
Overvekt - over- eller undervurdert helseproblem?

REDAKSJONELT

THELLE DS

Hvordan skal vi se på kroppsvekt; som estetisk mål, risikofaktor for sykdom eller en egen sykdomsenhet? Er det uvakkert å være overvektig? Representerer de ekstra fire-fem kiloene en påminnelse om at man er blitt eldre, at ungdommens idealer ikke lenger kan oppfylles i ens egen kropp? Tidligere tider og andre kulturer hadde et annet syn på overvekt enn det vi opererer med. En fet mann var en rik mann, en fet kvinne var en vakker kvinne. Men vår strebenetter et langt og friskt liv har snudd opp ned på disse idealene. Utgangspunktet for spørsmålet i overskriften er tostørre arbeider som ble publisert høsten 1995 om henholdsvis kroppsvektens betydning for dødelighet hos kvinner, og sammenhengen mellom vektendringer og dødelighet hos amerikanske menn (1, 2). Er da fedme eller overvekt farlig? Problemene oppstår allerede ved definisjonen av fedme:

"Fedme betegner en tilstand, hvor kroppens fettdepoter er øket i en grad, som er forbundet med øket risiko for somatiske komplikasjoner", sier f.eks. Arne Astrup i *Mat og medisin* fra 1994 (3). Hva er økt risiko, og hvilke tilstander skal kvalifisere for betegnelsen somatiske komplikasjoner?

I arbeidet fra Harvard, der man fulgte 115 119 sykepleiere i 16 år, fant man at sammenhengen mellom overvekt (definert som kroppsmasseindeks eller relativ kroppsvekt (kg/m^2)) og dødelighet var J-formet. Dødeligheten var 20% høyere for kvinner med relativ kroppsvekt ≥ 19 enn for dem som lå mellom 19 og 26,9. Relativ kroppsvekt ≥ 19 svarer til en kvinne på 160 cm som veier 48,5 kg, mens hun som skal opp i 26,9 med samme kroppshøyde må veie 68,9 kg. Innenfor en variasjon i vekt på 20 kg endrer med andre ord risikoen seg lite, og selv den største av disse kvinnene faller derfor utenfor definisjonen for fedme. Men, sier den oppmerksomme leser, denne sammenhengen må bero på andre faktorer, f.eks. røyking. De slanke har sikkert røykt seg til døde, og dermed får man slike J-formede kurver. Og fordeler man disse amerikanske kvinnene etter deres røykevaner, får man frem at det er de slanke ikke-røykende kvinnene som kommer best ut, med de laveste dødsratene. Men økningen i dødelighet er

meget moderat helt opp til en relativ kroppsvekt på 27. Herfra stiger risikokurven betydelig brattere. For å oppnå en relativ kroppsvekt på nærmere 27 må kvinnen på 160 cm somnevnt nesten opp i 69 kg, og da anser kanskje både hun og omgivelsene at hun har litt å gå på. For øvrig gjaldtrisikookningen med økende vekt både for kreftsykdommer og hjerte- og karsykdommer.

Er jojo-slanking farlig?

Men hva hender om man forsøker å slanke seg? Er risikookningen reversibel, eller er det bedre å bli stabil på denvekt man har kommet frem til? Øker sykdomsrisikoen ved store og plutselige vektendringer? Undersøkelsen blantamerikanere av japansk opprinnelse gir indikasjoner på at store fluktuasjoner i kroppsvekten er ugunstige (2). Mendette gjaldt bare for røykere og folk som allerede er syke. Her fulgte man 6537 menn i 14,5 år, og selv om resultatene ikke er direkte sammenliknbare med kvinnenenes, kan man slå fast at dødsratene for menn begynte å stige fra en relativkroppsvekt på ca. 23. Men først ved 26,2 blir stigningen brattere. Det tilsvarer at en mann på 180 cm veier 84,8 kg. Men vekttap eller -stigning betyr mindre enn det absolutte nivået ved undersøkelsens begynnelse, så fremt man altså ikke er røyker, og vekttap eller økning ligger innenfor 4,5 kg. Dette er funn som støttes av et større oversiktsarbeid fra National Task Force on the prevention and treatment of obesity fra 1994 (4). Spesielt det siste arbeidet presiserer at faren ved større vektsvingninger, såkalt jojo-slanking med stadige vektendringer opp og ned, har vært overdrevet i tidligere studier. Bl.a. har det vært hevdet at tendens til sentral, abdominal fettansamling, altså den maskulinevarianten med ølimage, skulle være mer uttalt hos dem som stadig var i vektmessige svingninger, men dette ser ikke ut til å være tilfelle.

