001, s. 370). Link og Phelan eksemplificerer det ved omtalen af personer som *værende* skizofrene i stedet for at omtale personer som *havende* skizofreni. Det kan ses i modsætning til personer som eksempelvis *har* kræft eller influenza. Personer med kræft eller influenza stemples ikke på samme måde i en særskilt gruppe, som de skizofrene gør (Link & Phelan, 2001, s. 370). Der skabes altså en social afstand mellem "os" og "dem", når personer placeres i en særskilt gruppe, der adskiller gruppen fra den "normale" befolkning. I analysen vil jeg forholde mig til, hvordan der skabes en sondring mellem at være sund (rask) og usund (syg), samt om der skabes et "os" (normalvægtig) og et "dem" (overvægtig).

Statustab og diskrimination

Ved stigmatiseringsprocessens fjerde komponent opstår statustab og diskrimination, hvor Link og Phelan retter blikket mod forskning om diskrimination, som fokuserer på de mennesker, der diskriminerer – og ikke dem, der er modtagere af diskriminationen (Link & Phelan, 2001, s. 366). Selvom de fleste definitioner af stigma ikke indeholder statustab og diskrimination, pointerer Link og Phelan, at det er et aspekt, der ikke kan udelades. Når en person bliver stemplet og tilskrives uønskede karaktertræk, opbygges et rationale for at nedvurdere, afvise og ekskludere vedkommende (Link & Phelan, 2001, s. 370). Det vil også sige, at stigmatiserede grupper er dårligere stillet, når det eksempelvis kommer til arbejdsmarkedet.

I forbindelse med statustab fremhæver Link og Phelan på baggrund af tidligere forskning, at stereotypisering og dertilhørende uønskede karaktertræk kan reducere en persons placering i et statushierarki – og at placeringen i et statushierarki kan føre til konkrete former for ulighed i grupperinger såvel som i samfundet. Link og Phelan påpeger dog, at uligheder i status ikke er et resultat af diskrimination, men derimod præstationsforventninger til den enkeltes status (Link & Phelan, 2001, s. 371).

I forhold til diskrimination skelner Link og Phelan mellem individuel og strukturel diskrimination. De beskriver individuel diskrimination ved holdninger og overbevisninger, der fremkommer ved person A's stereotypisering af person B, som får person A til handle i åbenlys diskrimination overfor person B – en direkte form for forskelsbehandling. Denne formulering af diskrimination, finder de dog forsimplet i forhold til stigmatiseringsprocessen (Link & Phelan, 2001, s. 372). Derimod fremhæver de strukturel diskrimination, som en del af den måde, samfundet fungerer på. Modsat individuel diskrimination er det ikke ét enkelt individs handlinger, der er med til at forskelsbehandle, men derimod samfundet, der skaber og opretholder uligheder. Link og Phelan eksemplificerer det ved skizofreni, hvor der eksempelvis afsættes færre penge til forskning end til andre sygdomme samt færre penge til pleje. I den forbindelse vil en person, der udvikler skizofreni være underlagt strukturel diskrimination, uanset om der er enkelte personer der behandler vedkommende på en diskriminerende måde på grund af en stereotyp om skizofreni. På den måde er stigma med til at påvirke strukturen omkring vedkommende (Link & Phelan, 2001, s. 373).

I forbindelse med, hvordan diskrimination påvirker den stigmatiserede person, henviser Link og Phelan til *labeling*-teori. Gennem socialisering og kultur udvikler mennesker tidligt i livet fordomme om psykisk syge. På baggrund af fordomme vil de fleste

se en person med en psykisk sygdom som mindre troværdig, mindre intelligent og mindre kompetent, hvorfor vi danner os forventninger til at afvise en person med en psykisk sygdom – om det er som ven, medarbejder, nabo eller intim partner. Disse fordomme har stor betydning for personen, der udvikler en psykisk sygdom, fordi man formentlig kender til dem og derfor må frygte at blive ekskluderet og afvist (Link & Phelan, 2001, s. 373). Frygten for at blive ekskluderet og afvist kan få personer med psykiske sygdomme til at handle mindre selvsikkert og mere defensivt, hvilket blandt andet kan påvirke vedkommendes sociale netværk negativt, nedsætte livskvaliteten samt forårsage lavt selvværd og depressive symptomer. Selvom teorien er undersøgt i relation til personer med psykiske sygdomme, pointerer Link og Phelan, at stigmatiseringsprocessen sandsynligvis er mere generel (Link & Phelan, 2001, s. 374). Stigma kan altså resultere i statustab, når stempling og tilskrivning af uønskede karakteristika fører til nedvurdering, afvisning og ekskludering. Ved strukturel diskrimination skabes og opretholdes uligheder i samfundet. Når uligheder skabes og opretholdes i samfundet, resulterer det i, at vi gennem socialisering og kultur udvikler fordomme – fordomme vi vokser op med, der kan føre til frygt for statustab og selv at blive ekskluderet og afvist – en frygt der kan påvirke den enkelte negativt. I analysen vil jeg forholde mig til, hvorvidt diskrimination af overvægtige benyttes som et argument for, at svær overvægt klassificeres som en sygdom, samt hvordan Novo Nordisk (ikke) bidrager til strukturel diskrimination af overvægtige.

Magtforhold og strukturel forankring af stigma

Den sidste komponent i stigmatiseringsprocessen omhandler magtforhold og strukturel forankring af stigma. I den forbindelse pointerer Link og Phelan, at magt er afgørende for den sociale produktion af stigmatisering. Ofte er magtforholdet i stigmatiseringen overset, fordi det er noget, vi tager for givet, da det virker uproblematisk (Link & Phelan, 2001, s. 375). Link og Phelan eksemplificerer det ved magtforholdet mellem en patient i behandlingsforløb og sundhedspersonalet. Patienten kan anvende stereotyper om personalet som “pillepusher”, komme ned nedsættende kommentarer og vittigheder om dem eller forsøge at minimere kommunikationen med dem. Disse eksempler kan alle ses som komponenter i stigmatiseringsprocessen, men fordi patienten ikke besidder den sociale, kulturelle, økonomiske eller politiske magt til at præge erkendelserne om personalet, får det ingen alvorlige diskriminerende konsekvenser – sundhedspersonalet har i denne relation en større autoritet end patienten (Link & Phelan, 2001, s. 376).

I forhold til magt gør Link og Phelan opmærksom på, at man nemt kommer til at formulere de begrænsninger, som en stigmatiseret gruppe står overfor. Når man kun fokuserer på begrænsningerne, fremstiller man de stigmatiserede i gruppen som passive og hjælpeløse ofre. I forhold til magtforskelle mellem grupper er der også tidspunkter, hvor personer undviger eller udfordrer de stigmatiserende processer, hvorfor man ikke altid kan forholde sig til personer og grupper som passive modtagere af stigmatisering (Link & Phelan, 2001, s. 378). Link og Phelan pointerer altså, at stigmatiseringsprocessen er forankret i samfundsstrukturer. Ofte er magtforholdet i stigmatiseringsprocessen noget, vi tager forgivet. Det er nemt at fokusere på de begrænsninger som en stigmatiseret gruppe står overfor, men på den måde fremstiller man personer i gruppen som passive og hjælpeløse ofre. I analysen vil jeg forholde mig til, hvordan Novo Nordisks kommunikation kan understøtte bestemte magtstrukturer, herunder med fokus på den strukturelle forankring i, at overvægtige er en økonomisk byrde for samfundet, og hvorvidt overvægtige fremstilles som passive og hjælpeløse.

Link og Phelans konceptualisering af begrebet stigma fremhæver, at stigmatisering ikke alene kan ses som et individuelt problem, men at det i højere grad er en strukturel proces, der er forankret i magt- og samfundsstrukturer. I den forbindelse undersøger jeg stigmatiseringsprocessen med udgangspunkt i Novo Nordisks klassificering af svær overvægt som en sygdom, herunder hvorvidt virksomheden i deres kommunikation konstruerer normalitet og afvigelse, skaber kategorisering samt fremmer og/eller reducerer stereotyper om overvægtige.

Stigmatisering og etik

Goffmans definition af stigma samt Link og Phelans konceptualisering af begrebet rejser en række etiske spørgsmål om stigmatisering. Jeg vil i det følgende afsnit belyse, hvorfor det er forkert at stigmatisere, hvilket jeg vil gøre ved at forbinde stigmatiseringsbegrebet med etiske perspektiver.

Diskrimination og retfærdighed

Goffman peger på, at stigmatisering er, når mennesket pålægges negative karakteristika og marginaliseres, fordi de afviger fra samfundets normer. I stigmatiseringsprocessen stemples mennesker altså og tilskrives uønskede karaktertræk, hvilket Link og Phelan sammenholder med diskrimination, hvor der opbygges et rationale for at nedvurdere, afvise og ekskludere. I den forbindelse sammenholder Link og Phelan diskrimination med forskelsbehandling

– forskelsbehandling som bygger på fordomme, som vi udvikler gennem livet, og som kan resultere i afvisning og ekskludering. Med udgangspunkt i Imanuel Kants perspektiver om det kategoriske imperativ, kan det såvel ikke gøres til en almen gyldig lov, at man må stigmatisere, da det kan føre til diskrimination af individet. Derfor foreskrives altså en negativ pligt mod at stigmatisere – også formuleret som et forbud mod at stigmatisere (Kant, 2011, s. 24). Retfærdighed handler om at behandle folk lige – og ikke at forskelsbehandle. Mennesker er forskellige og kan eksempelvis have forskellig kropsvægt eller form. Uagtet forskelligheder, skal alle behandles lige, før man kan snakke om retfærdighed. Når mennesker diskrimineres på baggrund af stigma, behandles alle ikke lige, hvilket strider imod idealet om retfærdig behandling af mennesker.

Værdighed

Diskrimination og retfærdighed kan sættes i relation til at handle med respekt for menneskets værdighed. At handle med respekt for menneskets værdighed sætter en fundamental etisk standard for handlinger, både når det gælder Kant og et utilitaristisk synspunkt. Kant kendetegner menneskets specielle værdi ved at have fornuft og fri vilje, hvilket giver mennesket muligheden for at ville dets mål (Kant, 2011, s. 89). Menneskets værdighed ligger altså, i følge Kant, i dets moralske status, og netop at mennesket kan træffe moralske rigtige og forkerte handlinger på baggrund af dets fornuft og vilje. Menneskets værdighed beskyttes i overensstemmelse med det kategoriske imperativ, som foreskriver, at mennesket ikke udelukkende må behandles som et middel. I den sammenhæng beskyttes menneskets værdighed derfor ved at handle i respekt for menneskets evne til at forfølge egne mål og værdier gennem en udfoldelse af fornuft og vilje (Ploug & Holm, 2024, s. 59). Goffman peger på, at stigmatisering er nedvurderende grundet de negative karakteristika, som mennesket pålægges. Negative karakteristika forårsager diskrimination og forskelsbehandling. Så når individet nedvurderes, fratager man dets moralske status som menneske i form af at begrænse dets muligheder for at forfølge egne mål og værdier. Dermed kan stigmatiseringsprocessen ses som værdighedskrænkende, når mennesket nedvurderes og dets værdighed kompromitteres ved at fratage anerkendelsen som ligeværdige borgere.

Ud fra et utilitaristisk synspunkt kan menneskets værdighed kendetegnes ud fra grundprincippet om at maksimere nytte for flest mulige mennesker. Fra et utilitaristisk synspunkt er det menneskets nytte, der giver det en særlig moralsk status (Ploug & Holm, 2024, s. 59). Ud fra denne tankegang respekteres menneskets værdighed ved, at mennesket netop medtænkes, når det gælder at maksimere nytte for flest mulige (Ploug & Holm, 2024, s.

60). I den forbindelse kan menneskets værdighed sættes i relation til dehumanisering og stigmatisering. Dehumanisering kan defineres ved at mennesker gøres til noget andet end mennesker. En handling, der ikke kan siges at tilkende menneskets dets fulde menneskelighed, kan altså siges at dehumanisere mennesket og dermed udtrykke mangel på respekt for menneskets værdi (Ploug & Holm, 2024, s. 61).

Autonomi

Menneskets autonomi handler om at give det enkelte menneske ret til at tage kontrol over egne beslutninger og handlinger, herunder målene for egne handlinger. Menneskets ret til selv at bestemme målene for egne handlinger kan ses i relation til Kants kategoriske imperativ, som tager udgangspunkt i hans menneskeforståelse om, at mennesker handler med et formål, hvor forskellige midler benyttes for at nå målet (Kant, 2011, s. 89). Formuleringen foreskriver, at etiske påbud skal indeholde, at mennesker skal respekteres som mennesker med egne mål (Ploug & Holm, 2024, s. 21). Det kategoriske imperativ foreskriver altså, at mennesker ikke må behandles udelukkende som et middel. Man må altså ikke fratage menneskets dets frihed og mulighed for at handle i overensstemmelse med egne værdier og interesser (Ploug & Holm, 2024, s. 36). Formuleringen af det kategoriske imperativ foreskriver, at andre menneskers frihed til at forfølge egne mål skal være intakt (Kant, 2011, s. 89). Hvis man behandler mennesket udelukkende som et middel, fratager man dets frihed til at forfølge egne mål, hvilket reducerer dets autonomi. I den forbindelse kan stigmatiseringsbegrebet ses i relation til autonomi. Goffman samt Link og Phelan peger på, at negative stereotyper og diskrimination er en del af stigmatiseringsprocessen. Individets autonomi trues hvis individet nedvurderes, afvises og ekskluderes, hvilket fratager individet fra handlemuligheder. Når vi udøver diskrimination, begrænser vi menneskets udfoldelsesmuligheder. Og når menneskets udfoldelsesmuligheder begrænses, ekskluderes det fra den almindelige respekt, som "normale" mennesker i samfundet har (Goffman, 2009, s. 47). Samtidig trues individets autonomi, hvis stigma fører til internalisering af samfundets negative stereotyper, hvilket Link og Phelan peger på. Internalisering af negative stereotyper kan føre til selvstigmatisering, hvor individet overtager de negative opfattelser. At overtage negative opfattelser kan have betydning for individets selvforståelse, samt hvordan individet opfatter sine handlemuligheder.

Ikke-gøre-skade

Princippet om ikke at måtte gøre skade (non-maleficence) kan siges at tage udgangspunkt i den klassiske utilitarisme, hvor især Jeremy Bentham og John Stuart Mill, spiller en central

rolle. Udgangspunktet for utilitarisme er at maksimere gode konsekvenser (Øhrstrøm, 2003, s. 29). Det afgørende for, om en handling er moralsk rigtig eller forkert, foreskrives af handlingens konsekvenser: "Gode konsekvenser gør en handling rigtig. Dårlige konsekvenser gør en handling forkert." (Ploug & Holm, 2024, s. 25). I følge Bentham er målestokken for, hvad der er moralsk rigtigt og forkert; den størst mulige lykke for flest mulige mennesker (Ploug & Holm, 2024, s. 25). I denne sammenhæng skal lykke forstås som nydelse, hvor det modsatte er smerte. En handling kan derfor siges at være moralsk rigtig, hvis den skaber mest mulig lykke for mest mulige mennesker. Omvendt er en handling moralsk forkert, hvis den mellem andre handlinger, ikke er den handling, der skaber mest mulig lykke for mest mulige mennesker – og dermed skaber smerte (Ploug & Holm, 2024, s. 25). Forskning peger på, at stigmatisering øger risikoen for angst, depression, mistillid og lavere selvværd – hvilket peger på, at stigmatisering gør skade og forringer menneskets livskvalitet (Ploug & Holm, 2024, s. 51). Med udgangspunkt i Goffmans definition af stigmatisering, hvor et menneske tilskrives et stærkt nedgørende eller miskrediterende træk, som leder til diskrimination af personen i det sociale liv, kan stigmatisering lede til skade ved at ekskludere og begrænse dets udfoldelsesmuligheder (Ploug & Holm, 2024, s. 50). Stigmatisering gør dermed skade ved at indskrænke individets muligheder og selvudfoldelse – både når det gælder andres forestillinger om den enkeltes handlemuligheder, men også når det gælder individets egne forestillinger.

Medikalisering

Medikalisering refererer til processen, hvor ikke-medicinske fænomener omdefineres som medicinske problemer. I *Medicine as an Instrument of Social Control* (1972) fremhæver Zola, hvordan medicin kan fungere som et redskab til social kontrol. For at forstå medicin som et redskab til social kontrol, anvender Zola et historiske perspektiv med fokus på udviklingen af medicinens autoritet i samfundet: "The theme of this essay is that medicine is becoming a major institution of social control, nudging aside, if not incorporating the more traditional institutions of religion and law." (Zola, 1972, s. 487). Zola fremhæver i den forbindelse medicin som et magtinstrument, der overtager en samfundsmæssig kontrolfunktion. Tidligere var det kirken der bestemte, hvad der var normalt, og hvad der var afvigende, mens juridiske institutioner sørgede for at opretholde normer og straffe ved afvigelse (Zola, 1972, s. 488). I den forbindelse skal udviklingen af medicinens autoritet forstås ved medikalisering. Zola beskriver medikalisering som en proces, hvor hverdagsfænomener beskrives ved medicinske termer (Zola, 1972, s. 487). Zolas påstand er, at "[...] if anything can be shown in some way

to effect the workings of the body and to a lesser extent the mind, then it can be labelled an 'illness' it-self or jurisdictionally 'a medical problem.'" (Zola, 1972, s. 495). At flere hverdagsfænomener defineres som medicinske problemer giver læger og sundhedspersonale en stor magt i forhold til, hvornår man skal anses for at være "rask" eller "syg" – medicinen får magt over individets liv ved at definere, hvad der raskt, og hvad der er sygt (Zola, 1972, s. 487). Ved medikalisering og udviklingen af diagnoser og behandlinger af hverdagsfænomener, har medicinen altså fået *øget social kontrol* til at regulere opfattelsen af normalitet samt adfærd (Zola, 1972, s. 488). Med antagelsen om, at medicin skaber social kontrol, når hverdagsfænomener medikaliseres, og dermed definerer, hvad der er normalt og afvigende, vil jeg i analysen forholde mig til, hvorvidt klassificeringen af svær overvægt som en sygdom kan anses at skabe social kontrol over visse kropsformer – herunder med øgede muligheder for medicinsk behandling og flere muligheder for at opnå vægttab.

Zola fremhæver et argument om den stigende medicinske involvering som *afstigmatiserende* i forhold til menneskelige og sociale problemer. Sygdom er med til at fjerne ansvar, da man ved diagnoser kan få tilbudt behandling gennem sundhedsvæsenets ressourcer (Zola, 1972, s. 489).

Zola udviser dog også en bekymring for argumentet om medikalisering som afstigmatiserende og den ukritiske accept af den medicinske autoritet. I takt med at sygdom og medicin benyttes til at træffe beslutninger, og dermed tilskrive mindre ansvar, stiger også et *personligt ansvar*. I den forbindelse spiller individet en rolle i at være endt i den pågældende situation. Der opstår altså et personligt ansvar for at have gjort noget forkert og dermed have forårsaget sygdom (Zola, 1972, s. 491). Ved medikaliseringen af hverdagsfænomener får vi gennem diagnoser at vide, at der er noget galt: Man er syg. Og hvis man er syg, er der også noget, man kan gøre for at få det bedre: Man kan få behandling af sygdommen (Zola, 1972, s. 497). Zola fremhæver denne pointe ved, at når noget accepteres som en sygdom, hvor definitionen af sygdom er en uønsket tilstand, så bliver spørgsmålet ikke, om man skal håndtere problemet, men hvordan og hvornår. På den måde får medicinen kontrol over samfundets opfattelse af sundhed og velvære samtidig med, at den er med til at regulere vores adfærd i forhold til, hvornår man er "normal", hvornår man er "syg", samt hvordan man kan undgå den syge tilstand og ved behandling opnå "sundhed" – på den måde skaber den medicinske autoritet social kontrol (Zola, 1972, s. 500). I den forbindelse kan medikaliseringsbegrebet ses i relation til stigmatiseringsprocessen, der netop bygger på kategorisering og etikettering på baggrund af forskelle mellem mennesker. Jeg vil i

analysen forholde mig til, hvorvidt klassificeringen af svær overvægt som en sygdom på den ene side fritager individet fra ansvar eller øger et personligt ansvar.

Medikalisering og forebyggelse

Marcel Verweij (1999) videreudvikler Zolas perspektiver på medikalisering. Verweij's fokus er på den konstante opmærksomhed på sygdomsrisici, hvor raske mennesker i princippet bliver gjort til patienter ved medicinsk kontrol (Verweij, 1999, s. 90). Verweij beskriver medikaliseringsprocessen i forbindelse med forebyggende medicin som et "[...] phenomenon that people tend to consider even normal situations or activities from a medical perspective." (Verweij, 1999, s. 91). Mulighederne for forebyggende medicin har potentiale for at beskytte og forbedre menneskers sundhed. Forebyggende tiltag omfatter blandt andet vaccinationsprogrammer, screeninger eller forholdsregler for at undgå sygdom – sundhedsinformation og forebyggende initiativer, som bliver kommunikeret gennem forskellige medier som eksempelvis massemedier, lægen, sygesikring, sportsforeninger etc. (Verweij, 1999, s. 89). Verweij fremhæver samtidig, at mennesker i højere grad konsulterer med deres egen læge om forebyggende tiltag, hvilket kan være med til at fremme en persons sundhed og velvære (Verweij, 1999, s. 93). I den forbindelse pointerer Verweij, at dette perspektiv er begrænset til at fokusere på stigningen i udbud og efterspørgsel af medicinsk behandling. Her referer han til praktiske ændringer i form af, at muligheder for medicinsk behandling bliver større, hvilket er godt for den enkeltes sundhed og velvære. Dog tager perspektivet ikke højde for det faktum, at sundhed og sygdom bliver mere og mere vigtigt i vores hverdag (Verweij, 1999, s. 94). I den forbindelse inddrager Verweij også et perspektiv på symptomer. Her påpeger han, at når noget betegnes som et symptom på en sygdom, så bliver det et individuelt problem samtidig med, at svaret bliver behandling. På den måde sløres sociale spørgsmål, årsager og konflikter, som kunne have samfundsmæssig karakter, som eksempelvis ulighed eller fattigdom (Verweij, 1999, s. 93). Ud fra fem problematikker præciserer Verweij, hvad medikalisering er i forbindelse med forebyggende medicin.

