
Tungt problem uten lett løsning

REDAKSJONELT

MARIT BJARTVEIT KRÜGER

Marit Bjartveit Krüger (f. 1952) er spesialist i psykiatri. Hun arbeider som avdelingsoverlege og er medlem av Tidsskriftets redaksjonskomite....

Psykiatrisk klinikk

Innherred sykehus

7600 Levanger

Forekomsten av overvekt og fedme øker sterkt, både i industriland og i utviklingsland (1). Overvekt defineres som kroppsmasseindeks ≥ 25 kg per m² (vekt dividert med høyde i andre potens). Fedme karakteriseres ved en kroppsmasseindeks ≥ 30 . Disse grensene tilsvarer en kroppsvekt på henholdsvis 78 kg eller mer og 92 kg eller mer for en person som er 175 cm høy.

I Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag er det rapportert økning av andelen voksne over 20 år med fedme, fra 8 % til 14 % hos menn og fra 13 % til 18 % hos kvinner i tidsrommet 1984 – 97 (2). 40 – 42-åringundersøkelsene i 12 fylker, gjort i 1994 – 99, viste at 12 % av mennene og 11 % av kvinnene hadde en kroppsmasseindeks ≥ 30 (3).

Er økningen av kroppsmasseindeksen i Norge et godt mål for et økende helseproblem? Ikke nødvendigvis direkte. Kroppsmasseindeks skiller ikke mellom fett- og muskelmasse. Det er sterke holdepunkter for at bukfedme eller liv-hofte-ratio kan være et bedre mål på helseskadelig overvekt, og at disse målene bør komme i tillegg til kroppsmasseindeks. Videre er sykdomsrisikoen forbundet med overvekt redusert hos dem som til tross for overvekten er i god fysisk form. Men tendensen til epidemisk økning av overvekt avspeiles i den generelle økningen av kroppsmasseindeks i befolkningen.

De helsemessige konsekvenser av overvekt og fedme er økt risiko for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, gallesykdom, visse kreftformer, søvnapné, leddplager og belastningsslidelser (3).

Ca. 75 % av barn som ved 10 – 11 års alder har en kroppsmasseindeks > 23 , vil bli fete i voksen alder. Enkelte studier tyder på at fedme i barneårene øker risikoen for å utvikle diabetes og hjerte- og karsykdommer i voksen alder hos

begge kjønn, samt at det øker totaldødeligheten hos menn, men ikke hos kvinner (3). Økende kroppsmasseindeks eller økende overvekt er en slags indikator på måten befolkningen innretter sine liv på.

Fysisk aktivitet er betydelig redusert de siste tiårene, samtidig som energiinntaket ikke er tilsvarende lavere. Regulering av kroppsvikt foregår som et samspill mellom mange ulike gener og levevaner. Mens genene tillater individene å bli fete, bestemmer omgivelsene og livsstilen om de blir det (4).

Overvekt og fedme er negativt medbestemmende for helse, for livskvalitet og ikke minst for selvbildet. Stigmatisering og latterliggjøring av tykke mennesker får oppmerksomhet i mediene i den grad at det i USA er dannet interesseorganisasjoner for overvektige mot presset om vektreduksjon – et ønske om å få være fet i fred.

To artikler i dette nummer av Tidsskriftet omtaler tiltak for vektreduksjon: henholdsvis gastrisk avsnøring (5) og bruk av slankepiller (6). Disse behandlingstiltakene er tekniske grep for å initiere omlegging av livsstil. Langtidsresultatet ved gastrisk avsnøring for overvekt er ikke tilfredsstillende (5). Resultatene av fem randomiserte, placebokontrollerte studier av medikamentet orlistat viste en vektreduksjon på omkring 9 % i orlistatgruppen, mot 6 % i placebogruppen etter ett år. Vektreduksjonen er vanskelig å opprettholde i mer enn fem år (6). Liposkulpturering eller fett suging er primært ikke behandlingstiltak mot fedme, men tiltak for å fjerne lokale fettansamlinger, f.eks. ved gynekomasti eller diabetisk lipohypertrofi (7).