Er bruken av lavkaloriprodukter farlig?

Slankekurer av ulike slag er ikke noe spesielt for vår tid. Vi vet bl.a. at Alexander Kielland spekte sitt mer enn 130 kg tunge legeme ved diverse kuropphold, selv om resultatene kanskje ikke var så oppløftende. I dag har vilavkaloriprodukter (1675-3350 kJ/d eller 400-800 kcal/d) som reklamerer med at du kan kvitte deg med 10-16 kg på fire uker. Er dette farlig?

Epidemiologiske undersøkelser av den typen jeg har nevnt tidligere, gir ikke svar på et slikt spørsmål selv om lavkaloriprodukter har vært på markedet i flere tiår. Men kasuistikker fra 1970- og 1980-tallet antyder at minst 58 dødsfall kunne knyttes til slike dietter, hvorav seks dødsfall var blant slankere på Cambridge-dietten (5-7). Hva er situasjonen i dag med nyere lavkaloriprodukter som inneholder essensielle næringsstoffer og høykvalitetsproteiner? De er etter all sannsynlighet sikrere å bruke enn de tidligere produktene, men ukritisk anvendelse kan fortsatt føre til fatale komplikasjoner. Først når man er 30% eller 18 kg overvekt mener amerikanerne at det er indikasjon for slikbehandling, og da skal pasienten være psykisk stabil, ikke ha kreft, eller tegn til nyre- eller leverskade, hjerterytmeforstyrrelse, insulinkrevende

diabetes, nylig gjennomgått hjerteinfarkt eller hjerneslag (8). Bare dennelisten over indikasjoner og kontraindikasjoner skulle tilsi at vektreduksjonsmidlene ble reseptbelagt slik Statens ernæringsråd har foreslått. De over 250000 norske familier (hvorav mange unge) som bruker slankepulver i dag bør rådestil å kontrollere vekten ved fysisk aktivitet og et fornuftig kosthold (9). Slankepulver er for lettvin. Med dagens åletynne ideal samt utbredte røykevaner kan man lett komme over i risikozonen for undervekt, og bidra til den J-formede sammenhengen mellom relativ kroppsvekt og dødelighet. Grensen for når overvekt blir et helseproblem ligger høyt over det som dessverre er blitt tidens oppfatning av den ideelle kropp. Men samtidig kan man ikke lukke øynene for at overvekt er et økende folkehelseproblem i vår del av verden. I Sverige publiserer Läkartidningen nå en serie artikler om Fetma - en folksjukdom, som tar for seg både epidemiologiske, fysiologiske og profylaktiske sider ved dette problemområdet (10). Kunnskap som er like relevant på vår side av Kjølen, selv om vi alle er klar over at overvekt som folkehelseproblem må løses på gammeldags vis med kostholdsending, økt fysisk aktivitet, og kanskje en langt større oppmerksomhet rettet mot fosterets ernæringsforhold slik Barker har antydnet (11).

Dag S. Thelle

LITTERATUR

1. Manson JA, Willett WC, Meir J, Stampfer MJ, Colditz GA, Hunter DJ et al. Body weight and mortality among women. *N Engl J Med* 1995; 333: 677-85.
2. Iribarren C, Sharp DS, Burchfiel CM, Petrovitch H. Association of weight loss and weight fluctuations with mortality among Japanese American men. *N Engl J Med* 1995; 333: 686-92.
3. Bjørneboe G-EA, Drevon CA, Norum KR. *Mat og medisin*. Oslo: Universitetsforlaget, 1994.
4. The National Task Force on the prevention and treatment of obesity. Weight cycling. *JAMA* 1994; 272: 1196-202.
5. Van Itallie TB. Liquid protein mayhem. *JAMA* 1978; 240: 140-1.
6. Wadden TA, Stunkard AJ, Brownell KD, Van Itallie TB. The Cambridge diet: more mayhem? *JAMA* 1983; 250: 2833-4.
7. Sours HE, Frattali VP, Brand CD, Feldman RA, Forbes AL, Swanson RC, Paris AL. Sudden death associated with very-low-calorie weight reduction regimens. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 453-61.
8. Wadden TA, Van Itallie TB, Blackburn GL. Responsible and irresponsible use of very-low-calorie diets in the treatment of obesity. *JAMA* 1990; 263: 83-5.
9. Pressemelding om bruk av lavkaloriprodukter. Oslo: Statens ernæringsråd, 1995.
10. Rössner S. Fetma - en folksjukdom. *Läkartidningen* 1996; 93: 19-22.
11. Barker DJP. *Mother, babies and disease in later life*. London: BMJ Publishing Group, 1994.

Publisert: 10. februar 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

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