Iatrogene risici for forebyggelse

Den første problematik, *iatrogene risici for forebyggelse*, drejer sig om, at forebyggende medicin kan være med til at skabe unødvendig bekymring og unødigt medicinsk behandling (Verweij, 1999, s. 95). Når man fokuserer på forebyggelse og sygdomsrisici gøres raske mennesker til patienter, hvilket kan resultere i unødigt skade grundet unødvendig bekymring og unødvendig behandling. I den forbindelse vil jeg i analysen forholde mig til, hvordan sygdomsrisici formuleres af Novo Nordisk.

Akkumulering af usikkerhed

Verweij's anden problematik ved medikalisering peger på *akkumulering af usikkerhed*: “[...] preventive medicine and health promotion stimulate healthy people to think, wonder and worry about the possibility that they may become ill.” (Verweij, 1999, s. 96). Her fremhæver Verweij, at opmærksomheden på sygdomsrisici kan føre til usikkerhed og øget mistillid til ens egen sundhedstilstand – raske mennesker kan finde på at bekymre sig om muligheden for at blive syg. Verweij fremhæver i den forbindelse screeningprogrammer, hvor ens helbred kan bygge på en uopdaget sygdom. I den sammenhæng fremhæver Verweij dog både negative og positive virkninger med screeningprogrammer. De negative virkninger er, som nævnt, usikkerhed om ens helbred, hvilket kan reducere livskvalitet. Positive virkninger er, at screeningprogrammer samtidig kan være med til at minimere følelsen af usikkerhed – mennesker får muligheden for at reducere risikoen for at blive syg, hvilket kan give en vis form for tryghed (Verweij, 1999, s. 96). I analysen vil jeg forholde mig til, hvorvidt opmærksomheden på sygdomsrisici ved overvægt kan føre til usikkerhed eller tryghed.

Ansvar for sundhed

Den tredje problematik beskriver Verweij ved *ansvar for sundhed*: “Medicalization, in the sense that information about health, illness and avoidable risk is spread and considered important, thus encourages the idea that persons can be held responsible for illness.” (Verweij, 1999, s. 99). Forebyggende medicin giver os muligheden for at minimere risikoen for sygdom. Netop derfor øges også individets ansvar for sin egen sundhed – et individuelt ansvar der kan føre til stigmatisering, hvis man ikke følger forebyggende råd; dem der bliver syge, er selv skyld i det – eksempelvis ved ikke at følge lægens råd (Verweij, 1999, s. 98).

Dette argument kan ses i relation til det, Crawford betegner som *healthism*, som er med til at skabe en *potential-sick role*, hvor forpligtelsen til at forblive rask styrkes. I denne sammenhæng skabes der samfundsmæssige forventninger til at forblive rask ved forebyggelse – individer oplever et socialt pres for at handle på måder, der minimerer potentialet for at blive syg. Undladelse af at handle forebyggende bliver et tegn på både individuel og social uansvarlighed (Crawford, 1980, s. 379). På den måde vil en persons adfærd kunne ses som årsagsfaktor til sygdom, hvilket kan give positive effekter og få folk til at passe bedre på dem selv. Dog øger det også tanken og ansvaret om, at man selv er herre over visse udfald. En sådan kultur, med øget ansvarlighed for egen sundhed, kan potentielt svække solidaritet i både samfundet og sundhedssystemet (Verweij, 1999, s. 99). Nærmere forklaret ved; hvis man frit vælger at løbe en risiko for sit eget helbred, så er det uretfærdigt,

at andre personer, der har taget sig af deres helbred, skal være en del af byrderne ved sin sygdom (Verweij, 1999, s. 100). I den forbindelse fremhæver Verweij blandt andet, hvorvidt en person frivilligt skal have valgt eller ikke have valgt den givne adfærd. Her argumenterer han for, at usund adfærd til tider kan forklares af sociale omstændigheder. Argumentet peger på, at man kun har et ansvar for sin egen sundhed, hvis man har haft tilstrækkelig med muligheder for at tage et frivilligt valg om sin adfærd (Verweij, 1999, s. 100). Medikalisering kan altså øge ansvar for egen sundhed. Hvis man ikke følger anbefalede behandlinger, kan det føre til stigmatisering; normalen er at følge råd, der kan holde en rask, og hvis man ikke gør det, afviger man fra normalen, og så er man selv skyld i at være endt i den tilstand. Jeg vil i analysen forholde mig til, hvorvidt klassificeringen af svær overvægt øger ansvaret for egen sundhed – og vægt.

Tab af autonomi og uafhængighed

I forhold til Zolas pointe om medikalisering som socialt kontrollerende forholder Verweij den fjerde problematik til *tab af autonomi og uafhængighed*. I den forbindelse peger Verweij på, at medicinsk indblanding øger individets muligheder for forebyggelse og behandling af sygdom (Verweij, 1999, s. 102). Ved øget medicinsk indblanding opstår dog også et afhængighedsforhold mellem sundhedssystem og individ, hvilket påvirker individets muligheder for at leve et liv uden medicinsk indblanding. Det uddyber Verweij ved den ”medicinske scene”, hvor raske mennesker gøres til patienter. Endvidere eksemplificerer han det ved hjemmefødsler, der anses som ”naturlige” og den ideelle måde at føde på, kontra fødsler på et hospital, hvor medicin ofte er indblandet – en naturlig proces som en fødsel, bliver på den måde gjort til en ”medicinsk begivenhed” (Verweij, 1999, s. 103). I analysen vil jeg forholde mig til, hvorvidt klassificeringen af svær overvægt som en sygdom øger mulighederne for behandling af overvægt og samtidig påvirker individets liv ved medicinsk indblanding.

Sundhed som en overordnet værdi

Slutteligt forholder Verweij sig til en problematik om *sundhed som en overordnet værdi*. Her påpeger han, at den øgede fokus på et godt helbred og forebyggende medicin bidrager til, hvordan vi ser livskvalitet. I den forbindelse fremhæver han, at mange mennesker i vestlige samfund betragter sundhed som en vigtig og central del af et lykkeligt liv (Verweij, 1999, s. 104). I forhold til sundhedsfremme og forebyggende medicin argumenterer Verweij for, at medicin, der forebygger, er med til at bekræfte og fastholde sundhed som værende en af de vigtigste livskvaliteter (Verweij, 1999, s. 105) – og dermed også sagt, at forebyggende

medicin og sundhedsfremme er med til at marginalisere andre aspekter af, hvad der kunne have betydning for et meningsfuldt liv (Verweij, 1999, s. 92).

I relation til *healthism* påpeger Crawford på samme vis, at sundhed som en fælles værdi kan reducere livskvalitet, når spørgsmålet om sundhed bedømmes ud fra adfærd. Det argumenterer han for, da han ved *healthism* ser, at begrebet om afvigelse udvides til, at man ikke kun afviger, hvis man er syg, men at man afviger, hvis man potentielt kan være syg. Når personer handler på en måde i hverdagen, der disponerer for sygdom, anses disse personer for at være syge – og etiketten, der knyttes til sundhed og sygdom, knyttes til adfærd, holdninger og følelser, der anses for at kunne disponere for sygdom. Der pålægges et individuelt ansvar om at rette op på usunde vaner (Crawford, 1980, s. 380). Den øgede fokus på sundhed, kan altså ændre synet på et meningsfuldt liv ved at marginalisere andre livskvaliteter. I den forbindelse vil jeg i analysen forholde mig til, hvorvidt klassificeringen af svær overvægt som en sygdom peger i retning af vægttab som en forudsætning for livskvalitet.

Medikalisering og etik

Zola og Verweij's perspektiver på medikalisering rejser på samme vis som stigmatiseringsbegrebet en række etiske spørgsmål. Jeg vil i det følgende afsnit forbinde medikaliseringsbegrebet med etiske perspektiver i forhold til balancen mellem at tilbyde hjælp og at reducere kompleksiteten i menneskelige erfaringer til medicinske diagnoser.

Autonomi

Zola pointerer, at den medicinske autoritet skaber social kontrol ved at definere, hvad der ”normalt”, og hvad der ikke er – noget anses for at være forkert, og der opstår et krav om behandling, , hvilket indebærer et etisk autonomiproblem, hvor individet selv kan bestemme. I takt med at det personlige ansvar stiger, når noget gøres til en sygdom, så stiger også det personlige ansvar om at håndtere problemet. I den forbindelse påpeger Zola, at den medicinske autoritet påvirker individets frihed og autonomi over sin egen krop i forhold til selv at kunne løse det givne problem (Zola, 1972, s. 500). Samtidig er det enkelte individ ikke nødvendigvis interesseret i, at et givent hverdagsfænomen omdefineres til et medicinsk fænomen. At et hverdagsfænomen medikaliseres kan altså sidestilles med et autonomiproblem, da omdefineringen både kan ske mod menneskets egen vilje og samtidig fratage kontrollen for at løse problemet fra den enkelte (Ploug & Holm, 2024, s. 52).

Også Verweij peger på, at medikalisering fører til tab af autonomi og uafhængighed. Han fremsætter to argumenter: 1) Den medicinske autoritets udvikling kan øge individers handlemuligheder og begrænser ikke nødvendigvis individets autonomi, og 2) Den

medicinske autoritet kan resultere i øget afhængighed af sundhedssystemet (Verweij, 1999, s. 102). Medikalisering kan altså både bidrage til menneskets autonomi ved at øge individets handlemuligheder for forebyggelse og behandling. Omvendt kan medikalisering reducere individets frihed til at leve et liv uden medicinsk indblanding og dermed øge afhængigheden af sundhedssystemet.

Med respekten for individets autonomi følger i sundhedsvæsenet også en rettighed om ikke-indblanding. Mennesket har ret til at handle ud fra egne værdier og interesser, og har derfor ret til, at sundhedsvæsenet ikke blander sig, hvis det strider imod deres eget ønske. Det vil sige, at mennesket har ret til selv at tage stilling til et behandlingstilbud og reelt tage imod eller afvise en behandling. Samtidig indebærer retten til selvbestemmelse, at mennesket kan tage stilling til et behandlingstilbud, og at vedkommende er informeret om den givne behandling. Med udgangspunkt i Kants kategoriske imperativ, der foreskriver, at mennesker skal have frihed til at handle i overensstemmelse med egne værdier og interesser, er informeret grundlag om behandlingstilbud nødvendigt (Ploug & Holm, 2024, s. 37).

Livskvalitet

Ud fra det utilitaristiske synspunkt om at maksimere mest muligt lykke for flest mulige mennesker, kan lykke forstås som livskvalitet. I relation til Zolas antagelse om, at medikaliseringen af hverdagsfænomener til dels kan være afstigmatiserende, kan medikalisering siges at øge livskvaliteten, da det fjerner ansvar hos den enkelte.

Livskvaliteten øges i den forbindelse, når selvbefejdelse og skam fjernes. Dog rejser medikalisering også bekymringer i forhold til livskvalitet. I forbindelse med sundhed som en overordnet værdi, opstår en moralsk pligt om at rette op på usunde vaner, hvilket reducerer livskvalitet til at være et spørgsmål om sundhed (Crawford, 1980, s. 380). Den etiske problematik ved sundhed som den overordnede værdi i livet, beskrives af Verweij ved sundhedsfremme og forebyggende medicin, der hindrer menneskets frie udvikling, når det kommer til forskelligartede livsanskuelser (Verweij, 1999, s. 107). Når et hverdagsfænomen medikaliseres, vil det på samme vis være at sige, at én tilstand er normal, mens en anden ikke er. Dermed er sygdomsdefinitionen med til at marginalisere andre tilstande og på den måde bliver livskvalitet knyttet til det at være rask – og undgå tilstanden som syg. Dermed kan skam også opstå i forbindelse med at blive klassificeret som syg.

Værdighed

At respektere menneskets værdighed kan, som nævnt, ses i forbindelse med dehumanisering, når mennesker gøres til noget andet end mennesker. I den forbindelse kan dehumanisering

sættes i relation til stigmatisering i forbindelse med medikalisering. Stigmatisering udstiller, som nævnt, mennesket som underlegent, og i denne sammenhæng kan diagnoser (medikalisering) være med til at knytte stærke negative forestillinger til en specifik gruppe af mennesker. Stigmatisering af visse grupper i samfundet kan derfor gennem diagnoser være dehumaniserende, da det fraskriver menneskets værdi, som i højere grad bliver set som et objekt i en gruppe (Ploug & Holm, 2024, s. 62).

Ikke-gøre-skade

Princippet om ikke at gøre skade henviser, som nævnt, til ikke at udføre handlinger, der netop forårsager skade. Ved medikalisering formidles et fænomen som en sygdom, hvilket forårsager, at der knyttes forestillinger om mennesket med sygdommen. Ved forestillinger om mennesker med en sygdom kan medikalisering siges at diskriminere. I relation til Goffmans definition af stigmatisering, er stigma noget, der påføres af andre – men som opretholdes gennem selvstigmatisering. At medikalisere og formidle noget som en sygdom og dermed diagnosticere er med til at stigmatisere en gruppe af mennesker (Ploug & Holm, 2024, s. 51). På den måde kan medikalisering ses at have skadelige effekter, der kan siges at være afledt af negative forestillinger om sig selv. Samtidig kan unødvendig bekymring ved medikalisering af hverdagsfænomener resultere i at gøre skade. Først og fremmest kan iatrogene risici ved forebyggelse føre til unødigt medicinsk behandling, hvilket kan føre til mere skade end gavn. Samtidig kan medikalisering føre til akkumulering af usikkerhed, hvor mulighederne for forebyggelse øger bekymringen for ens helbred. Forskning af mammografiscreening viser, at det kan skabe negative effekter for den enkelte, der befinder sig i den kategori, som bliver defineret som mulig syg – såsom bekymringer og søvnproblemer (Ploug & Holm, 2024, s. 52). Ved medikalisering og klassificeringen af fænomener som sygdomme, opstår altså risikoen for at blive syg. Dermed kan unødvendig bekymring og bekymringer for ens helbred reducere livskvalitet – og gøre mere skade end gavn – også hos raske mennesker.

Metode og videnskabsteori

Medikalisering og stigmatisering tegner et komplekst billede af, hvordan sundhedsrelaterede fænomener forstås og italesættes. I følgende afsnit vil jeg rette fokus mod specialets metodiske og videnskabsteoretiske tilgang. For at kunne undersøge medikalisering og stigmatisering i en specifik kontekst anvendes den kvalitative metode med inddragelse af både dokumenter som empirisk kilde og fokusgruppeinterviews. Specialet tager afsæt i en hermeneutisk forståelsesramme, mens den socialkonstruktivistiske tilgang muliggør belysning af, hvordan betydninger skabes i sociale og kulturelle sammenhænge.

Metodisk tilgang

De følgende afsnit præsenterer mine metodiske tilgange og overvejelser. Afsnittene omfatter først og fremmest en redegørelse for den kvalitative metode, som jeg har anvendt i både indsamlingen og bearbejdningen af min empiri. Herefter følger en afdækning af indsamlingen og bearbejdningen af dokumenter som empiriske kilder, herunder artikler og en hjemmeside af Novo Nordisk, hvorefter der følger en afdækning af fokusgruppeinterviewet som metode til indsamling af empiri, samt de metodiske overvejelser, som jeg i den forbindelse har gjort mig.

Kvalitativ metode

Specialet tager afsæt i *det kvalitative forskningsparadigme* med fokus på at fortolke betydninger og holdninger om overvægt, herunder klassificeringen af svær overvægt som en sygdom (Bryman, 2016, s. 374). Processen har været inspireret af Brymans seks trin for kvalitativ forskning (Bryman, 2016, s. 379), hvor første trin var at formulere brede undersøgelsesspørgsmål om medikalisering og stigmatisering – med afsæt i, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, kan forstærke stereotyper om overvægtige. Efter formuleringen af undersøgelsesspørgsmål har jeg indsamlet relevant teori om medikalisering, stigmatisering og etik, dels fra pensum og dels via litteratursøgning. Jeg har efterfølgende indsamlet empiri i form af 1) artikler fra landsdækkende dagblade, 2) en hjemmeside af Novo Nordisk og 3) to fokusgruppeinterviews. Jeg vil benytte empirien til besvarelsen af de to undersøgelsesspørgsmål. Til sidst i specialet vil jeg sammenfatte analysens vigtigste pointer i en konklusion, som har til formål at give et samlet svar på problemformuleringen og bidrage til forståelsen af den samfundsmæssige og etiske betydning

af at betragte svær overvægt som en sygdom. I de følgende afsnit vil jeg eksplicitere, hvordan jeg har indsamlet empirien, og hvordan jeg har bearbejdet den.

Dokumenter som empirisk kilde

Til besvarelse af første undersøgelsesspørgsmål har jeg benyttet artikler samt en hjemmeside af Novo Nordisk. Selvom disse ”dokumenter” ikke er blevet produceret specifikt med henblik på forskning, anser jeg dem som relevante i forhold til mit afsæt om, at sygdomsklassificeringen af svær overvægt kan forstærke stereotype opfattelser (Bryman, 2016, s. 554). Artiklerne og hjemmesiden er et udtryk for, hvordan Novo Nordisk formidler overvægt, og repræsenterer derfor virksomhedens syn og holdning til (svær) overvægt. (Bryman, 2016, s. 560). I den forbindelse søger jeg at afdække underliggende temaer i artiklerne og på hjemmesiden (Bryman, 2016, s. 563).

Artikler som empirisk kilde

For at få indsigt i, hvordan Novo Nordisk fremstiller (svær) overvægt har jeg først og fremmest afdækket deres udtalelser i medierne. Jeg foretog en søgning via Infomedia (Bilag 2, 1), der kan uddybes ved følgende overvejelser:

- Tidspersonen er specificeret efter den dato, hvor Wegovy blev godkendt til salg i Danmark. Jeg har valgt at afgrænse mig til denne periode, da søgningen fra dette tidspunkt sikrer, at det empiriske materiale omhandler den periode, hvor Novo Nordisk – i højere grad end tidligere – har haft en direkte kommerciel interesse i, hvordan svær overvægt omtales og forstås som en sygdom Danmark, der kræver medicinsk behandling. Jeg er dog klar over, at Novo Nordisk godt kan have udtalt sig til medierne om opfattelsen af svær overvægt som en sygdom før denne dato – samt efter datoen.
- Mediet er afgrænset til landsdækkende dagblade, fordi disse medier har stor samfundsmæssig rækkevidde i Danmark, hvorfor jeg antager, at Novo Nordisk gennem disse medier kan bidrage til at forme opfattelsen af overvægt.
- Jeg har valgt at afgrænse søgningen til Novo Nordisk som eneste organisation, da jeg eksempelvis ikke er interesseret i, hvordan medicinalvirksomheden Eli Lilly eller Sundhedsstyrelsen udtaler sig om opfattelsen overvægt. Netop derfor valgte jeg også at specificere søgningen, så ’Novo Nordisk’ indgik i begyndelsen af artiklen sammen med enten ’overvægt’, ’fedme’ eller ’svær overvægt’ – dette med henblik på at finde frem til artikler, der netop omhandler Novo Nordisk samt overvægt eller svær overvægt.

- Artiklerne er afgrænset til at indeholde enten 'sygdom', 'medicin', 'kronisk sygdom', 'medicinsk problem' eller 'medicinsk behandling'. Denne afgrænsning valgte jeg at lave grundet mit fokus på at finde frem til, hvordan Novo Nordisk netop omtaler svær overvægt i sammenhæng med ord, der kan relatere sig til sygdom.
- Endvidere valgte jeg at afgrænse artiklerne til at skulle indeholde enten 'fedmemedicin', 'vægttabsmedicin' eller 'fedmebehandling'. Denne afgrænsning valgte jeg at lave grundet de muligheder, der opstod for medicinsk behandling af overvægt og svær overvægt i forbindelse med godkendelsen af Wegovy – herunder hvordan Novo Nordisk udtaler sig om behandlingsmulighederne for overvægt og svær overvægt.
- Slutteligt har jeg afgrænset søgningen til at indeholde ord, der lægger sig til, at personer udtaler sig direkte. Jeg valgte at foretage denne afgrænsning, da jeg netop er interesseret i, hvad personer fra Novo Nordisk direkte udtaler til medierne om svær overvægt som en sygdom. Jeg har altså ikke været interesseret i, hvordan medierne fortolker, hvad Novo Nordisk siger eller mener om overvægt, men derimod direkte citater fra personer tilknyttet Novo Nordisk. Ved denne afgrænsning er jeg klar over, at artiklerne også kan indeholde udtalelser fra andre personer, der ikke nødvendigvis udtaler sig på vegne af Novo Nordisk.

Søgningen gav 38 resultater, hvoraf 11 af resultaterne indeholdt citater, hvor personer tilknyttet Novo Nordisk udtaler sig. På baggrund af citaterne, har jeg kunne identificere mønstre og temaer. Jeg har identificeret fire temaer: 1) *Svær overvægt er en kronisk sygdom*, 2) *Medicinsk behandling af svær overvægt*, 3) *Samfund og ansvarlighed* og 4) *Udvikling, klinisk evidens og forskningsdata*. Fremhævede citater, som ved farvekodning er kategoriseret efter tema, kan tilgås i bilag 2 – et memo fremgår, der kort beskriver temaerne. I analysen vil jeg dykke dybere ned i udtalelserne og forholde mig til dem i relation til andre dele af empirien samt mit teoretiske grundlag, der omfatter medikalisering og stigmatisering – dette med udgangspunkt i at finde frem til det generelle narrativ, som Novo Nordisk fremstiller om overvægt (Bryman, 2016, s. 554).

Novo Nordisks hjemmeside som empirisk kilde

For at besvare første undersøgelsesspørgsmål mere fyldestgørende, har jeg inddraget en hjemmeside af Novo Nordisk. Jeg tager udgangspunkt i den danske version af *Truth About Weight: Bliv Klogere På Overvægt* (Novo Nordisk, n.d.) for at undersøge, hvordan Novo Nordisk selv formulerer (svær) overvægt. Med udgangspunkt i de kvalitetskriterier for

internetsider til analyse, som Bryman fremhæver (Bryman, 2016, s. 556), så vælger jeg netop denne hjemmeside, fordi jeg antager, at den er konstrueret med henblik på at sætte fokus på overvægt og svær overvægt. Samtidig antager jeg, at det øgede fokus på overvægt samt klassificeringen af svær overvægt som en sygdom har en kommerciel interesse for Novo Nordisk grundet deres produktion og salg af vægttabsmedicin.