Varig vellykkede tiltak mot helseskadelig fedme er få. Overvekt og fedme vurderes som et resultat av enten for høyt matinntak eller for lite fysisk aktivitet eller en kombinasjon (4). Vi er fangstmenn og skogsarbeidere uten oppdrag, men med samme energiinntak som våre forfedre. Epidemien av overvekt og fedme er da påført oss av ytre omstendigheter. Siste tilbud om utvidet inaktivitet er banktjenester som kan bestilles fra TV-sofaen: ”Kun ett tastetrykk unna.” Men hvis epidemien av overvekt og fedme er miljøbettinget – hvorfor er ikke alle fete? Hvilke livsstilsfaktorer preger de normalvektige?

Jakten på kjappe og paradoksalt nok lite anstrengende løsninger for å gå ned i vekt får omtale med vekt på enkeltindividets innsats: ”Fet frue på 40 ristet av seg 70 kilo.” Hva om helsevesenet politiserte overskriften til: ”Fet *fattig* frue på 40 . . .?” Hun som ikke så lett kan legge om kostholdet fordi prisene på frukt og grønnsaker likner advarselsprisene på sigaretter. Å redusere fettinnholdet i kosten krever en informert bevissthet og en velstand som ikke er jevnt fordelt i befolkningen. Er overvekt og fedme utviklet til en sosioøkonomisk indikator?

Helsepersonell kommer i klemme mellom de overvektiges ønske om kjapp vektreduksjon og faren for overfokusering på vekt alene som et helsemål. Blant ungdom i alderen 16 – 19 år tyder data på at andelen undervektige er betydelig høyere enn andelen overvektige, spesielt blant jenter (3). Man kan ikke utelukke at anoreksi initieres og forsterkes av ensidig medieomtale av slankhet som et mål på indre kontroll. Begge pasientgrupper, både de med anoreksi og de med helseskadelig overvekt, krever omfattende, sammensatte og langvarige behandlingstiltak. Det enkleste vil være å privatisere problemet: Å gjøre ekstreme vektutslag til et individuelt ansvar, der høy risiko for helseskade og

tidlig død er en del av eget valg. Pasientene er ofte forlegne over vekten og ønsker minst mulig oppmerksomhet omkring denne. Forslag til tiltak kan lett oppfattes som en kosmetisk moralisme.

Primærforebyggende tiltak mot overvekt er foreslått av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet: Økt opplæring i endring av livsstil både i skoleverket og på arbeidsplassene, bedre kollektivtilbud med tilsvarende mindre bruk av bil, bedre tilrettelegging for fysisk aktivitet og mye mer (3).

Hva med å bevisstgjøre oss alle på de tungvinte løsningene? Overvekt og fedme er en kronifisert helseskadelig tilstand som krever en kombinasjon av atferdsbehandling, ernæringsundervisning, opplæring i matlaging, fysisk trening og samtalegrupper, og denne må strekke seg over mange år (8). Å endre vekt er mer enn ett tastetrykk unna.

LITTERATUR

1. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Genève: WHO, 1997.
2. Midthjell K, Krüger Ø, Holmen J, Tverdal A, Claudi T, Bjørndal A et al. Rapid changes in the prevalence of obesity in an adult Norwegian population. The Nord-Trøndelag Health Surveys: 1984 – 86 and 1995 – 97. *Diabetes Care* 1999; 22: 1813 – 20.
3. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet. Vekt og helse. Rapport nr. 1/2000. Oslo: Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet, 2000.
4. Egger G, Swinburn B. An "ecological" approach to the obesity pandemic. *BMJ* 1997; 315: 477 – 80.
5. Valen B, Munk ACD. Langtidseffekt av gastrisk avsnøring for slanking *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1995 – 6.
6. Tonstad S, Birkeland KI. Fedmeepidemien – har slankepiller en plass i behandlingen? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 1997 – 2001.
7. Samdal F. Suction-assisted lipectomy. A clinical and experimental study. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1994.
8. Bjørvell H, Rössner S. A ten-year follow-up of weight change in severely obese subjects treated in a combined behavioural modification programme. *Int J Obes* 1992; 16: 623 – 5.

Publisert: 30. juni 2000. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.