



# Barneovervekt er en samfunnssykdom

---

## LEDER

BENTE BRANNSEETHER

bente.brannsether.ellingsen@sus.no

Bente Brannsether er ph.d., spesialist i barnesykdommer og overlege ved Barne- og ungdomsklinikken, Stavanger universitetssjukehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## Behandlingen må rettes mot samfunnet, ikke det enkelte barnet.

Overvekt har de siste 30 årene bredt seg som en epidemi over store deler av verden (1). Prevalensen hos norske barn ligger på 13–18 %, med noe aldersvariasjon (2). Med økende alvorlig overvekt hos barn har man sett en økning i assosierte kardiometabolske tilstander, hormonforstyrrelser og skjelettplager (3). Alvorlig overvekt kan følge med inn i voksen alder og øke risikoen for tidlige komplikasjoner, redusert helse og livskvalitet (4). Psykososiale utfordringer som redusert selvtillit, begrenset sosial omgang, reduserte skoleprestasjoner og systematisk diskriminering, er assosiert med alvorlig overvekt (5) og kan påvirke barnets fremtid og evne til å kunne forsørge seg selv.

Etablert alvorlig overvekt er vanskelig å behandle. Selv kvalifisert tverrfaglig individrettet livsstilsintervensjon har ofte minimal effekt (6, 7). Intervensjoner kan i for stor grad være avhengig av barnets motivasjon og selvkontroll. Selvkontroll er vanskelig for alle barn, og ekstra vanskelig når miljøet rundt barnet er vekt fremmende. Min erfaring fra poliklinikken er at mange av ungdommene med alvorlig overvekt har så mange andre sosiale og psykiske utfordringer at de rett og slett ikke har krefter til den ekstra innsatsen en slik selvkontroll forutsetter. Hva som kom først og sist i rekken av utfordringer, vet man heller ikke alltid.

*«Overvekt hos barn er en samfunnssykdom som speiler vår felles livsstil, der politiske beslutninger innenfor helse, skole, transport, matvareproduksjon og distribusjon har stor betydning»*

Samfunnet, og ikke minst politikerne, bør vise større interesse for overvekt hos barn. Dette er ikke et individuelt anliggende, men en samfunnssykdom med stort skadepotensial – en samfunnssykdom som speiler vår felles livsstil, der politiske beslutninger innenfor helse, skole, transport, matvareproduksjon og distribusjon har stor betydning.

Rapporter fra bl.a. Australia har vist at intervensjonsprogram som ikke primært var individrettet, ga lovende resultater. Intervensjonen rettet seg mot mindre samfunn og skoler, og resultatet var redusert prevalens av overvekt hos barn i intervensjonsgruppen, men effekten vedvarte i senere kohorter av barn i samme område. Interessant nok fant man også effekter i nærliggende kommuner. Det blir diskutert om slike intervensjoner kan ha en form for «smitteeffekt» (8). Andre har funnet at intervensjonsprogram via skoler, med tiltak rettet både mot diett og fysisk aktivitet, viste de beste resultatene (9). Når forebyggende intervensjon retter seg mot større grupper, vil barn som lider av alvorlig overvekt kunne få drahjelp fra alle de andre som deltar. Det gir mindre belastende fokus på enkeltindividet.

Verdens helseorganisasjon fastslår at overvekt og fedme hos barn kan forebygges gjennom helsefremmende tiltak bl.a. i nærmiljøet og via barnehager og skoler. I en rapport fra The Commission on Ending Childhood Obesity er det beskrevet hvordan dette kan gjøres (10). Tiltakene er inndelt i seks sentrale områder som tar for seg ulike aspekter som fysisk aktivitet, ernæring og vektkontroll fra prekonsepsjon/svangerskap til sen barndom. Jeg vil oppfordre alle politiske partier til å sette seg inn i denne. Den handler om nær sagt alle sider av våre liv og vår samfunnsstruktur.

Våren 2020 viste både myndigheter og befolkningen stor vilje til å gjøre inngripende tiltak for å begrense en pandemi. Er myndighetene villige til å ta tilsvarende grep for å hindre overvektsepidemien blant barn – og er vi villige til en felles innsats som kan innebære forandringer i den enkeltes hverdag? Barneovervekt er en samfunnssykdom som krever snarlige og omfattende tiltak.

---

## LITTERATUR

1. Di Cesare M, Soric M, Bovet P et al. The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. *BMC Med* 2019; 17: 212. [PubMed][CrossRef]
2. Júlíusson PB, Eide GE, Roelants M et al. Overweight and obesity in Norwegian children: prevalence and socio-demographic risk factors. *Acta Paediatr* 2010; 99: 900–5. [PubMed][CrossRef]
3. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes* 2009; 33 (suppl 1): S60–5. [PubMed][CrossRef]
4. Wright CM, Emmett PM, Ness AR et al. Tracking of obesity and body fatness through mid-childhood. *Arch Dis Child* 2010; 95: 612–7. [PubMed][CrossRef]
5. Rankin J, Matthews L, Cogley S et al. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. *Adolesc Health Med Ther* 2016; 7: 125–46. [PubMed][CrossRef]
6. Mead E, Brown T, Rees K et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD012651. [PubMed][CrossRef]
7. Al-Khudairy L, Loveman E, Colquitt JL et al. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese adolescents aged 12 to 17 years. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD012691. [PubMed][CrossRef]
8. Swinburn B, Malakellis M, Moodie M et al. Large reductions in child overweight and obesity in intervention and comparison communities 3 years after a community project. *Pediatr Obes* 2014; 9: 455–62. [PubMed][CrossRef]
9. Bleich SN, Vercammen KA, Zatz LY et al. Interventions to prevent global childhood overweight and obesity: a systematic review. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2018; 6: 332–46. [PubMed][CrossRef]
10. Commission on Ending Childhood Obesity. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity: implementation plan. Genève: World Health Organization, 2017. <https://www.who.int/end-childhood-obesity/publications/echo-plan-executive-summary/en/> Lest 22.10.2020.

---

Publisert: 9. november 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0848

Mottatt 20.10.2020, godkjent 22.10.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2022. Lastet ned fra tidsskriftet.no 17. august 2022.