Hjemmesiden indeholder flere sektioner og artikler, hvor jeg har valgt at tage udgangspunkt i de sektioner, som fremgår i højremenuen. Det har jeg gjort, fordi de allerede giver en tematisk opdeling af indholdet på hjemmesiden i forhold til, hvad Novo Nordisk selv har valgt at fremhæve i formidlingen af overvægt. Med udgangspunkt i mit fokus på klassificeringen af svær overvægt som en sygdom samt temaet 'Svær overvægt er en kronisk sygdom' har jeg lavet en søgning på hjemmesiden med netop denne formulering. Det har jeg gjort med henblik på at få uddybet og begrundet Novo Nordisks sygdomsklassificering af svær overvægt. Det øverste resultat er en side med uddybende argumenter for sygdomsklassificeringen. En oversigt over de fremhævede sektioner og sider samt tilhørende udvalgte citater kan tilgås i bilag 3 (2). Med udgangspunkt i de fremhævede sektioner og sider, har jeg valgt at karakterisere Novo Nordisks hjemmeside ud fra de fire temaer, som jeg kunne identificere i artiklerne fra Infomedia-søgningen: *Svær overvægt er en kronisk sygdom*, *Medicinsk behandling af svær overvægt*, *Samfund og ansvarlighed* og *Udvikling, klinisk evidens og forskningsdata*. Karakteristikken er lavet med henblik på at afdække, hvordan Novo Nordisk formidler overvægt, herunder hvad de fokuserer på og fremhæver i deres perspektiver på klassificeringen af svær overvægt som en sygdom – denne kan tilgås i bilag 3 (1).

Fokusgruppeinterview

Til besvarelse af andet undersøgelsesspørgsmål har jeg foretaget to *fokusgruppeinterviews*. Jeg vil i de følgende afsnit explicitere, hvordan jeg gennem fokusgruppeinterviews har indsamlet data, herunder de refleksioner og overvejelser, som jeg undervejs og efterfølgende har gjort mig.

Fokusgruppeinterviewet

Et fokusgruppeinterview kombinerer et *gruppeinterview* (flere personer deltager) og et *fokuseret interview*, hvor deltagerne udvælges, fordi det antages, at de er involveret i en specifik situation, og derfor kan diskutere et bestemt emne (Bryman, 2016, s. 501). Halkier påpeger, at gruppeinterviews godt kan være fokusgrupper, men ikke alle gruppeinterviews er fokusgrupper. Halkier definerer fokusgruppeinterviewet ved "[...] kombinationen af

gruppeinteraktion og forsker-bestemt emne-fokus [...]” (Halkier, 2009, s. 9). Jeg har foretaget fokusgruppeinterviews om synet på overvægt for at få en dybere forståelse for emnet. Formålet har været at få indsigt i overvægtiges oplevelser med overvægt, samt hvordan samfundets syn på og holdning til overvægt påvirker dem. Alle deltagere havde et BMI over 25, hvilket klassificerer dem som overvægtige. Jeg spurgte ikke yderligere ind til deltagernes BMI – ikke i rekrutteringsprocessen og ikke i løbet af interviewet – da jeg ønskede at skabe et rum uden fokus på, hvilken vægtkategori den enkelte tilhørte. To af deltagerne nævnte dog i løbet af interviewet, at de lå i en kategori, der klassificerede dem som svært overvægtige (Bilag 7, l. 391 ; Bilag 8, l. 61).

Jeg valgte at afholde to fokusgruppeinterviews, da ét ville være for snævert, og flere ville være for tidskrævende (Bryman, 2016, s. 505). Bryman fremhæver, at mindre grupper anbefales, hvis et emne enten er kontroversielt, hvis der er mulighed for, at deltagerne er følelsesmæssigt optaget af emnet, samt hvis deltagernes personlige beretninger er essentielle (Bryman, 2016, s. 506). Jeg gennemførte to interviews, udelukkende med kvinder: ét fysisk med tre deltagere og ét virtuelt med fire deltagere. Gruppestørrelsen var passende, da emnet omkring vægt kan være et følsomt emne, og derfor kunne en større gruppe have hæmmet deltagernes åbenhed (Bryman, 2016, s. 506).

Rekrutteringsprocessen

I rekrutteringsprocessen benyttede jeg flere strategier til at rekruttere deltagere. Med udgangspunkt i tidligere forskning (Malterud & Ulriksen, 2010) valgte jeg at rekruttere deltagere gennem forskellige “grupper” for personer med overvægt. Det gjorde jeg, da mit formål var at undersøge, hvorvidt overvægtige oplever stigmatisering i forhold til, hvordan synet på overvægt i samfundet er. Jeg benyttede blandt andet det, som Bryman betegner som *researcher-driven recruitment*, hvor rekrutteringen støttes af en organisation med interesse i forskningen (Bryman, 2016, s. 509). Jeg kontaktede Nationalt Center for Overvægt (NCFO), som blandt andet arbejder med formidling og viden om overvægts kompleksitet (Nationalt Center for Overvægt, 2025). Jeg valgte denne rekrutteringsmetode med udgangspunkt i at finde deltagere, der matchede det specifikke kriterie om et BMI over 25. NCFO lavede et opslag på deres hjemmeside samt en reference til opslaget på deres sociale medier, hvilket resulterede i én henvendelse.

Samtidig benyttede jeg mig af *key informant recruitment*, hvor rekrutteringen indebærer en interesseorganisation, der aktivt hjælper med rekrutteringen af deltagere (Bryman, 2016, s. 509). Jeg kontaktede en Instagram-profil med 26.000 følgere, hvor

personen bag profilen tidligere havde udtalt sig offentligt om årsagerne til overvægt samt respekten for at frasige sig vægttabsmedicin. Jeg valgte denne metode med udgangspunkt i to ting: 1) personens mange følgere og 2) personens udtalelser i offentligheden, hvor vedkommende havde snakket åbent om et følsomt emne som vægt. Af den grund så jeg først og fremmest muligheden for at få ”adgang” til vedkommendes følgere, hvor jeg antog, at flere kunne matche kriteriet om et BMI over 25. Samtidig antog jeg, at følgerne på sin vis måtte have tillid til personen bag profilen; hvis invitationen kom den vej igennem, fra en betroet person, der selv matchede kriteriet om et BMI over 25, håbede jeg, at det ville øge sandsynligheden for, at nogen ønskede at deltage. På Instagram-profilen blev delt en ”story” med en kort invitation til fokusgruppen samt et link til opslaget hos NFCO, hvor følgerne havde muligheden for at læse mere. Det resulterede i fire henvendelser.

Endeligt anvendte jeg *spontaneous recruitment*, hvor personer melder sig til at deltage efter at have hørt om undersøgelsen gennem andre (Bryman, 2016, s. 509). Jeg lavede et opslag på min egen Facebook og LinkedIn-profil, hvor mine ”venner” og ”forbindelser” havde mulighed for at dele opslaget. Mit udgangspunkt for denne metode var, at den var hurtig og forholdsvis bred; alle der så opslaget og matchede kriteriet om et BMI over 25 havde en mulighed for at deltage. Jeg fik fire henvendelser på baggrund af mit eget opslag.

Moderator af fokusgruppen

Som interviewer fungerede jeg som moderator af fokusgrupperne med ansvaret for at facilitere samtalen. Min rolle var at sætte rammerne for, at deltagerne kunne dele deres synspunkter og perspektiver på overvægt (Bryman, 2016, s. 501). Med et følsomt emne som vægt, fandt jeg det især vigtigt at skabe et trygt rum, hvor deltagerne frit kunne dele deres synspunkter om overvægt, herunder ærlige tanker, følelser og personlige erfaringer – dette med udgangspunkt i at sikre, at alle deltagere følte sig trygge og respekterede. Til at understøtte at alle perspektiver var lige vigtige og betydningsfulde, understregede jeg vigtigheden af dette allerede i invitationen, i den besked, deltagerne modtog før interviewet samt i min mundtlige introduktion ved fokusgruppens begyndelse. Invitation, opslag, besked til deltagere samt introduktion kan tilgås i bilag 4, hvor teksten markeret med blå, er de dele, som er fokuseret på at skabe et trygt rum.

Interviewguide

Af Bryman anbefales det, at man begynder en fokusgruppe med en introduktion, hvor man bør være opmærksom på en række punkter (Bryman, 2016, s. 511). Min introduktion kan tilgås i bilag 4 (5), hvor den er inddelt i de specifikke opmærksomhedspunkter. Med

inspiration fra tidligere forskning, har jeg udarbejdet en *interviewguide*, der tager afsæt i de teoretiske perspektiver på medikalisering og stigmatisering. Interviewguiden og min søgning af forskning kan tilgås i bilag 5. Interviewguiden indledes med en åben invitation og en opfordring til deltagerne om at præsentere dem selv og fortælle, hvad der havde motiveret dem til at deltage (Bilag 5, 2). Grundet det følsomme emne valgte jeg netop at starte med et bredt spørgsmål, der kunne åbne til diskussion og få deltagerne i gang med at tale hver især (Bryman, 2016, s. 511).

Studiet af Malterud og Ulriksen (2010) har gennem fokusgruppeinterviews med svært overvægtige undersøgt personernes møde med en praktiserende læge – med fokus på lægens håndtering af deres vægtproblem. Fokusgruppeinterviewene indledtes med åbne spørgsmål, der opfordrede til at fortælle om egne erfaringer og oplevelser, både de gode og dårlige (Malterud & Ulriksen, 2010). Da jeg i min undersøgelse på samme vis er interesseret i deltagernes erfaringer og oplevelser med stigmatisering af overvægt har jeg med inspiration fra studiet valgt at stille spørgsmål, der opfordrer til at fortælle om egne erfaringer og oplevelser. I den forbindelse har jeg i flere af mine spørgsmål benyttet formuleringen “Hvordan oplever I ...” (Bilag 5, 2).

Til at formulere spørgsmålene om deltagernes personlige erfaringer med opfattelsen af overvægt, har jeg fundet inspiration fra Chang et al (2009) samt Cossrow og Jeffrey (2001). I studiet af Chang et al undersøges opfattelser og holdninger til svær overvægt samt barrierer for vægttab gennem fokusgrupper med overvægtige (Chang et al, 2009). Jeg har fundet inspiration fra studiets interviewguide fra det spørgsmål, der retter sig mod den enkeltes beskrivelse af sin egen krop: “How do you describe your body size now?” (Chang et al, 2009, s. 262). Med inspiration herfra har jeg formuleret spørgsmålet: “Hvordan oplever I jeres krop og at være overvægtig i vores samfund?” samt et opfølgende spørgsmål: “Ser I jer selv som overvægtig?” (Bilag 5, 2). Jeg blev netop inspireret af spørgsmålet om deltagernes egen oplevelse af deres kropsstørrelse, da jeg ønsker at undersøge deltagernes selvopfattelse – dette med henblik på at undersøge, hvordan samfundets syn på overvægt spiller en rolle i forhold til, hvordan de ser sig selv.

Studiet af Cossrow og Jeffreys undersøger gennem fokusgruppeinterviews oplevelsen af vægtstigmatisering med formålet om at forstå, hvordan overvægtige personers tanker og erfaringer med fordomme, diskrimination og negative stereotyper, relaterer sig til deres vægt (Cossrow & Jeffrey, 2001). Spørgsmålene, der blev stillet i studiet, dækkede deltagernes generelle opfattelser af vægstigmatisering i samfundet samt personlige oplevelser med at blive behandlet anderledes eller dårligt på grund af vægt (Cossrow & Jeffrey, 2001, s. 210).

Jeg har specifikt fundet inspiration fra spørgsmålene, der dækker personlige oplevelser: “Have any of you had experiences where you felt that you were treated differently because of your weight?” og “Are there any situations where you felt you were treated differently or poorly because of your weight?” (Cossrow & Jeffrey, 2001, s. 210). Disse spørgsmål har jeg omformuleret til to opfølgende spørgsmål: “Har I oplevet af blive behandlet anderledes eller dårligt på grund af jeres vægt?” og “Hvad har påvirket jeres oplevelse mest?” (Bilag 5, 2). Jeg har altså udeladt de spørgsmål, der omhandler generelle perceptioner af vægtstigmatisering i samfundet. Det har jeg gjort, fordi formålet med fokusgrupperne er rettet mod at få en forståelse af deltagernes personlige oplevelser, og hvordan opfattelsen af overvægt påvirker den enkelte (den overvægtige).

Til den del af interviewguiden, der handler om den medicinske behandling af svær overvægt, har jeg fundet inspiration til spørgsmål fra Epstein og Odgen (2005) samt Pearce et al (2021). Gennem interviews med læger har Epstein og Odgen undersøgt praktiserende lægers opfattelse og håndtering af behandlingen af svær overvægt. Jeg har fundet inspiration fra studiets interviewguide fra spørgsmålet, der relaterer sig til måder at hjælpe personer med svær overvægt på: “What do you think are the best ways to help patients that are obese?” (Epstein & Odgen, 2005, s. 751). Jeg har benyttet inspiration fra dette spørgsmål til at sætte fokus på Novo Nordisks succes med Wegovy med henblik på at undersøge, hvordan den stigende fokus på vægttabsmedicin påvirker den enkelte med overvægt. Med dette udgangspunkt har jeg formuleret følgende spørgsmål: “Hvordan oplever I det øgede fokus på vægttabsmedicin, især efter Novo Nordisks succes med Wegovy?” (Bilag 5, 2). Jeg vælger i den forbindelse at sætte fokus på vægttabsmedicin som en behandlingsmulighed af svær overvægt, fordi Novo Nordisks produktion og salg af Wegovy netop har været en del af mit afsæt. Samtidig har jeg formuleret spørgsmålet: “Har det påvirket jeres syn på mulighederne for vægttab?” (Bilag 5, 2), der åbner for dialog om andre muligheder for behandling af overvægt. Jeg har formuleret spørgsmålet med henblik på, at få deltagerne til at reflektere over de forskellige behandlingsmuligheder af overvægt, og hvordan mulighederne for behandling påvirker dem. Det har jeg gjort for at undersøge, om medikaliseringen af overvægt skaber et større eller mindre pres for vægttab.

Pearce et al har gennem interviews i sundhedsvæsenet undersøgt opfattelsen og håndteringen af forebyggelse af svær overvægt i sundhedssystemet (Pearce et al, 2021). Jeg har fundet inspiration fra studiets interviewguide fra følgende spørgsmål: “What do you see as the role of health services in the prevention of overweight and obesity?” (Pearce et al, 2021, s. 8). Jeg er blevet inspireret af spørgsmålet om sundhedsvæsenets rolle i forebyggelsen

af svær overvægt til mit eget spørgsmål: “Hvordan oplever I sundhedsvæsenets rolle i forbindelse med overvægt?” (Bilag 5, 2). I tak med udviklingen af medicinsk behandling af overvægt, spiller sundhedsvæsenet netop en rolle, hvorfor formålet med spørgsmålet har været at spørge ind til deltagernes opfattelse af sundhedsvæsenet. Samtidig ønskede jeg, at spørgsmålet kunne åbne for dialog om egne oplevelser i sundhedsvæsenet – hvorfor jeg formulerede et opfølgende spørgsmål: “Har I oplevet, at læger har haft viden og forståelse for jeres situation?” (Bilag 5, 2).

Slutteligt har jeg fundet inspiration fra Sikorski et al (2012), der gennem fokusgruppeinterviews har undersøgt, hvordan svær overvægt opfattes af forskellige befolkningsgrupper – normalvægtige, overvægtige og personer, der arbejder i sundhedsvæsenet (Sikorski et al, 2012). Jeg har fundet inspiration fra studiets interviewguide fra spørgsmålet, der omhandler, hvordan overvægtige personer bliver beskrevet i offentligheden: “How are overweight and obese individuals seen in the public eye? What attributes are they ascribed?” (Sikorski et al, 2012, s. 273). Spørgsmålet har jeg omformuleret til: “Hvordan oplever I, at samfundet og medierne taler om overvægt?” (Bilag 5, 2). Jeg fandt netop dette spørgsmål relevant for min undersøgelse med henblik på at undersøge, hvordan offentlighedens opfattelse af overvægt påvirker den enkelte – og hvordan samfundets syn på overvægt kan opleves som stigmatiserende.

Jeg er bevidst om, at ikke alle mine spørgsmål i interviewguiden har været at finde inspiration til fra tidligere forskning. Det gælder specifikt den del, der omhandler oplevelsen af svær overvægt som en sygdom. Spørgsmålene i denne del er dog formuleret med udgangspunkt i perspektivet på medikaliseringen af overvægt. Hensigten med denne del af interviewguiden har været at få deltagernes syn på klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, og hvad det har af betydning for dem, herunder hvorvidt det giver en større forståelse for overvægt eller skaber flere fordomme, samt hvordan det påvirker deres selvforståelse. Denne del af interviewguiden er udarbejdet med henblik på at få en indsigt i, om medikaliseringen af overvægt fører til (af)stigmatisering.

Optagelse og transskription

Jeg har *lydoptaget* og *transskriberet* begge fokusgruppeinterviews. Transskriberingerne kan tilgås i henholdsvis bilag 7 og 8. Jeg har netop lydoptaget og transskriberet for at gengive al tale i forhold til, hvad deltagerne har sagt. Specielt ved fokusgruppeinterviewet har det samtidig været essentielt, hvem, der har sagt hvad. Transskriptionen er således nødvendig for at kunne foretage en systematisk analyse (Halkier, 2016, s. 72).

Bearbejdning af fokusgruppeinterviews

I bearbejdelsen af data fra de to fokusgruppeinterviews har jeg valgt at *kode, kategorisere* og *begrebsliggøre*. Det har jeg gjort for at danne mig et overblik over mit datamateriale på en systematisk og analytisk måde. Kodning handler om at kondensere datastykkerne fra interviewet ved at give hvert datastykke en tematisk overskrift (Halkier, 2016, s. 75). Efter transskribering af interviewene kodede jeg begge interviews for at finde nøgletemaer, mønstre og gentagelser i deltagernes udsagn. I den forbindelse fokuserede jeg på, *hvad* der blev sagt – ikke *hvordan* det sagte opstod eller blev sagt (Kjærbeck, 2014, s. 162). Ved en gennemgang af transskriptionerne markerede jeg de enkelte datastykker med korte beskrivelser eller enkeltord, som jeg fandt definerende for de enkelte dele.

Halkier beskriver kategoriseringen af data, som den proces, hvor de forskellige koder sættes i forhold til hinanden – blandt andet med henblik på at finde ud af, om nogle af koderne hænger sammen eller står i modsætning til hinanden. Kategoriseringen medfører altså en yderligere kondensering af datamaterialet, hvor koderne grupperes under de enkelte kategorier. Kategoriseringen er foretaget på tværs af de to fokusgruppeinterviews, hvor udgangspunktet har været drevet af en blanding mellem teori og empiri (Halkier, 2016, s. 77). Med udgangspunkt i det teoretiske perspektiv på stigmatisering har jeg kategoriseret de enkelte dele ud fra stereotype opfattelser af overvægtige. I den forbindelse er kategoriseringen dels teoridrevet, dels empiridrevet, da det er deltagernes udsagn, der styrer hvilke stereotype opfattelser, der kategoriseres efter. Nogle af koder kan naturligvis passe ind i flere kategorier, hvorfor også nogle koder går igen under de forskellige kategorier. Kodningerne og kategoriseringen kan tilgås i bilag 6.

Halkier beskriver begrebsliggørelse som den proces, hvor koder og kategorier sættes i forhold til anden data og teoretiske begreber. Det gør man netop for at gøre sine data specifikke i forhold til generel teori indenfor feltet (Halkier, 2016, s. 78). Halkier beskriver processen for begrebsliggørelse ud fra tre typer af viden, som hun sammenholder sit datasæt med: 1) sammenholdning af koder og kategorier med de mest konkrete og specifikke teoretiske begreber, 2) sammenholdning af mønstre og brud med andre lignende undersøgelser og 3) sammenholdning af kategoriseringer og mønstre med andre dele af datasættet (Halkier, 2016, s. 79). Ved begrebsliggørelse validerer jeg mit datasæt som afsæt for min undersøgelse, hvilket jeg gør på tværs af de to fokusgrupper. Samtidig forholder jeg dette til de tre typer af viden, som Halkier peger på: 1) stigmatisering og medikalisering, 2) tidligere forskning og 3) Novo Nordisks udtalelser om (svær) overvægt. Ved dette trin knyttes

en dybere og mere kritisk fortolkning til dataene, hvilket sker med teoretisk reference (Kjærbeck, 2014, s. 164).

Metoderefleksion

Ovenstående afsnit danner grundlag for de metodiske valg, som jeg har foretaget i forbindelse med indsamling og bearbejdning af data fra de to fokusgruppeinterviews. For at nuancere forståelsen af min undersøgelses videnskabelige styrker og begrænsninger, vil jeg i det følgende afsnit foretage en kritisk refleksion over de metodiske valg, som jeg har foretaget.

De to fokusgrupper har ikke været stratificeret efter alder, køn, BMI eller andre kriterier – hvilket havde været en oplagt mulighed (Bryman, 2016, s. 505). Dog har jeg i rekrutteringen været begrænset af henvendelser – de personer, der har henvendt sig, har deltaget, hvorfor jeg ikke har haft mulighed for at stratificere. To mænd skulle have deltaget, men måtte melde afbud. Deres deltagelse havde dog ikke havde været nok til at kunne stratificere fokusgrupperne efter køn. At alle deltagerne var kvinder, ser jeg dog som en fordel for netop at dele personlige oplevelser med overvægt. Ved en anden konstellation af deltagere, havde konteksten været en anden, hvorfor jeg på baggrund af mine data og deltagere ikke kan sige noget generelt om alle overvægtige. Deltagerne udgør en meget lille del af personer med et BMI over 25. Derimod kan jeg på baggrund af de to fokusgruppeinterviews generalisere ud fra netop de kontekster, som deltagerne udgør eksempler på (Halkier, 2009, s. 111). Konteksten havde eksempelvis været en anden, hvis der havde været mænd til stede i fokusgrupperne, og det er ikke sikkert, at jeg havde fået de samme indsigter, hvis deltagerne af den grund havde været mere tilbageholdende.

