



# Overvekt – livsstil eller mangel på livssjanser?

---

## LEDER

INGRID SØRDAL FØLLING

ingfoll@gmail.com

Ingrid Sørdal Følling er ph.d. og forsker ved Regionalt Senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs hospital. Artikkelen er basert på ph.d.-prøveforelesningen *Begrepet livsstil – til nytte og besvær for pasienter og folk flest*.

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

---

## Et ensidig fokus på livsstil kan forsterke sosiale ulikheter i helse.

Begrepet *livsstil* ble først tatt i bruk av den tyske sosiologen Max Weber (1864–1920), som forsket på ulike forbrukergrupper (1). Begrepet besto av to deler. Den første delen var *livssjanser* (Lebenschancen). Livssjanser betegnet hvor stor mulighet individet hadde til å oppnå sine mål gitt visse faktorer som den enkelte i liten grad kunne påvirke. Disse faktorene var tilgang til ressurser, både materielle (mat, klær og ly) og immaterielle (utdanning og helsevesen). Livssjanser var altså ganske overlappende med det vi i dag omtaler som sosioøkonomisk status. Den andre delen av begrepet var *livsførsel* (Lebensführung) som handlet om valg og selvdireksjon i en persons adferd. I oversettelsen av Webers verk *Class, Status, Party* fra tysk til angloamerikansk forsvant livssjanser fra den opprinnelige meningen med begrepet livsstil, noe som er blitt kritisert i ettertid.

Av selvpnevnte eksperter og profesjonelle aktører blir man opplyst om hvordan man kan gå ned i vekt med riktig livsstil. Å tematisere livsstil har en mørk side som kan føre til økende negativ helsepåvirkning. Mange vil føle at de kommer til kort. I en amerikansk studie fant man at kun 11 % av befolkningen fylte kriteriene for en sunn livsstil, og de som kom dårligst ut, var personer med lavere sosioøkonomisk status (2).

Å være normalvektig, fysisk aktiv og ikke-røyker med et sunt kosthold og et moderat inntak av alkohol er godt for helsen. Ifølge en metaanalyse ville tilstedeværelse av fire av disse fem faktorene redusere risikoen for død med 66 % i en 13-årsperiode (3). Men måten man lever på, korrelerer med sosioøkonomisk status (4), og personer med lavere sosioøkonomisk status har høyere prevalens av overvekt og fedme (5). Når tiltak og anbefalinger kun rettes mot trening og kosthold, kan dette være med på å forsterke sosial ulikhet i helse. Når det settes i gang treningstilbud og kostholdskurs, fanger det opp de som allerede er opptatt av trening og kosthold, mens de som trenger det mest, ikke deltar (6).

*«At overvekt og fedme bare handler om personlig viljestyrke, er en feiloppfatning, som i verste fall kan bli en ekstra belastning for dem det gjelder»*

Sosiale og psykiske faktorer, slik som kronisk stress, negative barndomsopplevelser og emosjonell overbelastning, er også assosiert med overvekt og fedme (7). Jo flere negative opplevelser, desto høyere sykkelighet i voksen alder (8). Samfunnets holdninger til personer med fedme gjør at mange kjenner skamfølelse (9). *Livsstil*, slik begrepet brukes i dag, innebærer et personlig ansvar for vektproblematikk. Dette kan forsterke skamfølelsen (10), som blir en respons på stadige påminnelser om at man mislykkes i å leve opp til samfunnets standard for trening og kosthold. En internalisering av holdninger og skamfølelse kan bidra til usunne mestringsstrategier. Det igjen kan føre til mer overvekt og fedme.

At overvekt og fedme bare handler om personlig viljestyrke, er en feiloppfatning, som i verste fall kan bli en ekstra belastning for dem det gjelder. Årsakene til overvekt og fedme er sammensatte. Genetiske og epigenetiske systemer inngår i et komplekst samspill med miljøpåvirkning, levekår og et sosialt rammeverk som bestemmer atferd (11). Livssjanser bør få tilbake sin rolle i begrepet livsstil. I møte med pasienter med overvekt og fedme er det viktig å ta livshistorier og tidligere erfaringer med i betraktningen, ikke kun frekvens og kvantitet av kalorier og trening. For å bekjempe vektøkningen i befolkningen bør tiltak rettes mot sosiale strukturer, på arenaer som treffer alle, uavhengig av sosioøkonomisk status – og helst så tidlig i livet som mulig. Fokus på livsstil har ikke ført frem. Nå må vi bedre livssjansene.

---

## LITTERATUR

1. Weber M. Class, status, party. I: Girth HH, Mills CW, red. From Max Weber: Essays in sociology. New York, NY: Oxford University, 1946: 180–95. [https://www.soc.duke.edu/~jmoody77/TheoryNotes/Weber\\_CSP.htm](https://www.soc.duke.edu/~jmoody77/TheoryNotes/Weber_CSP.htm) Lest 2,5.2017.
2. Schuit AJ, van Loon AJ, Tijhuis M et al. Clustering of lifestyle risk factors in a general adult population. *Prev Med* 2002; 35: 219–24. [PubMed][CrossRef]
3. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *Prev Med* 2012; 55: 163–70. [PubMed][CrossRef]
4. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099–104. [PubMed][CrossRef]
5. Volaco A, Cavalcanti AM, Filho RP et al. Socioeconomic status: The missing link between obesity and diabetes mellitus? *Curr Diabetes Rev* 2018; 14: 321–6. [PubMed][CrossRef]
6. Powroznik KM. Healthism and weight-based discrimination. The unintended consequences of health promotion in the workplace. *Work Occup* 2017; 44: 139–70. [CrossRef]
7. Hemmingsson E, Johansson K, Reynisdottir S. Effects of childhood abuse on adult obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 2014; 15: 882–93. [PubMed][CrossRef]
8. Fellitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. I: Lanius RA, Vermetten E, Pain C, red. *The hidden epidemic: The impact of early life trauma on health and disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009: 77–87.
9. Puhl R, Suh Y. Health consequences of weight stigma: Implications for obesity prevention and treatment. *Curr Obes Rep* 2015; 4: 182–90. [PubMed][CrossRef]
10. Brownell KD, Kersh R, Ludwig DS et al. Personal responsibility and obesity: a constructive approach to a controversial issue. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 379–87. [PubMed][CrossRef]
11. Racette SB, Deusinger SS, Deusinger RH. Obesity: overview of prevalence, etiology, and treatment. *Phys Ther* 2003; 83: 276–88. [PubMed][CrossRef]