I forhold til deltagerne, der har meldt sig, peger Bryman på, at fokusgruppeinterviewet netop er en mulighed, hvor deltagerne er i stand til at sætte spørgsmålstejn ved et emne, som de vurderer som væsentligt (Bryman, 2016, s. 502). Deltagerne må altså antages at have haft et ønske om at bringe deres synspunkter om overvægt frem – set i relation til resten af befolkningen med et BMI over 25, der ikke har set opslagene, eller som ikke har haft lyst til at deltage. Samtidig var fire af deltagerne rekrutteret gennem Instagram-profilen, hvor personen bag havde udtrykt holdninger om synet på overvægt, herunder holdningen om, at fokus på vægttabsmedicin lægger et øget pres på personer med overvægt. Holdningerne, som var blevet udtrykt gennem profilen, kunne forventeligt have skabt en bias hos deltagerne. To personer blev rekrutteret gennem mit eget opslag, som ikke nødvendigvis ikke har haft det samme perspektiv, hvilket viser et engagement fra en anden vinkel, som kan understøtte andre perspektiver og holdninger.

Videnskabsteoretiske overvejelser

I de følgende afsnit vil jeg redegøre for de videnskabsteoretiske overvejelser, som jeg har haft i forbindelse med undersøgelsen af Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige. Jeg vil definere hovedtrækkene ved de to tilgange, *hermeneutik* og *socialkonstruktivisme*, samt hvordan de to tilgange udgør et samlet afsæt for min undersøgelse.

Hermeneutik

Hermeneutikken er humanvidenskabelig tilgang med fokus på *fortolkning* og *mening*. Det meningsfulde omfatter menneskers handlinger og udtryk, såsom sprog og tekster. Forståelsen af det meningsfulde består i fortolkningen af mening (Pahuus, 2014, s. 225). Det meningsfulde har to dimensioner: 1) den mening, som er knyttet til det aktuelle menneske, menneskets aktuelle handling og produkt, dets konkrete mål samt menneskets situationsopfattelse, og 2) den mening, der er knyttet til den etablerede kontekst, som menneskets handling og produkt optræder i. For at forstå og fortolke mening, må man således forholde sig til begge dimensioner (Pahuus, 2014, s. 231).

Med udgangspunkt i en tekst som et udtryk af et menneske, indebærer forståelsesprocessen af teksten en cirkelbevægelse mellem dele og helhed – *den hermeneutiske cirkel* – hvor man bevæger sig frem og tilbage mellem forståelse af tekstens enkelte dele og forståelsen af teksten i sin helhed. Ved den hermeneutiske cirkel bliver forståelse til ved at forstå helheden ud fra delene og delene ud fra helheden – og den er derfor uundgåelig i forståelsesprocessen (Pahuus, 2014, s. 232). Teksten må samtidig forstås i relation til mennesket bag teksten samt den kontekst, den indgår i. Fortolkning af teksten indeholder altså en cirkelbevægelse mellem forståelse af tekstens enkelte dele og tekstens helhed samt en forståelse af de større helheder omkring teksten (Pahuus, 2014, s. 233).

Med udgangspunkt i Gadamer tilføjes endvidere to elementer til fortolkningsprocessen, hvilket sker på baggrund af menneskets *forståelseshorisont*. Ifølge Gadamer sker al forståelse med udgangspunkt i ens forståelseshorisont – en ubevidst forforståelse præget af egne erfaringer, værdier og verdenssyn. Forståelseshorisonten kan altså ses som en form for baggrundsforståelse, som medbringes i mødet med en tekst – en baggrundsforståelse, man ikke kan vælge til og fra (Pahuus, 2014, s. 238). Dermed udvider Gadamer den hermeneutiske cirkel til også at omfatte bevægelsen mellem egen forståelseshorisont og tekstens helhed. Samtidig må man i cirkelbevægelsen gå frem og tilbage mellem spørgsmål, som stilles til teksten, og de svar, som teksten giver på de stillede

spørgsmål (Pahuus, 2014, s. 240). Med de to ekstra elementer peger Gadamer på en gradvis sammensmeltning af horisonter, som omfatter, at fortolkningen af mening bliver mere og mere dækkende. Ved den hermeneutiske tilgang gøres der rede for den viden og fortolkning, som opstår i udvekslingen mellem forståelseshorisonter – ikke at sige, at man kan betragte fortolkningen som nogensinde afsluttet eller endegyldig (Pahuus, 2014, s. 241).

Videnskabsteori og metode: den hermeneutiske cirkel, empiri og teori

I overensstemmelse med den hermeneutiske tilgang, som præger undersøgelsen af Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige, er jeg bevidst om, at al forståelse sker på baggrund af min forståelseshorizont. Min forståelseshorizont har præget hele undersøgelsen – fra min kritiske opmærksomhed på Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige til mit møde med teori og empiri. Min forståelseshorizont udspringer dels af mine personlige erfaringer og værdier, og dels af den viden og forståelse, jeg har opnået gennem forskningslitteratur om overvægt, stigmatisering og medikalisering. Med udgangspunkt i mine personlige erfaringer og værdier har mit afsæt for undersøgelsen været, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom er med til at forstærke nogle stereotype opfattelser om overvægtige.

I den forbindelse er det værd at pointere, at jeg ikke selv er en del af den målgruppe, som jeg undersøger. Med udgangspunkt i fokusgrupperne har jeg derfor ikke haft den samme kontekstuelle forståelse, som deltagerne har haft omkring overvægt. Af den grund havde jeg forud for fokusgruppeinterviewene gennemgået en væsentlig del af litteraturen om overvægt, stigmatisering og medikalisering, hvilket har betydet, at min forståelseshorizont er blevet formet og nuanceret gennem teoretisk og empirisk viden. Det, jeg ikke selv har haft en forudgående forståelse for, eksempelvis hvordan det opleves at blive mødt med stigmatisering i sundhedsvæsenet, har jeg opnået en vis forståelse for gennem forskningen. På den måde er min forståelseshorizont blevet udvidet i forståelsesprocessen af, hvad stigmatisering og medikalisering indebærer, og min forståelseshorizont har dermed påvirket de spørgsmål, som jeg har stillet.

Jeg anerkender, at min forståelseshorizont både indskrænker og skærper mit blik. Jeg har ikke søgt at bekræfte min antagelse om, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom forstærker stigmatiseringen af overvægtige, men min forståelseshorizont er blevet formet af forskningslitteraturen. Derfor indskrænker forståelseshorizonten på den ene side mit blik på stigmatisering og medikalisering, mens den på den anden side gør mig i stand til at stille relevante og nuancerede spørgsmål – ikke bare i selve interviewguiden, men også

relevante spørgsmål til selve datamaterialet. I den forbindelse har min forståelseshorisont skærpet mit blik for mønstre og brud i udsagn.

I analysen knytter jeg min fortolkning af de to fokusgruppeinterviews til min forståelseshorisont i et forsøg på at skabe mening. Som en del af hermeneutikken, forsøger jeg ved fortolkning af mit datasæt at forstå mening ud fra del og helhed. I den sammenhæng er det vigtigt at påpege, at min forståelse af mening, altid vil afhænge af min forståelseshorisont (Halkier, 2016, s. 80). Dermed har den hermeneutiske cirkel været fundamental for min forståelsesproces. Deltagernes enkelte udsagn og de enkelte udsagn af Novo Nordisk, skal forstås som de enkelte dele. Helheden skal forstås som helheden i fokusgruppeinterviewene og Novo Nordisks samlede udsagn. Således forstår jeg de enkelte deltagers udsagn i lyset af de øvrige deltagere i fokusgruppen samt på tværs af de to fokusgrupper, men også i forhold til udsagnene af Novo Nordisk. Endvidere forholder jeg udsagnene til den teoretiske kontekst om medikalisering og stigmatisering. Denne cirkulære bevægelse mellem del og helhed – mellem udsagn og kontekst – har været styrende for min fortolkningsproces. Helheden er altså ikke kun den enkelte fokusgruppe, men også det samlede billede, der dannes på tværs af de to interviews og udsagnene af Novo Nordisk, set i relation til den teoretiske kontekst om medikalisering og stigmatisering.

Analysen består af en fortolkningsproces, hvor jeg har ladet deltagernes erfaringer og udsagn indgå i dialog med udsagnene af Novo Nordisk og de teoretiske perspektiver på medikalisering og stigmatisering. I den forbindelse har deltagernes erfaringer og udsagn samtidig indgået i en dialog med min egen forståelseshorisont. Det gælder både i forhold til de spørgsmål, som jeg løbende har stillet i fokusgrupperne, men også de spørgsmål, som jeg forholder mig til i analysen. Således kan min fortolkningsproces ikke siges at være neutral, da den er præget af, at min forståelseshorisont gør mig en del af den kontekst, som jeg undersøger og fortolker. Ved den hermeneutiske tilgang har jeg arbejdet for at gøre min fortolkningsproces gennemskelig ved at eksplicitere min forståelseshorisont og mine analytiske bevægelser mellem del og helhed. I den forbindelse er det altså vigtigt at pointere, at selvom jeg kan bevidstgøre mig for dele af min forståelseshorisont, så vil det være umuligt fuldstændig at bevidstgøre sig fra den.

Bearbejdning af data

Med udgangspunkt i min forståelseshorisont, opstår der altså et validitetsproblem i den forstand, at mine kodninger, kategoriseringer og tematiseringer samt fortolkninger kan have været præget af værdiladede antagelser om medikalisering og stigmatisering (Bryman, 2016,

s. 384). Eksempelvis de stereotype opfattelser: Deltagerne er specifikt inde på, at der er en opfattelse af, at de er en belastning for samfundet (Bilag 8, l. 197-198 ; l. 226-229), mens den stereotype opfattelse af, at overvægtige ikke passer ind i samfundets normer og fysiske rammer i højere grad er en fortolkning, som jeg laver på baggrund af deltagernes oplevelser og erfaringer. Ekspliciteringen og gennemsigtigheden er derfor vigtig for validiteten i kvalitativ forskning, hvor det handler om at vise, hvordan data er produceret og bearbejdet systematisk (Halkier, 2009, s. 109). For netop at styrke validiteten af min undersøgelse, har jeg gennemgående inddraget de refleksioner og overvejelser, som jeg løbende har gjort mig. Som led i bestræbelserne på gennemsigtighed har jeg ført systematisk dokumentation af samtlige faser af forskningsprocessen (Bryman, 2016, s. 384). Det har jeg eksempelvis gjort gennem kodningsskemaerne, refleksion over udvælgelsesvalg og eksplicitering af min forståelseshorisont.

I forbindelse med udsagnene af Novo Nordisk anerkender jeg, at den afgrænsede søgning på Infomedia, mine valg i fremhævelsen af citater samt identificeringen af temaer er subjektive i den forstand, at de præges af min forståelseshorisont og bygger på mine vurderinger af relevans. Det samme gælder sammenkoblingen mellem tematikkerne fra artiklerne og sektionerne på Novo Nordisks hjemmeside samt, hvad jeg fremhæver fra de enkelte sektioner og sider. Selvom jeg har foretaget en systematisk søgning på Infomedia, er udvælgelsen og kategoriseringen af artiklerne ikke en neutral proces – det samme gælder den systematiske gennemgang af højremenuen på Novo Nordisks hjemmeside og fremhævelsen af citater. Det betyder, at min forståelseshorisont, herunder det teoretiske grundlag, har haft indflydelse på, hvilke artikler jeg har vurderet som relevante, og hvilke citater jeg har valgt at fremhæve – både fra artiklerne og hjemmesiden. Det indebærer, at udvælgelsen potentielt kunne have set anderledes ud, hvis jeg eller en anden havde haft en anden faglig tilgang eller et andet fokusområde.

Med udgangspunkt i fokusgruppeinterviewene anerkender jeg, at min forståelseshorisont også spiller en rolle i kodningen og kategoriseringen af dataene, hvorfor der vil indgå fortolkning i alle tre trin, selvom det i princippet kun er på det sidste trin, at der fortolkes (Kjærbeck, 2014, s. 163). Af den grund har det været vigtigt at kunne dokumentere min arbejdsgang over analysens tre trin, hvilket jeg blandt andet har gjort ved at lave et memo, der kort beskriver, hvorfor koderne er kategoriseret, som de er – og hvordan nogle af kategorierne kan ses i relation til hinanden. Memoerne fremgår i bilag 6 i højre kolonne. Ligesom med artiklerne og hjemmesiden, kunne jeg have kodet og kategoriseret de to fokusgruppeinterviews anderledes. Kategoriseringen af koderne har ikke været en neutral

proces, da mit teoretiske grundlag har haft indflydelse på, hvordan jeg har valgt at kategorisere. Det indebærer, at kategoriseringen naturligvis kunne have set anderledes ud, hvis jeg ikke havde valgt at kategorisere efter stereotype opfattelser af overvægt. I den forbindelse har min forståelseshorisont præget mine fortolkninger af deltagernes udsagn, skabt bias om mit blik på overvægt som et stigmatiseret fænomen samt skygget for andre betydningslag i dataene. Det betyder, som nævnt, at nogle af de stereotype opfattelser udspringer tydeligere fra deltagernes egne udsagn, mens andre af de stereotype kategorier dels er skabt gennem deltagernes udsagn, dels gennem min fortolkning.

Socialkonstruktivisme

Hvor hermeneutikken fokuserer på meningsskabelse i en kontekst, kan socialkonstruktivismen supplere hermeneutikken ved et blik på det sociale i forhold til, hvordan virkelighed og viden konstrueres gennem sociale processer.

I konstruktivismen betragtes fænomener som konstruerede gennem menneskers tænkning, sprog og sociale praksisser (Collin, 2003, s. 11). I socialkonstruktivismen skal fænomener forstås som den sociale virkelighed, der består i relationen mellem subjekter og objekter. Subjekter og objekter er noget, der eksisterer i sig selv, men de er i sig selv meningsløse – i deres relation opstår mening (Esmark et al, 2005, s. 17). Relationer er i den forbindelse med til at føde al mening, også mellem mennesker ved aftaler, forhandlinger og bekræftelser. I socialkonstruktivismen er relationerne dem, der danner baggrund for den sociale konstruktion af virkeligheden – det er relationerne mellem mennesker, som sammen knytter en bestemt form for meningsfuldhed (Esmark et al, 2005, s. 18). I den forbindelse hævder socialkonstruktivismen, at enhver menneskelig aktivitet er bundet til den sociale virkelighed – til relationerne – og det er ikke muligt at komme ud på den anden side af virkeligheden og løsrive sig fra relationerne. Socialkonstruktivismen afviser altså ikke, at der er en virkelighed uden for den sociale virkelighed, men at denne virkelighed ikke vil være mulig at nå, da det ikke er muligt for mennesket at træde ud af relationerne (Esmark et al, 2005, s. 19).

Relationerne og den sociale virkelighed er ikke nødvendigvis bevidst, hvorfor hensigten med den konstruktivistiske tilgang er at vise, hvordan den sociale virkelighed netop er en konstruktion, selvom det ikke er åbenlyst (Collin, 2003, s. 12). I socialkonstruktivismen hævdes det, at den empiriske og videnskabelige forklaring på den socialt konstruerede virkelighed er samfundet (Collin, 2003, s. 12). Samfundet består af sociale konventioner, såsom kultur, sprog, institutioner, ritualer, traditioner og normer etc., der knytter sig til

relationerne, der danner den sociale virkelighed. Ved dannelsen af konventionerne, der ligger til grund for social handlen og adfærd, bliver det muligt at stille spørgsmål til, hvordan social orden opstår (Esmark et al, 2005, s. 20). I den forbindelse er det værd at pointere, at man i socialkonstruktivismen netop taler om en konstruktion af virkeligheden – og at denne konstruktion er noget, der opleves som en virkelighed, hvilket danner en baggrund for selvfølgeligheder og ureflekteret praksis (Esmark et al, 2005, s. 24). Socialkonstruktivismen søger at afdække de konstruktioner, som opleves som naturlige og selvfølgelige – oplevelser der er naturlige og selvfølgelige, fordi de deles af samfundet. I den forbindelse er socialkonstruktivismen kritisk overfor den sociale orden, der er i samfundet (Esmark et al, 2005, s. 25), og tilgangen handler derfor om at dekonstruere den sociale virkelighed ved at problematisere selvfølgeligheder og bevidstgøre den sociale konstruktion (Esmark et al, 2005, s. 24). Slutteligt er det essentielt at pointere, at de sociale konventioner, som samfundet består af, medfører, at rammerne for den sociale virkelighed er kontingent: Alt kunne være anderledes. At den sociale virkelighed er kontingent indebærer, at der findes uendelig mange beskrivelser af den sociale virkelighed, hvoraf ingen beskrivelse kan udpeges som den bedste til at afdække og kortlægge den sociale virkelighed (Esmark et al, 2005, s. 22) – og netop derfor bør man altid være opmærksom på, hvad det er, man benytter til at dekonstruere den sociale virkelighed, herunder også begreber (Esmark et al, 2005, s. 26).

Videnskabsteori og metode: socialkonstruktivisme og fokusgrupper

Socialkonstruktivismen danner et væsentligt grundlag for min undersøgelse af Novo Nordisks rolle i opfattelsen af overvægtige, da undersøgelsen netop tager afsæt i et fænomen (overvægt), der ikke kan ses som objektivt, men derimod som en kategori, der skabes, forhandles og opretholdes i sociale sammenhænge. Synet på overvægt og de betydninger, der knytter sig til at være overvægtig kan siges at være sociale konstruktioner, der formes gennem sprog, normer, institutioner og samfundsmæssige idealer.

Den socialkonstruktivistiske tilgang er relevant for mit speciale, fordi jeg netop undersøger, hvordan overvægt forstås, samt opleves af personer, der indgår i kategorien ”overvægtig” – og hvordan disse forståelser og oplevelser er præget af samfundets normer og idealer. Mit fokus er ikke blot rettet mod, hvordan den enkelte oplever sin krop og vægt, men også hvordan disse oplevelser er sociale mekanismer, såsom stigmatisering, stereotyper og forventninger til sundhed, krop og ansvar. I den forbindelse er jeg interesseret i at afdække og problematisere betydningen af overvægt, herunder hvordan betydninger om overvægt skabes, stabiliseres og fremstår som selvfølgelige.

De to fokusgruppeinterviews, som jeg har foretaget, er med til at indfange de sociale konstruktioner om overvægt, da deltagerne i samtale med hinanden synliggør opfattelser af idealer om overvægt, samt forhandler dem. I fokusgrupperne har det været muligt at observere, hvordan deltagerne afstemmer og udfordrer hinandens perspektiver – og hvordan fælles forståelser om eksempelvis kropsidealer, væggtabsansvar og stigmatiserende erfaringer opstår og bekræftes i interaktionen. Såvel kan deltagernes udsagn ses som individuelle erfaringer – ligeledes kan udsagnene i interaktionen ses som udtryk for sociale normer og forventninger, som deltagerne forholder sig til.

Som bekendt er et centralt socialkonstruktivistisk fokus i min analyse stigmatisering. Stigmatisering af overvægtige er ikke en naturlig eller objektiv reaktion på en kropslig tilstand, men derimod en social konstruktion, der produceres og reproduceres i samfundet. I den forbindelse har jeg i min undersøgelse for øje, hvordan visse opfattelser af kroppen gøres normale og ønskværdige, mens andre gøres afvigende. Disse normer og idealer fungerer som ubevidste pejlemærker for, hvordan man ”bør” se ud og samtidig også, hvordan man ”bør” agere – pejlemærker der kan føre til stigmatisering eller selvstigmatisering af overvægtige.

Med det socialkonstruktivistiske perspektiv retter jeg et kritisk blik på de normer, der former deltagernes erfaringer og selvforståelse. I den forbindelse søger jeg ikke kun at afdække, hvordan deltagerne taler om deres krop og vægt, men i højere grad hvilke sociale idealer og forventninger, der ligger bag deltagernes udsagn – herunder hvordan disse idealer og forventninger opleves som naturlige og selvfølgelige, selvom de er foranderlige. At den sociale konstruktion af overvægt er foranderlig, leder til pointen om, at det socialkonstruktivistiske perspektiv er kontingent, og at alt kunne være anderledes. De sociale konstruktioner og normer, der i dag omfatter synet på overvægt kunne – og kan – være anderledes. Dermed åbner dekonstruktionen af synet på overvægt for den sociale virkelighed, hvormed det bliver muligt at stille spørgsmål ved det, som tages for givet. I denne undersøgelse bliver den analytiske drivkraft at tydeliggøre, hvordan synet på overvægt er præget af samfundets idealer og strukturer, herunder at problematisere de sociale konstruktioner, der fører til stigmatisering.

Analyse

I denne analyse vil jeg som det første undersøge, hvordan Novo Nordisk fremstiller *svær overvægt* som en sygdom gennem udtalelser i medierne og på deres hjemmeside. Derefter vil jeg foretage en analyse af, hvordan *stigmatisering af overvægtige* opleves i forbindelse med sygdomsklassificeringen af svær overvægt (medikaliseringen af overvægt) – baseret på de to fokusgruppeinterviews. Analysen tager udgangspunkt i et teoretisk perspektiv på stigmatisering og medikalisering og søger at belyse de sociale og etiske implikationer af at forstå overvægt som et medicinsk problem.

Ved klassificeringen af *svær overvægt* som en sygdom, anerkender jeg, at *overvægtige* ikke nødvendigvis anses som syge. Dog forholder jeg mig i analysen til, hvordan sygdomsklassificeringen af *svær overvægt* netop også kan have en effekt på stigmatiseringen af *overvægtige*. Det antager jeg, da sygdomsklassificeringen netop knytter sig til BMI – hvorimod den miskrediterende egenskab (overvægt) knytter sig til kropsformen. I den forbindelse er det ikke muligt at se, hvor grænsen mellem at være overvægtig og svær overvægtig går, og derfor vil jeg argumentere for, at sygdomsklassificeringen af svær overvægt såvel kan have en stigmatiserende effekt på personer, der er overvægtige.

Hvordan konstrueres svær overvægt som en sygdom af Novo Nordisk, og hvilke etiske konsekvenser har denne konstruktion?

Juridisk set er det i Danmark, jf. Lægemiddeloven, ikke lovligt at reklamere for lægemidler til offentligheden, der er receptpligtige (Lægemiddeloven, 2018, §66). Derfor må Novo Nordisk ikke reklamere for deres vægttabsmedicin, Wegovy. Dog er det lovligt at oplyse om sundhed, sygdom og behandlingsmuligheder forudsat, at der ikke reklameres for specifikke produkter (Lægemiddeloven, 2014, §2 stk. 5). Denne undtagelse giver Novo Nordisk muligheden for at oplyse om svær overvægt som en sygdom, hvilket de blandt andet gør gennem medier og deres egen hjemmeside. I følgende afsnit ønsker jeg at undersøge, hvordan overvægt konstrueres som et medicinsk problem af Novo Nordisk, uden at de reklamerer for deres produkt – dette med udgangspunkt i antagelsen om, at konstruktionen af overvægt som et medicinsk problem er en økonomisk gevinst for Novo Nordisk i forbindelse med salg vægttabsmedicin.

Svær overvægt er en kronisk sygdom

Novo Nordisk omtaler først og fremmest svær overvægt som en sygdom – det gælder både på deres hjemmeside og i deres udtalelser i medierne. Den administrerende (snart afgående) direktør, Lars Fruergaard Jørgensen, omtaler svær overvægt som en “[...] svær kronisk sygdom” (Thykier, 2023). Også på deres hjemmeside præsenterer Novo Nordisk svær overvægt som en kronisk og kompleks sygdom – her sammenligner de blandt andet svær overvægt med mange andre kroniske sygdomme, som udvikler sig over tid (Novo Nordisk, n.d. - b). Når Novo Nordisk omtaler svær overvægt som en kronisk sygdom gør de det blandt andet med udgangspunkt i, at “Flere læger og eksperter mener, at svær overvægt kan defineres som værende en kronisk sygdom.” (Novo Nordisk, n.d. - b). I deres argumentation benytter de altså læger, eksperter og organisationer, såsom WHO, der anerkender svær overvægt (obesity) som en kronisk sygdom. Når Novo Nordisk klassificerer svær overvægt som en kronisk sygdom skaber de et billede af at være normalvægtig og overvægtig, samtidig med at de skaber en stærk kontrast mellem at være rask (normalvægtig) og syg (svært overvægtig). Ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom anses den enkelte for at være syg, hvis vedkommende har et BMI, der ligger indenfor kategoriseringen af svær overvægt. I den forbindelse konstruerer de et billede af normalitet (normalvægtig) og afvigelse (svær overvægtig).

Sygdomsrisici: følgesygdomme af overvægt

Ovenstående korte definition af ”svær overvægt” er bygget op om, at svær overvægt er en kronisk sygdom. Et af Novo Nordisks argumenter for at definere svær overvægt som en sygdom, er de sygdomme, der kan følge med tilstanden som overvægtig. På deres hjemmeside har de to punkter i højremenuen, der er fokuseret på hjertekarsygdomme. Som støttende til argumentet ovenfor, hvor flere eksperter og læger anerkender svær overvægt som en sygdom, skriver Novo Nordisk, at anerkendelsen af svær overvægt som en kronisk sygdom blandt andet “[...] skyldes [...], at svær overvægt kan lede til følgesygdomme såsom type 2-diabetes, hjertekarsygdom og kræft” (Novo Nordisk, n.d. - b). Endvidere skriver de, at “Fedme og svær overvægt leder til øget risiko for at udvikle alvorlige følgesygdomme og andre sundhedsmæssige konsekvenser - fx kan du risikere at udvikle type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, galdesten, slidgigt, få forhøjet blodtryk og/eller forhøjet kolesterol” (Novo Nordisk, 2023). Tilmed skriver de, at et vægttab, vil kunne nedsætte risikoen for at dø af en hjertekarsygdom (Novo Nordisk, 2024a). På deres hjemmeside begrundes de altså

klassificeringen af svær overvægt som en sygdom på baggrund af de følgesygdomme, som svær overvægt principielt kan forårsage. I den forbindelse anerkender Novo Nordisks øverste ansvarlige for klinisk udvikling, Martin Holst Lange, dog, at “Man kan diskutere, om fedme er en sygdom, men det er i hvert fald en kronisk tilstand, som er forbundet med ret alvorlige følgesygdomme” (Svansø, 2023a). Her lægger Lange altså særligt vægt på følgesygdommene ved svær overvægt – og ikke nødvendigvis, at svær overvægt i sig selv er en sygdom. Novo Nordisk formidler altså samlet set, at mennesker med en bestemt variation af kropsvægt er i en risikogruppe for at udvikle andre sygdomme. Kropsvægt omdefineres i den forbindelse til et medicinsk fænomen med sundhedsrisiko. Med Novo Nordisks fokus på de følgesygdomme, som svær overvægt kan forårsage, argumenterer jeg for, at Verweij's perspektiver på forebyggende medicin kan benyttes med udgangspunkt i vægttabsmedicin som et forebyggende middel mod følgesygdommene.

Med udgangspunkt i Verweij kan sygdomsrisici i form af følgesygdomme samt forebyggelse gøre raske mennesker med en højere kropsvægt til patienter. Med fokus på følgesygdomme af svær overvægt, bliver mennesker, der ikke alene lever med svær overvægt, men også med overvægt, gjort til patienter grundet opmærksomheden på sygdomsrisici. Overvægtige bliver i den forstand gjort til patienter, da deres tilstand reelt kan udvikle sig til svær overvægt, hvor risikoen for følgesygdomme bliver højere. I den forbindelse peger Verweij på iatrogene risici for forebyggelse og akkumulering af usikkerhed. Fruergaard påpeger selv, at “Hvis man har levet med svær overvægt og har fået nogle af følgesygdommene, eller man er bekymret for at få dem, så redefinerer éns sundhed sig fuldstændig, hvis man kan tabe 15-17 procent af sin kropsvægt” (Thykier, 2023). Ved dette citat fremhæves usikkerheden og bekymringen om følgesygdomme, der kan opstå hos personer med overvægt. Samtidig peger citatet på, at sundhed udelukkende drejer sig om kropsvægt og vægttab – og at vægttab kan føre til bedre mental sundhed, hvis bekymringerne forsvinder; en pointe jeg vil vende tilbage til senere i afsnittet ‘Sundhed som en overordnet værdi – livskvalitet’. På baggrund af citatet opstår altså en dobbeltsidet karakter af følgesygdomme og bekymringer: 1) fokus på følgesygdomme kan skabe bekymring, og 2) bekymringer om følgesygdomme kan mindskes ved vægttab. I den forbindelse er det svært ikke at have for øje, at Novo Nordisk lægger stor vægt på de følgesygdomme, der er ved svær overvægt – de er altså med til at øge bekymringerne. Omvendt er de også en medicinalvirksomhed, som netop sælger et produkt, der kan hjælpe med vægttab – hvilket kan reducere bekymringer – bekymringer, som de selv er med til at skabe? Pointen om, at

sygdomsrisici kan føre til bekymring og usikkerhed omkring ens helbred vil jeg vende tilbage til i anden del af analysen i afsnittet 'Overvægtige fejler altid noget'.

Information og autoritet – social kontrol

Ved medikaliseringen af overvægt defineres, som nævnt, hvad der er normalt, og hvad der er afvigende – og der opstår samtidig øgede muligheder for medicinsk behandling og flere muligheder for at opnå vægttab. I overensstemmelse med klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, bliver det et krav at informere om vægttabsmedicin som en behandlingsmulighed for svær overvægt som en del af mulighederne for lægefaglig forsvarlig behandling – dette i takt med information om blandt andet fysisk aktivitet, kostomlægning eller kirurgiske behandlinger. Sygdomsklassificeringen af svær overvægt giver netop mennesker med et BMI over 30 retten til at tage stilling til forskellige behandlingstilbud. I den forbindelse har Novo Nordisk fokus på lægernes rolle i at klassificere svær overvægt som en sygdom: ”Vi er i en dynamisk fase nu, hvor både læger og sundhedssystemer er i gang med at forstå, hvad obesity er som sygdom [...]” (Petersen & Kristensen, 2024). Fruergaard peger her på lægers og sundhedssystemets ansvar i at forstå svær overvægt som en sygdom.

Med klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, er det lægerne, der får ansvaret for behandlingsforløbet, herunder også ansvaret for at udskrive recepter på vægttabsmedicin. Dette ansvar bliver også kommunikeret af Novo Nordisk, når Fruergaard udtaler, at de ”[...] bruger rigtig mange kræfter på at uddanne læger til at forstå, hvordan produktet (Wegovy, red.) virker, hvem det er udviklet til, hvad der står i indlægssedlen, og hvem der må få det” (Thykier, 2023). Med udgangspunkt i Zolas perspektiver på medikalisering opstår der ved sygdomsklassificeringen og den medicinske mulighed social kontrol over visse kropsformer. I den forbindelse kan læger og Novo Nordisk betragtes som autoritative. Verweij fremhæver, at offentligheden ser fagfolk som autoriteter, og netop derfor vil en professionel rådgivning eller opmuntring blive betragtet som autoritativ (Verweij, 1999, s. 111). I den forbindelse er både Novo Nordisk og sundhedssystemet med til at definere, hvad der er normalt og afvigende. Klassificeringen af svær overvægt sker på baggrund af BMI, men det er lægerne, der i den specifikke situation får kontrol over at klassificere en person som rask eller syg – og dermed antyde behandling. Når svær overvægt bliver klassificeret som en sygdom opstår samtidig et krav om behandling, hvis man har et BMI, der ligger indenfor kategoriseringen. I den forbindelse er det muligt at se den sociale kontrol over mennesket, som sygdomsklassificeringen skaber. Der opstår dermed et vist

autonomiproblem i og med, det reducerer individets handlemuligheder i forhold til valget om behandling.

I takt med sygdomsklassificeringen af svær overvægt og nye behandlingsmuligheder spiller måden, hvorpå der informeres om behandlingsmulighederne for svær overvægt og overvægt også en rolle. I den sammenhæng er det essentielt ikke at “[...] vildlede ved at overdrive eller tilbageholde information [...]” (Ploug & Holm, 2024, s. 40). På Novo Nordisks hjemmeside skabes et billede af, at overvægt ikke nødvendigvis kan behandles ved kost og motion. De skriver blandt andet:

Du har måske forsøgt at give dig i kast med en ny kur, et nyt træningsprogram eller andre ændringer for i sidste ende at ende tilbage på din oprindelige vægt. Men du må ikke miste håbet eller troen på, at det kan lykkedes. [...] ved at samarbejde med din læge eller andet sundhedsfagligt personale kan du lægge en plan for, hvordan du bedre kan kontrollere sygdommen (Novo Nordisk, 2024b).

Novo Nordisk peger på, at kost spiller en rolle i forhold til vægttab – men samtidig peger de på andre muligheder for behandling. Med dette perspektiv giver de mennesket flere muligheder for at opnå vægttab. At de peger på andre måder at opnå vægttab på end kost og motion, vurderer jeg ikke som, at de overdriver eller tilbageholder information, men jeg vurderer, at de i deres formidling peger mod medicinsk behandling af overvægt, som de, som nævnt, ikke må reklamere for. Med udgangspunkt i Verweij er medikaliseringen af overvægt dermed positiv i den forstand, at personer med overvægt i stigende grad får muligheden for at konsultere med deres læge om behandlingsforløb i forhold til muligt vægttab.

Sygdomsdefinitionen øger altså individets handlemuligheder og autonomi, hvilket principielt kan være med til at fremme menneskers sundhed og velvære. På den anden side opstår dog en vis afhængighed af sundhedssystemet, hvor muligheden (omvendt) kan ses som et tegn på tab af autonomi, grundet det pres der lægges på at blive behandlet – en pointe jeg vil uddybe i næste afsnit.

Et personligt ansvar for behandling

Som nævnt ovenfor følger der med sygdomsklassificeringen af svær overvægt, at det er en tilstand, der kan behandles. Med udgangspunkt i Zola kan medikaliseringen af overvægt på den ene side være med til at fjerne ansvar, da overvægtige ved sygdomsklassificeringen kan

få tilbudt behandling gennem sundhedsvæsenets ressourcer. På den anden side peger Zola på, at der i takt med sygdomsklassificeringer og medicinske muligheder stiger et personligt ansvar. Når svær overvægt klassificeres som en sygdom, bliver det, som nævnt, defineret som en afvigende kategori – en uønsket tilstand, der kan behandles. I den sammenhæng opstår et ansvar hos individet om vægttab og et ansvar om at søge og tage imod behandling. Novo Nordisk fremhæver, at klassificeringen af svær overvægt som en kronisk sygdom netop giver bedre muligheder for behandling, men at det er "[...] vigtigt at huske, at der ikke findes én behandlingsform, der fungerer for alle" (Novo Nordisk, n.d. - b). Med dette udgangspunkt kan citatet ses som et forsøg på netop at fjerne ansvaret for måden, hvorpå vægttab opnås ved at pointere, at der ikke findes én behandlingsform, der fungerer for alle. Citatet fremstiller dog også svær overvægt, som en sygdom der netop bør behandles, hvilket kan siges at lægge et pres på individet om behandling og vægttab. I den henseende bliver spørgsmålet derfor ikke, om man skal tabe sig eller ej, men hvordan man skal tabe sig.

Ved fremkomsten af vægttabsmedicin, opstår en mulighed for at opnå vægttab og komme ud af den uønskede tilstand. Muligheden for vægttab, som ikke udelukkende er fokuseret på kost og motion, ser Novo Nordisk som en måde, hvorpå, man kan mindske det personlige ansvar. På deres hjemmeside skriver de i forlængelse af, at overvægtige ofte oplever, at andre mennesker synes, at de ikke gør nok for at tabe sig: "I virkeligheden er der mange faktorer, som er helt udenfor vores kontrol, hvad angår svær overvægt. Det er ikke udelukkende et individuelt ansvar, men en kronisk sygdom, der kræver og berettiger professionel hjælp" (Novo Nordisk, 2024c). Ved at klassificere svær overvægt som en sygdom flytter de altså fokus væk fra kost, motion og viljestyrke, som den eneste vej til vægttab – hvor de her antyder, at det mindsker det personlige ansvar. På den ene side kan Novo Nordisks formidling af svær overvægt som en sygdom altså siges at reducere ansvaret hos den enkelte, når der ved sygdomsklassificeringen følger hjælp og behandling fra sundhedsvæsenet. På den anden side opstår der netop også et personligt ansvar ved sygdomsklassificeringen – et ansvar om at tage imod professionel hjælp og behandling. Hvis det ikke er muligt at opnå vægttab med kost og motion, opstår der et personligt ansvar i at benytte anden behandling til at komme ud af den uønskede tilstand som overvægtig – og dermed opstår der et autonomiproblem.

Verweij peger på, at medikalisering slører sociale spørgsmål, årsager og konflikter. I forbindelse med mulighederne for behandling af svær overvægt peger Fruergaard på, at vægttabsmedicin hjælper patienterne til at få færre følgesygdomme (Halskov, 2024). I denne ligning bliver vægttab svaret på "problemet". Der tages altså ikke højde for de årsager, der

har ført til sygdomstilstanden. I den forbindelse opstår et personligt ansvar, hvor overvægt bliver et individuelt problem, og hvor svaret på problemet, bliver behandling. Med udgangspunkt i samfundsstrukturer og klassificeringen af svær overvægt som en sygdom peger Novo Nordisk selv på, at nogle af årsagerne til at udvikle svær overvægt kan være miljømæssige eller samfundsmæssige – de skriver, at ”Selvom du til en vis grad kan omstrukturere dit miljø, er sociale og miljømæssige faktorer svære at kontrollere og regulere - og svær overvægt ligger derfor på visse punkter udenfor din kontrol” (Novo Nordisk, 2023). Ved denne formulering peger de altså på sociale omstændigheder som en af årsagerne til overvægt, hvilket i og for sig flytter det personlige ansvar fra individet til samfundet og dets strukturer. Som medicinalvirksomhed, der producerer og sælger vægttabsmedicin, er deres løsning på “problemet” dog fokuseret på vægttab og vægttabsmedicin og ikke på selve årsagerne. Det samme gælder, når de peger på, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom “[...] kan blive starten på et bedre behandlingsforløb for dem, som døjer med effekterne af svær overvægt” (Novo Nordisk, n.d. - b). I den forbindelse er løsningen fokuseret på behandling af problemet fremfor årsagerne til problemet – hvormed der stadig fremstår et personligt ansvar i at tage imod behandling.

Ansvar for egen sundhed

I forbindelse med sygdomsklassificeringen af svær overvægt og et personligt ansvar for at tage imod behandling opstår, med udgangspunkt i Verweij, også et ansvar for egen sundhed – et ansvar for ikke at blive syg. Verweij peger på, at et sådant ansvar er med til at stigmatisere: Dem der er overvægtige, er selv skyld i det – og med fokus på følgesygdomme, er overvægtige selv skyld i andre sygdomme, hvis de ikke forsøger at tabe sig. Ved sygdomsklassificeringen og kategoriseringen af overvægtige som syge, bliver det dermed et tegn på at handle uansvarligt, hvis ens adfærd kan siges at medføre overvægt – samtidig vil det være uansvarligt ikke at forsøge at opnå et vægttab for at undgå følgesygdomme. På den ene side kan det være positivt for menneskers adfærd for at opnå sundhed med fokus på vægt. På den anden side øger sygdomsklassificeringen et ansvar hos den enkelte om at handle ”ansvarligt” og følge råd om at holde sig rask for ikke selv at forårsage sygdommen og ende i en uønsket og syg tilstand.

Pres og ansvar for egen sundhed kan, ifølge Verweij, svække solidaritet i samfundet. For hvis man selv er endt i den situation, så skal det ikke gå ud over andre. Det skal ikke gå ud over samfundet og sundhedssystemet. I den forbindelse opstår der en opfattelse af, at overvægtige er en byrde for samfundet. Fruergaard peger selv på, at overvægt er en byrde for

samfundet, når han siger: “Så der er også en værdi. Både for den enkelte patient, men også for sundhedssystemet i at bruge medicin, der behandler patienter med kroniske sygdomme og forhindrer følgesygdomme” (Halskov, 2024). Fruergaard peger på, at overvægt og følgesygdomme er en økonomisk byrde for samfundet og sundhedssystemet, og at vægttabsmedicin er en mulighed for at komme dette “problem” til livs. At være en byrde for samfundet, kan sættes i relation til værdighed og dehumanisering. I den forbindelse udsættes overvægtige for dehumanisering, når de bliver set som en økonomisk byrde for samfundet grundet risikoen for følgesygdomme. Dette sat på spidsen, når det gælder, at mennesket tænkes som et led i et samfund, der skal køre rundt rent økonomisk. Klassificeringen af svær overvægt som en sygdom kan således sige at dehumanisere en vis gruppe af mennesker med en højere vægt. Diagnosen fraskriver det enkelte menneskes værdi, og sætter det i bås med en gruppe og en række negative forestillinger, hvilket kan siges at være mangel på respekt for menneskets værdighed. I anden del af analysen vil jeg i afsnittet ‘Overvægtige er en belastning for samfundet’ vende tilbage til pointen om, at overvægtige er en byrde for samfundet.

Sundhed som en overordnet værdi – livskvalitet

Når svær overvægt klassificeres som en sygdom, bliver tilstanden som overvægtig uønsket – og at være normalvægtig bliver den tilstand, som man ønsker at opnå ved vægttab. Med udgangspunkt i Verweij skaber sygdomsklassificeringen af overvægt et billede af, at vægt og vægttab er den overordnede værdi for sundhed og tegnet på livskvalitet. I den forbindelse marginaliseres andre former for sundhed, herunder mental sundhed. Med udgangspunkt i pointen om, at sundhed udelukkende drejer sig om kropsvægt og vægttab – og at vægttab vil kunne redefinere ens sundhed i forhold til usikkerhed og bekymringer – peger Novo Nordisk netop på, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom og vægttab kan øge livskvalitet. Med dette fokus kan formidlingen af svær overvægt som en sygdom og fokus på vægttab siges at øge livskvalitet, hvis man ser på svær overvægt som en tilstand, der mindsker leveår grundet følgesygdomme – eller hvis bekymringerne om følgesygdomme forringer ens livskvalitet. Dog kan det være problematisk at definere livskvalitet gennem leveår. Ved denne definition tages der ikke højde for, at individet ikke nødvendigvis har et ønske om vægttab og at leve så mange år som muligt. I den forbindelse opstår et autonomiproblem, når individet uden indvirken defineres som syg på baggrund af BMI. Livskvaliteten kan i den forbindelse både reduceres ved skam over sygdomsmærket, samtidig med, at der opstår et pres og ansvar for at opnå vægttab, hvilket på samme vis kan

reducere livskvalitet. Med udgangspunkt i vægttabsmedicin, er der samtidig også en risiko for bivirkninger, som kan mindske kvaliteten af de leveår, som bliver maksimeret ved vægttab og den reducerede risiko for følgesygdomme.

Med udgangspunkt i Novo Nordisk og muligheden for vægttabsmedicin som middel til at øge livskvalitet peger Fruergaard på, at risikoen for at reducere følgesygdomme netop giver værdi: “[...] vi tror på, at den værdi, produktet giver, langt overvejer omkostningerne” (Petersen & Kristensen, 2024), og at klassificeringen af svær overvægt, samtidig sker med henblik på at skabe værdi ved at behandle overvægt. Fruergaard uddyber ikke, hvad “værdi” indebærer, men jeg vælger, at se ordet som livskvalitet. I den forbindelse peger Novo Nordisk altså på, at klassificeringen og forståelsen af svær overvægt som en sygdom øger livskvaliteten, og at vægttabsmedicin samtidig også er med til at øge livskvaliteten ved at give adgang til medicinsk hjælp til vægttab. Med udgangspunkt i Verweij peger sygdomsklassificeringen af svær overvægt, samt vægttabsmedicin som løsning, på sundhed som en overordnet værdi – med fokus på vægttab. Ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt opstår altså et ensidigt fokus på at blive rask ved at opnå vægttab – hvilket sker på bekostning af en mere helhedsorienteret forståelse af sundhed og trivsel. Når overvægt medikaliseres og vægttab forudsættes som vejen til livskvalitet marginaliseres andre former for sundhed, herunder mental sundhed – og der er risiko for, at individets frie valg og forståelse af eget liv reduceres til at handle om vægt og behandlingsplaner for vægttab. Denne pointe vil jeg vende tilbage til i afsnittet ‘Vægttab øger livskvalitet’.

(Af)stigmatisering af overvægtige

I forbindelse med klassificeringen af svær overvægt som en sygdom peger koncerndirektør for Novo Nordisk, Camilla Sylvest, på, at overvægtige stigmatiseres, når spørgsmålet om overvægt reduceres til kost, motion og viljestyrke:

Hvorfor kan de ikke bare gøre som alle andre, spise lidt mindre og bevæge sig mere, spise ordentligt og så tabe sig? Det, at få folk til at forstå, at svær overvægt faktisk er noget, der skal behandles, vil være en udfordring (Svansø, 2022).

Ved citatet fremhæver Sylvest en samfundsopfattelse af, at personer med overvægt og svær overvægt ikke gør nok for at tabe sig – en samfundsopfattelse der også er fremhævet på deres hjemmeside, hvor også psykologiske konsekvenser af overvægt fremhæves, såsom ”negativ

kropsopfattelse, dårligt selvværd, isolation, depression og angst. Det skyldes blandt andet følelser af ensomhed og ikke at være som de andre” (Novo Nordisk, 2024c). Når Novo Nordisk på deres hjemmeside peger på, at svær overvægt er en sygdom, der påvirkes af genetiske, biologiske og miljømæssige faktorer, og dermed ikke er et livsstilsvalg, peger de på faktorer, der er uden for individets egen kontrol (Novo Nordisk, 2023). Ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt søger Novo Nordisk at afstigmatisere overvægtige ved at mindske skam og selvbefredelse – det gør de ved at pege på genetiske og biologiske faktorer for at gøre overvægt mere ”normalt”. Omvendt kan stigmatiseringen af overvægtige netop forstærkes, når sygdomsmærket rettes mod noget, som man ikke selv har kontrol over, herunder gener og biologi.

Delkonklusion

Novo Nordisk konstruerer svær overvægt som en kronisk sygdom gennem følgesygdomme og behovet for professionel behandling. Denne konstruktion legitimerer medicinsk behandling og skaber samtidig en tydelig sondring mellem normalen (rask) og det afvigende (syg). Etisk indebærer sygdomsklassificeringen flere muligheder for behandling og en mulig reduktion af stigmatisering af overvægtige ved at placere ansvaret uden for individet. Omvendt kan klassificeringen siges at forstærke stigmatisering, da den bidrager til social kontrol og autonomiproblemer, idet individet indirekte forpligtes til at tage imod behandling. Dette spændingsfelt rejser spørgsmål om, hvordan overvægtige selv oplever denne udvikling. Med fokus på stigmatisering og stereotype opfattelser af overvægtige, vil jeg nu undersøge, hvordan overvægtige opfatter stigmatisering, og hvordan denne oplevelse hænger sammen med medikaliseringen af overvægt.

Hvordan opfattes stigmatisering af overvægtige, og hvordan hænger det sammen med medikaliseringen af overvægt?

Ovenstående analysedel belyser, hvordan Novo Nordisk konstruerer svær overvægt som en sygdom samt de etiske implikationer, der følger ved denne konstruktion. Med udgangspunkt i klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, ønsker jeg i følgende analysedel at undersøge, hvordan personer med overvægt oplever stigmatisering, og hvorvidt medikaliseringen er med til at forstærke eller reducere stigmatisering af overvægtige. Jeg vil i den forbindelse fremhæve en række stereotype opfattelser af overvægtige, som jeg vil vurdere i forhold til klassificeringen af svær overvægt som en sygdom. I denne sammenhæng vil jeg inddrage citater fra fokusgruppedeltagerne.

Miskrediterende stigma: kropsform

Vægt er noget, der knytter sig til synlige træk hos individet – rettere sagt er kropsformen noget, der er synligt for alle, hvilket knytter sig til vægten. Med udgangspunkt i Goffman er vægt altså et miskrediterende stigma, hvor det fysiske (kropsformen) hos en person direkte synliggør, at en person afviger fra normen. Stigmatiseringen af overvægtige opstår dermed i den proces, hvor mennesket afviger fra forventninger til det sædvanlige og naturlige – når mennesker afviger fra at være ”normalvægtig”.

Når Novo Nordisk klassificerer svær overvægt som en sygdom, knyttes der samtidig et sygdomsmærkat til at have en større kropsform. Det vil altså sige, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom fremstiller en stereotyp om, at svært overvægtige personer er syge – og svært overvægtige tilskrives i den forstand en negativ karakteristika, hvor der skabes en sondring mellem at være rask og syg. Som C siger: “Du får jo ikke engang bare at vide, at du er syg. Du får at vide, at du er forkert. [...] Der er noget galt med dig. Du skal fixes” (Bilag 7, l. 635-638). I den forbindelse opstår der ved kategoriseringen af svær overvægt som en sygdom en adskillelse mellem en særskilt gruppe, der er syge, og dem der ikke er.

Overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke

Ligesom Novo Nordisk gør, peger deltagerne i fokusgrupperne på en stereotyp om, at overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke. Eksempelvis siger D: ”Nå jamen, hun har jo selv spist sig til det, så er det vel hendes skyld” (Bilag 8, l. 182). Også G og E har en korrespondance, hvor de peger på den stereotype opfattelse af, at overvægtige “bare” kan spise mindre og dyrke mere motion. G siger: “[...] fordi du kunne jo bare [...] prøve at tage dig sammen, og så kunne du lige lade være med at spise så meget, og så kunne du lige prøve at bevæge dig også.” (Bilag 8, l. 242-243) – hvortil E svarer: ”Ja, det er jo dig, der sidder hjemme i sofaen og kører den plade Marabou ind. Det har du jo valgt [...] Vi andre, vi løber en tur, så du kunne jo egentlig bare [...]” (Bilag 8, l. 248-249). Citaterne peger på den stereotype opfattelse af, at overvægt først og fremmest er selvforskyldt – en opfattelse af, at overvægtige personer selv har valgt deres tilstand som overvægtig, fordi de har spist sig til det, hvilket de bare kunne have ladet være med. Samtidig peger citaterne på, at overvægtige har manglende viljestyrke – det gælder både i forhold til indtag af mad, men også viljestyrke i forhold til at dyrke motion og tabe sig. Opfattelserne hænger sammen med, at

overvægt bliver set som en uønsket tilstand – en uønsket tilstand som man kan undgå ved viljestyrke og livsstil.

Stereotypen om, at overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke, er en opfattelse, der i fokusgrupperne kan ses at internalisere deltagerne. D siger, at hun har internaliseret stigmaet om, at kost og motion er vejen frem – hun har udviklet fordomme om sig selv og sin krop, og hvordan man taber sig. D siger:

Det er at lukke munden og lette røven [...] og jeg har ikke lyst til at tænke sådan, men den kommer bare lidt ind fra højre [...] men i mit hoved, så er jeg lidt låst af samfundets faktorer, tror jeg, hvilket jeg ikke har lyst til at være (Bilag 8, l. 462-471).

Til det tilføjer E: “Men det er jo også det, vi har hørt altid” (Bilag 8, l. 472). Stigmatiseringen af overvægtige rammer altså både udefra via fordomme, som noget man altid har fået at vide, men rammer også indefra ved selvstigmatisering. I den forbindelse kan internaliseringen af denne opfattelse føre til tab af autonomi. Individets autonomi reduceres ved selvstigmatisering af de stereotyper og fordomme, der er om overvægtige i forhold til selvbillede og behandling. Når stereotypen om at overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke internaliseres, påvirker det de handlemuligheder, som individet føler, at vedkommende har – dette med udgangspunkt i D’s selvforståelse og opfattelse af, hvad hun har af handlemuligheder for vægttab.

Som det fremgår af forrige analysedel, ønsker Novo Nordisk netop at fjerne stereotypen om, at overvægt er selvforskyldt og skyldes manglende viljestyrke. Det gør de ved at pege på komplekse biologiske systemer som årsagen til kostvalg og fysisk aktivitet samtidig med, at de peger på sociale og miljømæssige faktorer (Novo Nordisk, 2023). Samtidig peger de på selvstigmatisering i form af skyld og skam, hvilket kan resultere i at stå i vejen for vægttab (Novo Nordisk, 2025b). Novo Nordisks argumenterer altså for, at svær overvægt bør klassificeres som en sygdom for at reducere stigmatiseringen af overvægtige. Klassificeringen af svær overvægt som en sygdom kan altså siges at være et forsøg på at fjerne selvbebrejdelse og flytte skyld fra individet til mere strukturelle, genetiske og psykologiske årsager.

At sygdomsklassificeringen kan være med til at fjerne stereotypen af, at overvægt er selvforskyldt og dermed være med til at fjerne skyld og selvbebrejdelse, er også noget, som fokusgruppedeltagerne peger på. F siger eksempelvis, at

[...] som samfund har vi behov for at sætte noget i nogle kasser, [...] så det jeg håber på, der kunne ske ved at, [...] det ikke var selvforskyldt, at det ikke gik ind på mig som person, så jeg på en eller anden måde kan holde det ud i strakt arm og sige, det er ikke bare min skyld [...]

(Bilag 8, l. 436-439).

F peger på, at vi som samfund kategoriserer. I den forbindelse ser hun, at sygdomsmærkatet kan være med til at holde ansvar og skyld på afstand, og være med til at ændre stereotypen af, at overvægt er selvforskyldt. Her peger F på, at sygdomsklassificeringen kan reducere selvstigmatisering, hvilket har betydning for hendes selvforståelse. Som nævnt i forrige analysedel opstår der ved medikalisering dog et ansvar for sundhed – et ansvar i at følge råd og holde sig rask, og hvis man ikke gør det, så er man selv skyld i at være blevet syg og endt i den tilstand. I den forstand er det muligt, at der ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt opstår en opfattelse af, at sygdommen er en ”selvforskyldt sygdom”. I den forbindelse risikerer man ved sygdomsmærkatet at forstærke ansvars- og skyldsplaceringen hos individet, hvis samfundet opfatter sygdommen som en selvvalgt livsstil – og dermed kan klassificeringen af svær overvægt som en sygdom være med til at forstærke stigmatiseringen af overvægtige.

Overvægtige skal tabe sig

Med udgangspunkt i kategoriseringen af ”overvægtig” overfor ”normalvægtig” opstår en stereotyp opfattelse af, at overvægtige skal tabe sig for at blive normalvægtige – dette med udgangspunkt i at overvægtige afviger fra normalen, som er ”normalvægtig”. I forbindelse med vægttab har G oplevet, at hendes vægt var en miskrediterende egenskab, som direkte blev sat i forbindelse med behandling for at opnå vægttab. G siger:

Jeg kommer ind til gynækologen, og der går omtrent 15 sekunder, så siger hun til mig, har du egentlig hørt om det der Wegovy, fordi det tror jeg faktisk ville være noget for dig [...] Og så giver hun mig en kæmpe brandtale om, at jeg lever livet farligt, og jeg har jo også tre børn, og hvis jeg ikke gør noget ved det her, så ender det faktisk galt

(Bilag 8, l. 316-324).

I G's journal står skrevet, at hun ikke ønsker at tale om vægttab, og hun ønsker ikke nogen vægttabsråd – uagtet hendes undersøgelse. I denne situation fremstår opfattelsen af, at overvægtige skal tabe sig, og på baggrund af den afviser gynækologen G's anmodning og behov. G oplever i situationen at blive diskrimineret på grund af hendes kropsform. Grundet G's synlige træk som overvægtig, reduceres hendes sociale værdi, når gynækologen ikke respekterer ønsket om ikke at tale om vægttab og behandling. I den forbindelse diskvalificeres G's fulde accept grundet hendes miskrediterende egenskab som overvægtig. Ved at reducere G til hendes kropsvægt og form, kan hendes værdighed siges at krænkes, da hun ikke bliver anerkendt og respekteret som en ligeværdig borger, der har et ønske om ikke at tale om vægttab. G's oplevelse er et tegn på diskrimination og ulighed i sundhedssystemet.

Ved stereotypen om at overvægtige skal tabe sig, peger deltagerne på en form for dobbelt pres ved muligheden for vægttabsmedicin. D peger i den forbindelse på en opfattelse af, at vægttabsmedicin er snyd: "[...] men du har jo også taget den nemme vej. [...] Eller [...] men du har jo ikke gjort det selv [...]" (Bilag 8, l. 559-562). Ved opfattelsen af, at vægttabsmedicin er snyd, fremstår også opfattelsen af, at "ægte" vægttab opnås ved livstilsændringer, såsom kost og motion – en opfattelse, som Novo Nordisk ønsker at reducere ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom. Med udgangspunkt i opfattelsen af, at vægttabsmedicin er snyd, peger B på, at klassificeringen af svær overvægt som en sygdom netop kan give en forståelse for brugen af vægttabsmedicin. B siger, "at lige så snart man får stemplet en sygdom på noget, at så kan de godt acceptere, at man tager det" (Bilag 7, l. 750-751). B peger på, at sygdomsklassificeringen netop kan give bedre forståelse for overvægt og brugen af vægttabsmedicin – og være med til at reducere skam over at have snydt og ikke have "gjort det selv".

I forlængelse af B peger C dog på det personlige ansvar for at blive rask. I den forbindelse ser hun, at sygdomsklassificeringen og muligheden for vægttabsmedicin skaber en forventning til overvægtige: "Han (en mand i 50'erne, der ser positivt på en kvinde, der er overvægtig og tager Wegovy, red.) ville i hvert fald forvente det [...] Og måske endda være en lille smule skuffet, hvis hun ikke gør, fordi nu er der jo noget, du kan tage. Så hvorfor gør du ikke det" (Bilag 7, l. 758-761). Ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt og muligheden for behandling med vægttabsmedicin opstår altså et personligt ansvar og en forventning – ikke et personligt ansvar om at vægttabet skal være "ægte" ved kost og motion, men et personligt ansvar og forventning om at opnå vægttab, uanset vejen dertil.

Som udgangspunkt ser ingen af deltagerne dem selv som syge. A siger: "Men jeg synes jo ikke, jeg er syg. Jeg synes faktisk, jeg har en stærk krop. Og er egentlig glad for det"

(Bilag 7, l. 618-621). I den forbindelse peger A på, at hun ikke opfatter sig selv som syg, og at hun ikke ønsker, at et sygdomsmærkat skal presse hende til at blive ”rask”. Ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt opstår en stereotyp om, at svært overvægtige er syge, hvilket kan reducere individets autonomi i form af at blive presset til vægttab og behandling. Det gælder både et pres fra samfundet i forhold til at tage imod behandling, men også et pres i form af internalisering af sygdomsopfattelsen, hvor individet overtager opfattelsen af at være syg. Med dette perspektiv reduceres stigmatiseringen af overvægtige ikke ved sygdomsklassificeringen – tværtimod forstærkes stigmatiseringen og stereotypen om, at overvægtige skal tabe sig. Stereotypen om vægttab forstærkes af den uønskede tilstand som svært overvægtig og syg samt muligheden for at tabe sig med vægttabsmedicin og blive rask. I den situation opstår et autonomiproblem, hvor overvægtiges selvbestemmelse reduceres af forventningerne til dem og behandling.

Overvægtige er dovne og arbejdsløse

Deltagerne peger på, at der findes en stereotyp opfattelse af, at overvægtige er dovne og arbejdsløse. Eksempelvis siger G: ”Jeg er også ofte blevet stemplet, som jeg må da være arbejdsløs og ...”, hvortil E færdiggør hendes sætning: ”Doven” (Bilag 8, l. 794-795). Hertil tilføjer G: ”Og ja siden [...] at jeg ser ud, som jeg gør, fordi hvis jeg nu vidste bedre. Så havde jeg jo ikke set sådan her ud. Så det overrasker jo også ofte folk, at jeg faktisk er i arbejde” (Bilag 8, l. 796-799). Ved citaterne tilskrives, at overvægtige er arbejdsløse og dovne – og samtidig også dumme, da man burde vide bedre og ikke være endt i sådan en tilstand. Med udgangspunkt i Link og Phelan opstår der i stigmatiseringsprocessen et rationale for at nedvurdere, afvise og ekskludere når personer stemples og netop tilskrives uønskede karakteristika. I den forbindelse er citatet et tegn på diskrimination, hvor overvægtige nedvurderes til at være dovne, ikke at kunne have et arbejde og ikke vide bedre. Link og Phelan peger tilmed på, at stigmatiserede grupper i den forbindelse kan opleve diskrimination på arbejdsmarkedet – for hvem gider at ansætte en person, der er doven og dum? Ved stigmatiseringen og stereotypiseringen af overvægtige opstår altså en vis oplevelse af ulighed i samfundet, hvor overvægtige bliver dårligere stillet på arbejdsmarkedet. Klassificeringen af svær overvægt som en sygdom vil i denne situation forstærke stigmatiseringen af overvægtige – for hvem gider at ansætte en person, der er syg? I den forbindelse kan der opstå tydeligere diskrimination og ulighed i samfundet.

Overvægtige er en belastning for samfundet

Som nævnt i forrige analysedel, peger Novo Nordisk på, at overvægtige er en økonomisk byrde grundet følgesygdomme. Tilsvarende peger deltagerne på den stereotype opfattelse af, at overvægtige netop er en belastning for samfundet. G siger: “[...] det er altid os, der altså kommer til at belaste samfundet med flere sygedage eller større senge eller hvad helvede det nu kan være ikke?” (Bilag 8, l. 197-198). Senere peger D på, at overvægtige også er en økonomisk belastning med ønsket om mere oplysning (Bilag 8, l. 128). Deltagerne peger på en opfattelse af, at lige meget hvad, så vil overvægtige altid være en belastning for samfundet – om det så er sygedage, større senge eller mere oplysning.

Ved muligheden for vægttabsmedicin peger Novo Nordisk på, at vægttabsmedicin netop kan spare samfundet for udgifter, fordi medicinen hjælper overvægtige til at få færre følgesygdomme (Halskov, 2024). Novo Nordisk taler altså ind i den stereotype opfattelse af, at overvægtige er en belastning for samfundet – og at løsningen er vægttabsmedicin. Ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom og muligheden for vægttabsmedicin, argumenterer Novo Nordisk altså for bedre behandlingsmuligheder, som kan være med til at reducere omkostningerne for samfundet ved at mindske følgesygdomme. Ved sygdomsklassificeringen opstår dog også en ekstra belastning for samfundet, da klassificeringen af svær overvægt som en sygdom medfører tilskud til behandling i sundhedsvæsenet – som hele samfundet skal være med til at betale for. Den stereotype opfattelse af, at overvægtige er en belastning for samfundet og en økonomisk byrde kan altså ikke siges at reduceres ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt.

Overvægtige passer ikke ind i samfundets normer og fysiske rammer

Flere af deltagerne peger på en stereotyp opfattelse af, at overvægtige ikke passer ind i samfundets normer og fysiske rammer. Det gælder eksempelvis sammenligning med andre at være (u)normal, tøj, forlystelsesparker, remedier i sundhedsvæsenet samt offentlig transport og flysæder. I forhold til samfundets normer peger deltagerne på, at overvægtige bliver anset for at være unormale. A siger:

[...] når vi har en anden vægt end den, der passer ned i en størrelse 38 og lange ben ik. Så når man nu ikke ser sådan ud, så hvordan kan vi [...] egentlig bare føle os normale, uanset hvordan vi ser ud
(Bilag 7, l. 32-34).

Citatet peger på normalen versus det afvigende. Ved opfattelsen af at overvægtige er unormale fremstår selvstigmatisering, når deltagerne siger, at de sammenligner dem selv med andre – eksempelvis på sociale medier eller i omklædningsrum (Bilag 7, l. 159-169 ; l. 196-203). At overvægtige skiller sig ud og afviger fra, hvad der er normalt, har blandt andet betydning for, hvordan B klæder sig (Bilag 7, l. 280-289), hvilket er et tegn på internalisering af at være unormal og skille sig ud fra normalen.

Som tidligere nævnt søger Novo Nordisk ved sygdomsklassificeringen af svær overvægt netop at afstigmatisere overvægtige ved at pege på genetiske og biologiske faktorer – for dermed at gøre overvægt mere ”normalt”. Dog peger flere af deltagerne på det modsatte: At sygdomsmærkatet ikke alene gør, at man er unormal, men at man er forkert. Ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom siger A: “Så bliver vi endnu mere skubbet ud i en periferi, hvor så er man mere forkert” (Bilag 7, l. 616). Citatet peger på, at sygdomsklassificeringen er med til at forstærke den stereotype opfattelse af, at overvægtige ikke passer ind i samfundets normer, fordi man bliver anset som syg – og dermed forkert og endnu mere afvigende fra normalen.

I forbindelse med et lægebesøg har G oplevet, at hun ikke passede ind i samfundets fysiske rammer. Hun fik følgende at vide: “Jeg kan ikke undersøge dig, fordi mit leje, det går kun op til 150 kilo, og du vejer over det” (Bilag 8, l. 336-337). Ved den stereotype opfattelse af, at der er noget galt med patienten og ikke lejet, fremstår diskrimination. Der fremstår altså en vis ulighed i samfundet i forhold til mulighederne for behandling. Et andet eksempel er flysæder. A siger: “Så hvis man samtidig sad på et midtersæde, og så ikke kunne slå den der ned, fordi maven var i vejen. Ikke godt” (Bilag 7, l. 942), hvortil C tilføjer: “Og man skal have sådan en ekstra bælte til at spænde flybæltet [...] Og der kan man bare se på folk, når de kommer ind, at de bare er sådan, åh, skal jeg sidde ved siden af hende?” (Bilag 7, l. 944-947). Korrespondancen peger på, at det er den overvægtige, der er noget galt med. Det er den overvægtige, der afviger fra normalen og ikke fysisk passer til at sidde i et fly – det er ikke flysæderne, der er noget galt med. Citaterne peger på selvstigmatisering i den forstand, at deltagerne ”godt ved”, at andre opfatter dem som problemet, hvorfor de netop også er opmærksomme på andres blikke.

Sygdomsklassificeringen af svær overvægt kan i forbindelse med samfundets fysiske rammer være med til at reducere stigmatisering af overvægtige, hvis sygdomsrammen bruges til at skabe bedre tilgængelige løsninger og kompensationer, som eksempelvis større senge. At sygdomsklassificeringen skulle skabe bedre rammer og muligheder for personer med overvægt peger G på:

Der er nogle konsekvenser ved at have den krop, som jeg har. Men igen, så vil jeg ikke kalde det for en sygdom. Jeg vil hellere have at [...] Der var nogle ting, som jeg måske kunne søge tilladelse om, altså det kunne for eksempel være handicapskilt eller et eller andet, altså for at jeg parkerer tættere på, fordi min krop den gør nu bare endnu engang, at det er pissesvært at kunne, altså komme rundt nogle gange
(Bilag 8, l. 169-174).

Selvom G ikke ser svær overvægt som en sygdom, kan hun godt se fordelene ved at kunne få godkendt nogle ting på baggrund af sygdomsmærkatet. I den forbindelse kan klassificeringen af svær overvægt som en sygdom skabe rummelighed i stedet for marginalisering.

Sygdomsklassificeringen og reduceringen af den stereotype opfattelse af, at overvægtige ikke passer ind i samfundets normer og rammer risikerer dog at forstærke stereotypen om, at overvægtige er en belastning for samfundet. Denne pointe nævnes også af D i forbindelse med, hvem der mister penge af, at G skal have et handicapskilt (Bilag 8, l. 182-183). I den situation bliver den overvægtige problemet og en byrde for samfundet i og med, at overvægtige kræver særlige hensyn, der koster samfundet penge. Reduceringen af den ene stereotyp forstærker den anden.

Overvægtige er usunde

I begge fokusgrupper peger deltagerne på en stereotyp opfattelse af, at overvægtige er usunde. Flere af deltagerne skildrer oplevelser, hvor de grundet deres kropsform og vægt bliver anset for at være usunde. Eksempelvis har C fået at vide af hendes (slanke) veninde, at hun ser usund ud. C siger:

Det er meget muligt, at jeg ser usund ud, men nu ved jeg tilfældigvis, fra de tal, vi bliver målt på, på vores studie [...], og mine tal er pænere end hendes, så inde i kroppen er jeg sundere end hende. Og det er det, man ikke kan se. Du kan jo ikke se, hvor sund jeg egentlig er
(Bilag 7, l. 191-194).

Ved citatet fremstår en naturlig måde at kategorisere mennesker på, hvor overvægtige tilskrives negative karakteristika. I den forbindelse fremstår en sondring mellem at være slank

og tyk samt en sondring mellem at være sund og usund: Hvis du er slank, er du sund, og hvis du er tyk, er du usund. Ved kategoriseringen som overvægtig følger altså en række forventninger til, at man må være usund. C ser sig selv som sund, og hun tilskrives derfor et uønsket karakteristika ved kategoriseringen af hendes vægt, når hun tilskrives at være usund grundet hendes kropsform. Senere i interviewet kommer C ind på, at til trods for, at hun befinder sig i kategori 2 af fedme, så er hendes blodtryk fint, fordi hun træner og spiser sundt. Hun har en stor andel muskelmasse og er stærk i forhold til hendes knogler, og det fedt hun har, er ikke det farlige (Bilag 7, l. 392-403). Hendes tal peger altså ikke på, at hun er usund – det er hendes BMI og stereotypen, der kategoriserer hende som usund.

Ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom opstår, som nævnt, en sondring mellem at være rask og syg: Hvis du er normalvægtig, er du rask, og hvis du er svært overvægtig, er du syg. Ved medikaliseringen af overvægt fremstår altså ikke alene en stereotyp opfattelse af, at overvægtige er usunde, men også en stereotyp om, at overvægtige er syge. Sygdomsklassificeringen forstærker altså den stereotype opfattelse af, at overvægtige er usunde – og tilmed syge.

Overvægtige fejler altid noget

I forlængelse af ovenstående, og stereotypen om, at overvægtige er usunde, peger flere af deltagerne på en stereotyp opfattelse af, at overvægtige altid fejler noget. E har eksempelvis oplevet en sygeplejerske sige, at et apparat til at måle blodtryk, måtte være i stykker, da hendes blodtryk umuligt kunne være så lavt – grundet hendes vægt (Bilag 8, l. 688). Det samme har G, som hvert år får lavet et helårstjek hos lægen, og som har fået at vide: “[...] det er sgu egentlig utroligt, så du har heller ikke PCO, og du har faktisk heller ikke for højt kolesteroltal. Du har faktisk heller ikke prædiabetes” (Bilag 8, l. 723-726). De to oplevelser peger på, at der i sundhedsvæsenet er en opfattelse af – forventning til – at man må fejle noget, hvis man er overvægtig. Dog peger både E og G’s undersøgelser af “det indre” på, at de ikke fejler det, som lægerne/sygeplejerskerne antager, selvom de er overvægtige. Oplevelserne peger på, at fordi man er overvægtig og ser anderledes ud, sammenlignet med at være normalvægtig, så må man fejle noget. Ved denne opfattelse reduceres individet til dets kropsvægt og form; man fejler noget og er forkert, hvis man har en bestemt variation af kropsform. I den forbindelse fratages individet anerkendelsen af at være normal og en ligeværdig borger, hvilket kan ses som værdighedskrænkende.

Når Novo Nordisk klassificerer svær overvægt som en sygdom, gør de det specielt med fokus på følgesygdomme og andre sundhedsmæssige konsekvenser af overvægt,

eksempelvis risikoen for at udvikle type 2-diabetes og hjertekarsygdomme (Novo Nordisk, 2023). Når Novo Nordisk fremhæver de risici, der er ved at være overvægtig, er de samtidig med til at forstærke stereotypen om, at overvægtige altid fejler noget. Med fokus på følgesygdommene ved overvægt, fremstår altså ikke bare en stereotyp af, at overvægtige er usunde, men at de fejler noget. Med udgangspunkt i Verweij, der hævder, at medikalisering skaber usikkerhed om ens helbred, peger F på, at der ved stereotypen om, at overvægtige altid fejler noget, netop opstår en usikkerhed om hendes eget helbred. F siger:

[...] men jeg kan være bange for, eller ikke bange for [...] jamen jeg ved, at jeg disponeret for noget sukkersyge eller diabetes. [...] Der kan jeg da godt gå og tænke sådan, nå jamen om ti år eller sådan noget, ser jeg så ind i den sygdom eller sådan
(Bilag 8, l. 691-696).

F peger på den usikkerhed der opstår ved fokuset på følgesygdomme. Denne oplevelse er et tegn på selvstigmatisering, hvor F internaliserer opfattelsen af, at overvægtige må fejle noget. F påpeger samtidig, at hun ikke føler sig syg lige nu, bare fordi hun er tyk, hvilket peger på et autonomiproblem i form af at leve et liv uden bekymringer. Sygdomsklassificeringen af svær overvægt kan i den forbindelse være med til at forstærke stereotypen om, at overvægtige fejler noget; overvægtige fejler ikke bare noget, de er syge – hvilket kan føre til ekstra bekymring og usikkerhed om sit helbred.

Overvægtige er ikke lykkelige

I fokusgrupperne fremstår en stereotyp opfattelse af, at overvægtige ikke er lykkelige. Eksempelvis sammenligner E vægttab med andres opfattelse af lykke, og hvad et lykkeligt liv er. E har fået lavet en gastric bypass (en fedmeoperation)– ikke fordi hun var ked af det eller ikke var lykkelig, men fordi hun var bange for at dø af sin overvægt. E siger:

Og det jeg sådan meget mødte efterfølgende, det var når folk de sagde, nå jamen det var også godt til dig. Nu får du et godt liv, og nu bliver du lykkelig [...]. Jamen jeg synes faktisk jeg var rigtig lykkelig. Jeg var ikke generet af min overvægt, og jeg var ikke påvirket af min overvægt. Jeg passede et fuldtidsarbejde, men det er ligesom om, at omverdenen og samfundet

definerede, at nu blev jeg lykkelig, for nu blev jeg tyndere
(Bilag 8, l. 37-39).

E's oplevelser peger på, at der er en opfattelse af, at overvægtige ikke kan være lykkelige, og at man bliver lykkelig, hvis man taber sig. I den forbindelse bliver hun nedvurderet grundet hendes vægt. Kategoriseringen som overvægtig tilskrives altså den uønskede karakteristika, at man også må være ulykkelig. Der findes altså en stereotyp om, at overvægt er en tilstand, hvor man er ulykkelig, og dermed en tilstand, som ingen ønsker at befinde sig i eller havne i – for hvem gider være ulykkelig?

Sygdomsklassificeringen af svær overvægt kan siges at forstærke denne stereotyp, fordi sygdomsrammen netop implicerer, at man er syg, hvilket dermed implicerer helbredelse og behandling for at blive rask og lykkelig. I den forbindelse forstærker sygdomsklassificeringen stereotypen om, at overvægtige ikke er lykkelige, fordi sygdomsrammen forankrer idéen om, at man kun er rask og dermed lykkelig, hvis man ikke er overvægtig.

Overvægtige er psykisk belastede

I forlængelse af stereotypen om, at overvægtige ikke lykkelige, peger deltagerne på en stereotyp opfattelse af, at overvægtige er psykisk belastede. I den forbindelse peger E på de fordomme, der kan være: "[...] nu er du tyk, nu spiser du på dine følelser, nu er du ked af det, nu spiser du på dine følelser? Nej nej, det var faktisk ikke derfor, jeg var tyk. Jeg var bare glad for mad" (Bilag 8, l. 53-55). Med udgangspunkt i citatet fremstår igen den stereotype opfattelse af, at overvægt selvforskyldt og noget, man har spist sig til. Dog fremstår i citatet også en opfattelse af, at madindtaget ikke nødvendigvis er noget, man selv er herre over, men derimod noget, som påvirkes af psyken. I den forbindelse peger citatet på en stereotyp opfattelse af, at overvægtige er psykisk belastede, fordi "normale" mennesker, som ikke er kede af det eller er psykisk belastede, godt kan styre sit madindtag – og derfor må overvægtige netop have spist sig tykke, fordi de enten er kede af det eller psykisk belastede på andre måder.

At overvægtige er psykisk belastede, er en opfattelse, der faktisk bekræftes af F, som siger: "jeg vil sige, jeg er mere syg oppe i hovedet, end jeg er i min krop" (Bilag 8, l. 698). Mens E i det tidligere citat pegede på en misforstået opfattelse af, at overvægtige er psykisk belastede, peger F i citatet på, at overvægtige netop af psykisk belastede. Når Novo Nordisk klassificerer svær overvægt som en sygdom, der ikke nødvendigvis skyldes livsstil,

fremhæver de samtidig psykologi som en årsag til overvægt (Novo Nordisk, n.d. – b). I den forbindelse taler de ind i den stereotype opfattelse af, at overvægtige er psykisk belastede. Dermed kan sygdomsklassificeringen af svær overvægt risikere at forstærke stigmatiseringen af overvægtige, hvis sygdomsrammen kobles til en psykisk svaghed. I den forbindelse kan der opstå en stereotyp om, at overvægtige er psykisk svage.

Vægttab øger livskvalitet

I forlængelse af at overvægtige ikke er lykkelige og samtidig psykisk belastede fremstår en stereotyp opfattelse af, at vægttab øger livskvalitet. I den forbindelse peger flere af deltagerne på, at denne opfattelse marginaliserer andre former livskvaliteter, herunder mental sundhed. I forbindelse med den gastric bypass, som E har fået lavet, peger hun på, at selve operationen og vægttabet ikke har gjort hende mere lykkelig – eller øget hendes livskvalitet: ”Det er jo ikke bare at sige, nå nu har jeg fået den, og så er jeg heldig resten af mit liv” (Bilag 8, l. 105). E fremhæver ved citatet, at selve operationen og vægttabet ikke øgede hendes livskvalitet, men at der findes en stereotyp opfattelse af, at alt løses ved selve vægttabet. I den forbindelse peger E netop på det psykologiske som en årsag til overvægt, hvilket i og for sig taler ind i opfattelsen af, at overvægtige er psykisk svage. E siger: ”Men det var jo ikke selve operationen jeg egentlig skulle bruge. Det var jo mere det bagefter, som ikke er en del af pakken. Fordi ellers så kan jeg jo bare spise mig stor igen” (Bilag 8, l. 102-104). Ved citatet fremhæver E, at et samlet behandlingsforløb med fokus på hendes psyke, kunne have øget hendes livskvalitet. Det samme peger F på, som har prøvet vægttabsmedicin i et halvt år men efterfølgende taget det hele på igen. I den forbindelse påpeger hun, at hun overhovedet ikke har arbejdet med alle de ting, som netop har gjort, at hun er blevet overvægtig (Bilag 8, l. 109-114), hvorfor hun ligesom E peger på et mere samlet behandlingsforløb, hvor der også bliver taget højde for det psykologiske.

Med udgangspunkt i Verweij bliver overvægt ud fra E og F’s oplevelser gjort til et individuelt problem, der handler om vægttab, hvor sociale årsager og konflikter sløres. I forhold til at klassificere svær overvægt som en sygdom, peger flere af deltagerne på, at overvægt netop ikke er en sygdom i sig selv, men at overvægt er et symptom, og at ”behandling” af overvægt er ligesom at symptombehandle. C siger: ”For i min verden, så symptombehandler man lidt lige nu [...] Men du går jo ikke ind og fjerner det den kom af” (Bilag 7, l. 560-561). C peger i den forbindelse på en række årsager til overvægt, herunder traumer, andre sygdomme, afhængighed eller ubalancer i miljø og biologi (Bilag 7, l. 529-535). I den forbindelse taler deltagerne ind i den stereotype opfattelse af, at overvægtige fejler

noget og er psykisk svage – mens deltagerne omvendt taler imod opfattelsen af, at livskvalitet øges af vægttab, hvilket marginaliserer andre former for livskvalitet, herunder mental sundhed.

Ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom, der inkluderer psykiske faktorer som en legitim del af sygdomsbilledet og ikke bare fysisk vægt, kan sygdomsklassificeringen give adgang til psykologhjælp. I den forbindelse sammenligner B overvægt med narkomaner og alkoholikere:

[...] hvis du er narkoman, så får du selvfølgelig måske antabus til at starte med, men du er jo igennem en behandling, for du skal lære at leve uden de her ting. Så det bliver, at du får noget hjælp til at starte med det, men det handler om, at du skal have noget mere til, så du kan leve uden det på et tidspunkt (Bilag 7, l. 592-600).

Ved sammenligningen af svær overvægt med narkomaner og alkoholikere, peger B på en lignende behandlingsform, som minder om den, man tilbyder narkomaner og alkoholikere; for på den måde at sikre, at de ikke vender tilbage til det, der gør dem afhængige (overvægtige). I den forbindelse fremstår et billede af, at medikaliseringen af overvægt ville kunne skabe bedre muligheder for behandling. Sygdomsklassificeringen kan i den henseende være med til at reducere den stereotype opfattelse af, at vægttab alene øger livskvalitet, mens det omvendt forstærker stereotypen om, at overvægtige er psykisk svage – og syge.

Delkonklusion

Fokusgrupperne viser for det første, at overvægtige oplever udbredte stereotyper, der fører til diskrimination – stereotyper som også internaliseres af deltagerne, hvilket påvirker deres selvforståelse og autonomi. Deltagerne antyder for det andet, at medikaliseringen af overvægt kan bidrage til at reducere selvstigmatisering i form af skyld ved at flytte ansvaret væk fra individet – og samtidig give bedre muligheder for behandling. For det tredje udviser deltagerne en bekymring for medikaliseringen af overvægt og risikoen for at forstærke sondringen mellem at være ”rask” og ”syg”. Deltagerne peger på et forventningspres om vægttab og behandling for at blive ”rask” – især med vægttabsmedicin – hvilket kan true autonomien. Medikaliseringen kan dermed både udfordre og forstærke stereotype opfattelser af overvægtige.

Konklusion

Dette speciale har undersøgt, hvilke etiske spørgsmål og problematikker det øgede fokus på svær overvægt som en sygdom rejser, og hvilken rolle Novo Nordisk spiller i forhold til denne udvikling. Med udgangspunkt i et teoretisk perspektiv på stigmatisering og medikalisering samt en analyse af Novo Nordisks kommunikation og to fokusgruppeinterviews, er det blevet tydeligt, at italesættelsen af svær overvægt som en sygdom rummer muligheder, men også dilemmaer – ikke mindst når det kommer til etiske konsekvenser og oplevelsen af stigmatisering af overvægtige.

På den ene side kan sygdomsklassificeringen af svær overvægt medvirke til at mindske stigmatisering ved at reducere den stereotype opfattelse af, at overvægt er noget selvforskyldt – ved klassificeringen af svær overvægt som en sygdom fjernes skyld og ansvar fra individet. Når overvægt forstås som en tilstand, der i høj grad påvirkes af genetiske, biologiske og miljømæssige faktorer uden for individets kontrol, kan det skabe plads til mere forståelse samt adgang til bedre behandlingsmuligheder. Deltagerne i fokusgrupperne giver udtryk for, at overvægt netop bør anerkendes som en kompleks tilstand, og ikke som et resultat af dovenskab eller manglende selvkontrol. I den forbindelse bekræfter deltagerne fra de to fokusgruppeinterviews, at medikaliseringen af overvægt kan opleves som afstigmatiserende.

På den anden side viser specialet, at medikaliseringen af overvægt også kan forstærke stigmatisering. Når Novo Nordisk formulerer overvægt som et medicinsk problem fastholdes den overvægtige krop som afvigende og tilmed også behandlingskrævende. Sygdomsklassificeringen risikerer at fastholde en forståelse af sundhed versus sygdom, hvor der er begrænset plads til komplekse og nuancerede oplevelser af krop, vægt, sundhed. Deltagerne i fokusgrupperne udtrykker netop denne bekymring ved anerkendelsen af svær overvægt som en sygdom, hvilket viser, at oplevelsen af stigmatisering ikke nødvendigvis reduceres ved en medicinsk forklaring.

Specialet viser altså, at oplevelsen af stigmatisering eksisterer i samspil med sygdomsforståelsen. Jeg kan dog ikke sige noget mere udbredt om det præcise omfang som helhed. Specialet rejser derfor spørgsmål om omfanget i forhold til, hvor mange der oplever medikaliseringen som (af)stigmatiserende – og i hvor høj grad. De kvalitative data i form af fokusgrupperne giver værdifuld indsigt, men det kræver yderligere undersøgelse at kunne

belyse størrelsesforholdet. Næste skridt bør være at undersøge, hvor mange og hvor stærkt stigmatiseringen opleves – eksempelvis gennem kvantitative metoder, der kan supplere og nuancere den forståelse, der er opnået.

Når Novo Nordisk formulerer svær overvægt som en kronisk sygdom, bevæger de sig i et komplekst spændingsfelt, hvor oplysning om svær overvægt som sygdom kan anses som legitim folkesundhedsformidling – samtidig kan formidlingen anses som en kommerciel interesse, da det indirekte skaber et marked for deres egen vægttabsmedicin, Wegovy. Et væsentligt etisk spørgsmål, som specialet også rejser, er dermed, om det er muligt at fremme anerkendelse og behandling af overvægt uden at forstærke stigmatisering. I den forbindelse bør Novo Nordisks rolle ikke alene vurderes ud fra deres evne til at udvikle effektive behandlinger, men i lige så høj grad, hvordan de bidrager til samfundets syn på krop og sundhed.

Specialet viser, at det øgede fokus på svær overvægt som en sygdom rejser dilemmaer, der ikke kan reduceres til et simpelt spørgsmål om for eller imod medikaliseringen af overvægt. Det handler i lige så høj grad om, hvordan sygdommen formidles, og hvilke menneskelige konsekvenser det har. Et mere etisk ansvarligt sundhedsnarrativ bør således balancere mellem behovet for behandling og anerkendelsen af kropslig diversitet.

Litteraturliste

- Abo Shereda, H. M., Alqhtani, S. S., ALYami, A. H., ALGhamdi, H. M., Ahmed, M. I. O., ALSalah, N. A., & Selim, A. (2025). Exploring the relationship between compassion fatigue, stigma, and moral distress among psychiatric nurses: a structural equation modeling study. *BMC nursing*, 24(1), 163. 1-11.
- Alford, L. (2025). Medicalisation, development and adult power: Exploring the contributions of the medical system to child disenfranchisement in theory and society. *Children & Society*, 39(2), 402-422.
- Azubuike, P. C., Imo, U. F., Ogbonna, C. K., Akinreni, T., Udofia, M. D., Odo, O. J., & Nwadiche, M. (2025). Towards neglected tropical diseases elimination in Nigeria: addressing the stigma and mental health nexus. *Discover Social Science and Health*, 5(1), 19. 1-9.
- Benn, P. (1998). Kant's ethics. I P. Benn. *Ethics* (s. 91-112). University College London Press.
- Bjerregaard, L. G, Pedersen, D. C., Aarestrup, J., Jensen, B. W. & Baker, J. L. (2023, 4. januar). *Obesitas, adipositas, fedme eller svær overvægt? Det er ikke ét fedt, hvad vi kalder det ...* Ugeskriftet.dk. <https://ugeskriftet.dk/debat/obesitas-adipositas-fedme-eller-svaer-overvaegt-det-er-ikke-et-fedt-hvad-vi-kalder-det> (Tilgået 24. maj 2025)
- Bombak, A. E., Adams, L., & Thille, P. (2022). Drivers of medicalization in the Canadian adult obesity clinical practice guidelines. *Canadian Journal of Public Health*, 113(5), 743-748.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. (5. udgave). (s. 1-119, 283-306, 373-406, s. 500-524, s. 525-543, s. 545-568, s. 569-599). Oxford University Press.

- Buertey, A. A., Puplampu, G. L., Ani-Amponsah, M., Ibrahim Jibril, M. A., & Attiogbe, A. (2025). Lived experiences of Ghanaian community psychiatric nurses resilience strategies in combating stigma: an interpretive phenomenology. *BMC nursing*, 24(1), 182. 1-12.
- Causey, K. A., & Duran-Aydintug, C. (1998). Tendency to stigmatize lesbian mothers in custody cases. *Journal of Divorce & Remarriage*, 28(1-2), 171-182.
- Chalmers, D. (1993). The Utilitarian Approach og The Debate over Utilitarianism. I D. Chalmers. *The Elements of Moral Philosophy* (s. 90-93 & 102-114). McGraw-Hill.
- Chang, C. T., Chang, K. H., & Cheah, W. L. (2009). Adults' perceptions of being overweight or obese: a focus group study. *Asia Pacific Journal of clinical nutrition*, 18(2), 257-264.
- Chelstowska, A., & Ignaciuk, A. (2023). Criminalization, medicalization, and stigmatization: Genealogies of abortion activism in Poland. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 48(2), 423-453.
- Ciciurkaite, G., Moloney, M. E., & Brown, R. L. (2019). The incomplete medicalization of obesity: physician office visits, diagnoses, and treatments, 1996-2014. *Public Health Reports*, 134(2), 141-149.
- Collin, F. (2003). Indledning. I *Konstruktivisme* (s. 11-33). Frederiksberg: Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.
- Collin, F. & Køppe, S. (2014). Indledning. I *Humanistisk videnskabsteori* (s. 11-43).. Lindhardt og Ringhof. København.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of health and social behavior*, 46(1), 3-14.
- Corrigan, P. W., & Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765–776.
<https://psycnet.apa.org/fulltext/1999-11125-003.html>

- Cossrow, N. H., Jeffery, R. W., & McGuire, M. T. (2001). Understanding weight stigmatization: A focus group study. *Journal of nutrition education*, 33(4), 208-214.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services*, 10(3), 365-388.
- Cronin, P., Ryan, F., & Coughlan, M. (2008). *Undertaking a literature review: a step-by-step approach*. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43.
- Dalgas, J. (2023, 8. november). *Forsker advarer mod bestemte fødevarer*. Berlingske.
- Damiano, S. R., Yager, Z., McLean, S. A., & Paxton, S. J. (2018). Achieving body confidence for young children: Development and pilot study of a universal teacher-led body image and weight stigma program for early primary school children. *Eating Disorders*, 26(6), 487-504.
- Davies, M., Færch, L., Jeppesen, O. K., Pakseresht, A., Pedersen, S. D., Perreault, L. & Lingvay, I. (2021). Semaglutide 2· 4 mg once a week in adults with overweight or obesity, and type 2 diabetes (STEP 2): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3 trial. *The Lancet*, 397(10278), 971-984.
- Diaz, V. A., Mainous, A. G., & Pope, C. (2007). Cultural conflicts in the weight loss experience of overweight Latinos. *International journal of obesity*, 31(2), 328-333.
- Downs, J., Adams, M., Federici, A., Sharpe, S. L., & Ayton, A. (2025). Equity in eating disorders: a dialectical approach to stigma, expertise, and the coproduction of knowledge. *Journal of Eating Disorders*, 13(1), 31. 1-13.
- Ebdrup, M. (2024, 24. juni). *Giv ikke Novo Nordisk magt til at afgøre om tykke kan låne i banken*. Information.
- Eissazade, N., Eghdami, S., & Shalbafan, M. (2025). Double stigma of menstruation and premenstrual disorders for middle eastern women. *Archives of Public Health*, 83(1), 59. 1-4.

- Epstein, L., & Ogden, J. (2005). A qualitative study of GPs' views of treating obesity. *British Journal of General Practice*, 55(519), 750-754.
- Erhardtsen, B. (2023, 5. februar). *Jagten på kuren mod fedme*. Berlingske.
- Ersfjord, E. M. I. (2018). Taking children's humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight. *Childhood*, 25(2), 189-202.
- Eskjær, M. F. & Helles, R. (2015). *Kvantitativ indholdsanalyse* (s. 6-27, 41-49, 67-82). Samfundslitteratur.
- Eslahi, M. S., Kasiri, M., & Ahmadi, N. (2025). The "Medicalization" of Food Supervision in the Qajar Period with an Emphasis on the Documents of Naser al-Din Shah's Reign. *Journal of Research on History of Medicine*, 14(1), 59-74.
- Esmark, A., Laustsen, C. B., Åkerstrøm, N. A. (2005) Socialkonstruktivistiske analysestrategier - en introduktion. I *Socialkonstruktivistiske analysestrategier* (s. 13-26). Roskilde Universitets Forlag. Uddrag.
- Espersen, O. E. (2024, 19. januar). *Læge advarer mod Novos planer om fedmeforebyggelse*. Berlingske.
- European Commision (2023, 19. september). *Obesity prevention | Health Promotion Knowledge Gateway*. https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/obesity_en (Tilgået 24. maj 2025)
- Ferreira, K. B., & Webber, K. T. (2022). The Politics of 'Obesity': Medicalization, Stigmatization and Liberation of Fat Bodies. In M. Halliwell & S. A. Jones (Eds.), *The Edinburgh Companion to the Politics of American Health* (s. 149–166). Chapter, Edinburgh University Press.
- Finlayson, G. (2017). Food addiction and obesity: unnecessary medicalization of hedonic overeating. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(8), 493-498.

- Fife, B. L., & Wright, E. R. (2000). The dimensionality of stigma: A comparison of its impact on the self of persons with HIV/AIDS and cancer. *Journal of health and social behavior*, 50-67.
- Francis, A. (2012). Stigma in an era of medicalisation and anxious parenting: how proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace. *Sociology of health & illness*, 34(6), 927-942.
- Garvey, W. T., Batterham, R. L., Bhatta, M., Buscemi, S., Christensen, L. N., Frias, J. P. & STEP 5 Study Group. (2022). Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nature medicine*, 28(10), 2083-2091.
- Goffman, E. (2009). *Stigma – Om afvigerens sociale identitet*. (2. udgave, B. Gooseman, Trans). Samfundslitteratur. (Originalt værk udgivet 1963).
- Goldberg, D. S. (2014). Fatness, medicalization, and stigma: On the need to do better. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 4(2), 117-123.
- Grønneman, K. (2024, 10. september). *Novo-chef kom med modig spådom i 2016: Sådan blev vejen for en vægttabsrevolution*. Børsen.
- Halkier, B. (2016) Bearbejdning af fokusgruppedata. I *Fokusgrupper* (3. udgave). (s. 71-104). Samfundslitteratur.
- Halkier, B. (2009) Fokusgrupper i samfundsvidenskabelig forskning. I *Fokusgrupper*. (2. udgave, 2. oplag). (s. 9-20). Samfundslitteratur.
- Halkier, B. (2009) Overbevisende brug af fokusgrupper. I *Fokusgrupper* (2. udgave, 2. oplag). (s. 107-114). Samfundslitteratur.
- Halpin, M., & Cortez, D. (2025). Rethinking medicalization: unequal relations, hegemonic medicalization, and the medicalizing dividend. *Theory and Society*, 1-34.
- Halskov, L. (2024, 19. maj). *Sanders uddyber sin kritik: Novo udnytter vores dysfunktionelle sundhedssystem*. Politiken.

- James, A., Warriar, M. G., & Benny, A. T. (2025). Sociocultural aspects of the medicalisation of infertility: a comparative reading of two illness narratives. *Medical Humanities*, 51(1), 76-85.
- James, W. P. T. (2008). WHO recognition of the global obesity epidemic. *International journal of obesity*, 32(7), 120-126.
- Jensen, S. B. K., Blond, M. B., Sandsdal, R. M., Olsen, L. M., Juhl, C. R., Lundgren, J. R., ... & Torekov, S. S. (2024). Healthy weight loss maintenance with exercise, GLP-1 receptor agonist, or both combined followed by one year without treatment: a post-treatment analysis of a randomised placebo-controlled trial. *EClinicalMedicine*, 69, 1-12.
- Juul, L. (2024, 26. juni) *Overvægt og fedme*. Sundhed.dk.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/overvaegt-og-kost/overvaegt-og-fedme/> (Tilgået 24. maj 2025).
- Kadowaki, T., Isendahl, J., Khalid, U., Lee, S. Y., Nishida, T., Ogawa, W. & Lim, S. (2022). Semaglutide once a week in adults with overweight or obesity, with or without type 2 diabetes in an east Asian population (STEP 6): a randomised, double-blind, double-dummy, placebo-controlled, phase 3a trial. *The lancet Diabetes & endocrinology*, 10(3), 193-206.
- Kant, I. (2011). *Kritik af den praktiske fornuft* (T. Bøgeskov, Trans.). Gyldendal. (Originalt værk publiceret 1788).
- Karaboue, M., & Lacasella, G. V. (2025). Medicalisation in the Post-Genomic Era: Transformations in Identity, Autonomy, and Ethics. *La Clinica Terapeutica*, 176(1), 109-113.
- Kennedy, S. L. (2014). Gadamer's theory of hermeneutic experience. In *Understanding hermeneutics* (s. 95-115). Taylor & Francis Group.

- Kirli, G., & Kaya, S. D. (2025). Medicalization of female life stages: a qualitative research. *BMC Health Services Research*, 25(1), 1-13.
- Kjærbeck, S. (2014). Kvalitative interviews. Om at få indblik i målgruppers holdninger, erfaringer og adfærd. I *Organisationskommunikation - Teori og cases om tekst og tale* (s. 155-180). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Kjærgaard, K. (2025, 19. marts) *Dette bør du vide om Wegovy*. Hjerteforeningen. <https://hjerteforeningen.dk/artikler/alle-artikler/dette-bor-du-vide-om-wegovy/> (Tilgået 24. maj 2025).
- Krarup, N. & Aagurd, M. (2024, 13. december). *Fremtidens fedme-mirakler*. Ekstra Bladet.
- Kvaale, E. P., Haslam, N., & Gottdiener, W. H. (2013). The 'side effects' of medicalization: A meta-analytic review of how biogenetic explanations affect stigma. *Clinical psychology review*, 33(6), 782-794.
- Levi, P. (2013). Battling the Stigma on Alcoholic Women: Marty Mann and the Medicalization of Alcoholism among Women in the United States. *The International Journal of Interdisciplinary Cultural Studies*, 7(1), 45-54.
- Link, B. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Lynggaard, K. (2010). Dokumentanalyse. I S. Brinkmann og L. Tanggaard, *Kvalitative metoder - en grundbog* (1. udgave, 3. oplag, s. 137-151). Hans Reitzels Forlag.
- Lægemiddeloven (2014, 22. oktober). BEK nr 1153 af 22/10/2014. *Bekendtgørelse om reklame mv. for lægmidler*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2014/1153> (Tilgået 24. maj 2025)
- Lægemiddeloven (2018, 16. januar). LBK nr 99 af 16/01/2018. *Bekendtgørelse af lov om lægmidler*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2018/99> (Tilgået 24. maj 2025)

- Malterud, K., & Ulriksen, K. (2010). Obesity in general practice: A focus group study on patient experiences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(4), 205–210.
<https://doi.org/10.3109/02813432.2010.526773>
- McPhail, D., & Mazur, L. (2019). Medicalization, maternity, and the materiality of resistance: “Maternal obesity” and experiences of reproductive care. In *Thickening Fat* (s. 122-136). Routledge.
- Mena, S. C. M., Portela, L. L., Escobar, J. C. M., Ureña, O. S., Palacio, L. M. A., Angarita, V. N., & Rizzo, R. R. (2025). Social Stigma of Overweight and Obesity in Primary School Children: A Systematic Review (s.1-37). *Revista de investigación e innovación en ciencias de la salud*, 7(1).
- Mu, Y., Bao, X., Eliaschewitz, F. G., Hansen, M. R., Kim, B. T., Koroleva, A., ... & Liu, M. (2024). Efficacy and safety of once weekly semaglutide 2· 4 mg for weight management in a predominantly east Asian population with overweight or obesity (STEP 7): a double-blind, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 12(3), 184-195.
- Nationalt Center for Overvægt (n.d.) *Nationalt Center for Overvægt*. <https://www.ncfo.dk> (Tilgået 8. april 2025)
- Novo Nordisk (n.d.- a). *Bliv klogere på overvægt*.
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da.html> (Tilgået 17. marts 2025).
- Novo Nordisk (n.d. - b) *Er svær overvægt en sygdom?*
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da/stotte-og-varktojer/er-svaer-overvaegt-en-sygdom.html> (Tilgået 17. marts 2025).
- Novo Nordisk (2023, 14. december). *Videnskaben bag overvægt*.
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da/videnskab.html> (Tilgået 17. marts 2025).

- Novo Nordisk (2024a, 26. august). *Det er ikke til at se det, hvis du ikke lige ved det.*
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da/overvaegt-og-hjertekarsygdom.html> (Tilgået 17. marts 2025).
- Novo Nordisk (2024b, 11. november). *Få hjælp til at håndtere svær overvægt med vores støtte og værktøjer.* <https://www.truthaboutweight.global/dk/da/stotte-og-varktojer.html> (Tilgået 17. marts 2025).
- Novo Nordisk (2024c, 26. november). *Perspektiver på svær overvægt.*
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da/mennesker.html> (Tilgået 17. marts 2025)
- Novo Nordisk (2025a, 17. januar). Novo Nordisk A/S: Semaglutide 7.2 mg s.c. achieved 20.7% weight loss in the STEP UP obesity trial, and 18.7% regardless of treatment adherence – Company announcement.
<https://www.novonordisk.com/content/nncorp/global/en/news-and-media/news-and-ir-materials/news-details.html?id=915087> (Tilgået 24. maj 2025)
- Novo Nordisk (2025b, 18. februar) *Smid fordommene om svær overvægt.*
<https://www.truthaboutweight.global/dk/da/smid-fordommene.html> (Tilgået 17. marts 2025)
- Ortiz, S. E., Kawachi, I., & Boyce, A. M. (2017). The medicalization of obesity, bariatric surgery, and population health. *Health*, 21(5), 498-518.
- Pahuus, M. (2014) Hermeneutik. I Collin, F. & Køppe, S., *Humanistisk videnskabsteori* (s. 223-265) Lindhardt og Ringhof Forlag, København.
- Paradis, E. (2016). Obesity as process: The medicalization of fatness by Canadian researchers. *Obesity in Canada: critical perspectives*, 56-88.
- Payton, A. R., & Thoits, P. A. (2011). Medicalization, direct-to-consumer advertising, and mental illness stigma. *Society and Mental Health*, 1(1), 55-70.

- Pearce, C., Rychetnik, L., & Wilson, A. (2021). The obesity paradigm and the role of health services in obesity prevention: a grounded theory approach. *BMC health services research, 21*, 1-10.
- Peng, H., Li, X., Zeng, L., Wang, Y., Wang, Y., Qin, C., & Chen, Y. (2025). Reciprocal relationship between abortion stigma and depressive symptoms among women who underwent termination of pregnancy for fetal anomalies: a cross-lagged panel study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 25*, 246. 1-10.
- Petersen, M. & Kristensen, R. L. (2024, 1. februar). *Fremtiden byder på lavprismedicin mod fedme*. Avisen Danmark.
- Ploug, T. & Holm, S. (2024). *Medicinsk etik - En lærebog* (1. udgave.). FADL's Forlag.
- Plotkin-Amrami, G., & Fried, T. (2024). Sensitive child, disturbed Kid: Stigma, medicalization, and the interpretive work of Israeli mothers of children with ADHD. *Culture, Medicine, and Psychiatry, 48*(1), 198-218.
- Potvin, J. (2025). Medicalisation, depoliticisation and reproductive stratification: lessons from Canada's Muskoka Initiative. *Feminist Theory, 26*(1), 101-123.
- Rainock, M. (2025). Expanding contexts of medicalization: The role of policy legacies, race, and class in the prevalence of treatment courts. *Social Science & Medicine, 370*, 1-10.
- Rajmohan, S., & Vijayalakshmi, S. (2025). Exploring Stigma and Reality: The Representation of Gender Fluidity and Identity Formation in Garvin's Symptoms of Being Human. *The International Journal of Literary Humanities, 23*(4), 1. 1-16.
- Ross, D. (2002). What makes Right Acts Right. I D. Ross, *The Right and the Good* (s. 16-41). Oxford University Press.
- Rubino, D., Abrahamsson, N., Davies, M., Hesse, D., Greenway, F. L., Jensen, C., & STEP 4 Investigators. (2021). Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on

- weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: the STEP 4 randomized clinical trial. *Jama*, 325(14), 1414-1425.
- Rubino, D. M., Greenway, F. L., Khalid, U., O'Neil, P. M., Rosenstock, J., Sørrig, R., & STEP 8 Investigators. (2022). Effect of weekly subcutaneous semaglutide vs daily liraglutide on body weight in adults with overweight or obesity without diabetes: the STEP 8 randomized clinical trial. *Jama*, 327(2), 138-150.
- Sadler, J. Z. (2014). Risk factor medicalization, hubris, and the obesity disease. *Narrative inquiry in bioethics*, 4(2), 143-146.
- Salant, T., & Santry, H. P. (2006). Internet marketing of bariatric surgery: Contemporary trends in the medicalization of obesity. *Social science & medicine*, 62(10), 2445-2457.
- Salas, X. R., Forhan, M., Caulfield, T., Sharma, A. M., & Raine, K. (2017). A critical analysis of obesity prevention policies and strategies. *Canadian Journal of Public Health*, 108(5), 598-608.
- Sikorski, C., Riedel, C., Lupp, M., Schulze, B., Werner, P., König, H. H., & Riedel-Heller, S. G. (2012). Perception of overweight and obesity from different angles: a qualitative study. *Scandinavian journal of public health*, 40(3), 271-277.
- Stoner, L., & Cornwall, J. (2014). Did the American Medical Association make the correct decision classifying obesity as a disease?. *The Australasian medical journal*, 7(11), 462-464.
- Sturm, N. (2023, 7. juni). *Novos vækststog sender rystelser ud i alle afkroge af den globale medicinindustri*. Jyllands-Posten.
- Sundhedsstyrelsen (1999). *Overvægt og fedme*. <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/1999/Overvaegt-og-fedme.ashx> (Tilgået 24. maj 2025).
- Svansø, V. L. (2022, 12. december). *Novo Nordisk lancerer slankemiddel i Danmark – USA venter lige om hjørnet*. Berlingske.

- Svansø, V. L. (2023a, 12. januar). *Op mod 20 nye lægemidler mod svær overvægt er på trapperne*. Berlingske.
- Svansø, V. L. (2023b, 25. april). *Novo-fond giver en milliard til forskning i overvægt og diabetes*. Berlingske.
- Svansø, V. L. (2023c, 24. juni). *Populær medicin fra Novo er ramt af mistanke om selvmordstanker*. Berlingske.
- Svansø, V. L. (2024a, 10. februar). *Tre overvægtige hoppede på Novo Nordisks kamp om verdensherredømmet*. Berlingske.
- Svansø, V. L. (2024b, 13. juni). *Sundhedsstyrelsen opfordrer læger til at udskrive mindre Wegovy*. Berlingske.
- Syhler, N. (2024, 8. juli). *Pris spiller hovedrollen i debat om vægttabsmedicin, men dosis burde tage rampelyset*. Jyllands-Posten.
- Sørensen, M. S., Pottegård, A., Andersen, N. E., Thomsen, R. W., & Lundby, C. (2025). Survey among adult users of semaglutide for weight loss in Denmark: User characteristics, treatment expectations and experienced effects. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 27(4), 2214-2222.
- Tanggaard L. & Brinkmann, S. (2010). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, S. & Tanggaard L., *Kvalitative Metoder – en Grundbog* (s. 29-53). København: Hans Reitzel.
- Thylier, M. (2023, 11. juni). *Vi er ikke skønhedsindustrien*. Politiken.
- Verweij, M. (1999). Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine. *Bioethics*, 13, 89-113. <https://doi.org/10.1111/1467-8519.00135>
- Viégas, L. D. S., Harayama, R. M., & Souza, M. P. R. D. (2015). Critical notes on stigma and medicalization according to the psychological and anthropological view. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2683-2692.

- Wadden, T. A., Bailey, T. S., Billings, L. K., Davies, M., Frias, J. P., Koroleva, A., ... & STEP 3 Investigators. (2021). Effect of subcutaneous semaglutide vs placebo as an adjunct to intensive behavioral therapy on body weight in adults with overweight or obesity: the STEP 3 randomized clinical trial. *Jama*, 325(14), 1403-1413.
- WHO Consultation on Obesity (1997: Geneva, Switzerland), World Health Organization. Division of Noncommunicable Diseases & World Health Organization. Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. (1998). Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/63854>
- World Health Organization: WHO. (2025, 7. maj). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Tilgået 24. maj 2025)
- Wilding, J. P., Batterham, R. L., Calanna, S., Davies, M., Van Gaal, L. F., Lingvay, I., ... & Kushner, R. F. (2021). Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *New England Journal of Medicine*, 384(11), 989-1002.
- Wills, B. C., & Gottlieb, J. (2025). After Viagra®: multivalent medicalization, hybrid masculinities, and direct-to-consumer digital health. *NORMA*, 1-21.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Instrument of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504.
- Øhrstrøm, P. (2003). Anvendt etik – argumentation og samfundsdebat. I *IT-etiske temaer* (s. 21-41). Syddansk Universitet.

Bilag

Bilag 1: Godkendelse af litteraturliste

Bilag 2: Infomedia-søgning

2.1 Søgning på Infomedia

2.2 Tematisering af artikler

2.3 Artikler hvor personer fra Novo Nordisk citeres

Bilag 3: Novo Nordisk – hjemmeside

3.1 Karakteristik af hjemmeside

3.2 Sektioner og sider fra hjemmeside

Bilag 4: Invitation til fokusgrupper

4.1 Facebook og LinkedIn-opslag

4.2 Instagram-story

4.3 Besked til deltagere (fysisk)

4.4 Besked til deltagere (virtuelt)

4.5 Introduktion

Bilag 5: Interviewguide

5.1 Søgning: Inspiration til spørgsmål til fokusgruppe

5.2 Interviewguide

Bilag 6: Kodning af interviews

Bilag 7: Transskribering af interview 1

Bilag 8: Transskribering af interview 2