

Sosiale og biologiske prosesser i fedme og vektregulering hos barn: Et kritisk blikk på «det kompetente barnet»¹

Ellen Margrete Iveland Ersfjord

I denne artikkelen skal jeg gi et kritisk blikk på «det kompetente barnet» hva gjelder sosiale og biologiske prosesser i fedme og vektregulering hos barn. Innledningsvis presenteres biologiske og sosiale årsaker til utvikling av fedme, og hvorfor disse ikke kan forstås som separate prosesser. Vi skal deretter se hvordan forståelsen av «det kompetente barnet» innen pediatrik fedmebehandling påvirkes av kulturelle forståelser av barn, barndom, «familie» og barns helse, og at barn i dag ikke får optimal innsikt i sin lidelse og behandling. Dette fører til at barn med fedme både forstås, og antagelig forstår seg selv, som ikke-kompetente i forhold til sin lidelse.

Om fedme og forekomsten av fedme

Fedme kan anses som en relativt ny livsstilssykdom (Ersfjord 2018a), og er en tilstand som anses å gi helsemessige konsekvenser. Individuer med fedme sies å ha større risiko for å utvikle hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2 og visse typer kreft i voksen alder (Folkehelseinstituttet 2017a). Det var først for rundt tretti år siden at fedme ble klassifisert som en medisinsk tilstand innen vestlig biomedisin (Moffat 2010). I 1997 advarte Verdens helseorganisasjon (WHO) for første gang mot det de kalte en «fedmeepidemi» i en av sine rapporter (Sanden 2016). Året 1997 kan derfor anses som det året hvor begrepet «fedmeepidemi» ble lansert, og i etterkant av dette har fedme blitt ansett som et globalt problem av epidemiske proporsjoner (ibid.: 1). På oppmodning fra WHO om at land måtte sette i gang forebyggende tiltak mot den kommende epidemien, utarbeidet Statens

råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF) rapporten *Vekt-Helse* i år 2000 (Sanden 2016). Det ble imidlertid ikke igangsatt noe behandling for fedme i regi av spesialisthelsetjenesten i Norge før i 2005. Dette året fikk alle Norges helseregioner i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å etablere regionale behandlingstilbud til pasienter som slet med helseproblemer på grunn av fedme. Først utviklet man tilbud til voksne, deretter til barn (Ersfjord 2016).

Hva gjelder forekomsten av personer med fedme i verden, lider mer enn 1,9 milliarder mennesker av overvekt eller fedme i dag (WHO 2018). 650 millioner av disse har fedme (ibid.). Antall individer med fedme i verden har tredoblet seg siden 1975 (ibid.). Den samme utviklingen ser vi i Norge, hvor de siste tallene fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag viser at 60–70 prosent av den voksne befolkning over 20 år lider av overvekt eller fedme (NRK 2018). Hva gjelder barn, viser Folkehelseinstituttets målinger av tredjeklassinger at i gjennom-

snitt 17 prosent jenter og 13 prosent gutter har overvekt, og at 2,3 prosent gutter lider av fedme, mens 3 prosent jenter lider av fedme (Folkehelseinstituttet 2016).

Biologiske faktorer involvert i utviklingen av fedme

Hva er så de biologiske faktorene involvert når et individ utvikler fedme? Bortsett fra genetikk, som gjør at vi mennesker er ulikt disponert for å legge på oss og utvikle fedme, er det ikke sterke bevis for at biologien alene gjør at barn utvikler fedme (Sahoo m.fl. 2015). Det skjer imidlertid biologiske *prosesser* i kroppen når mennesker får en høy vekt, og dette potensialet er vi født med fra naturens side (Dijk m.fl. 2015). Blant annet er det et gensett i kroppen som skrur seg på og som gjør at kroppen «misforstår», noe som påvirker menneskers appetittregulering på negativt vis (Reynolds m.fl. 2018). Dette kalles for «epigenetikk», som vil si at det ikke er genene som har endret seg, men at *genuttrykket* har endret seg (Herrera m.fl. 2011). Man får da lavere ghrelin plasmakonsentrasjon, som er et sulthormon (Dickson m.fl. 2011). Dette hormonet påvirker våre metthetsfølelsehormoner etter et måltid, noe som gjør at personer med fedme føler seg *mindre* mette etter et måltid, og også at de må *spise mer* for å føle seg mette (Melhorn m.fl. 2018). Personer med fedme utvikler også en konstant lavgradig betennelsestilstand i kroppen som kan føre til kardiovaskulære sykdommer, psoriasis, depresjon, kreft, nyresykdommer, type 2-diabetes, metabolske abnormaliteter og slag (Mohammed m.fl. 2017). På en måte kan man si at kroppen misforstår og tror den er i en slags hunger-situasjon. Slike reaksjoner er beskrevet som kroppens kompensatoriske mekanismer (Speakman 2013). I et evolu-

sjonært perspektiv har slike mekanismer blitt forklart som at de eksisterer for å sikre individets og artens overlevelse i perioder med sult (ibid.). Når kroppen utvikler fedme, slår altså evolusjonen tilbake på oss på negativt vis.

Endringene i kroppen og i kontrollsystemet til appetitten er imidlertid en *konsekvens* av, og ikke en årsak til, utvikling av fedme (Redman m.fl. 2009). Siden endringene er varige, vil mange som ønsker å gå ned i vekt i praksis måtte kjempe mot egen biologi for å gå ned i vekt (Lean og Malkova 2016). Blant annet reduseres hvilestoffskiftet, noe som gjør kroppen mer energieffektiv (Melby m.fl. 2017). For eksempel – dersom en person som er like høy som meg (1,65 centimeter) klarer å slanke seg 40 kg og ned til min vekt på 62 kilo, kan den personen bare spise rundt 1600 kalorier per dag for å holde samme vekt som min, mens jeg kan fortsette å spise mine 2200 kalorier. Fedme kan derfor anses som en kronisk tilstand (WHO 2014; Sumithran og Proietto 2016), og for mange vil det å opprettholde vekt tap være et livslangt prosjekt. Mens vektøkning hos pasienter tidligere ble forstått som uttrykk for manglende motivasjon og svak viljestyrke, gjør innsikt i biologien vår at vi forstår at dette er langt mer komplekst. Selv om inaktivitet og overspising er *del* av problemet, er det altså ikke *hele* problemet. Forskning tyder på at barn har samme type motreguleringer som voksne (Jürimäe og Jürimäe 2013).

Sosiale og biologiske faktorer involvert i utviklingen av fedme

Innen biomedisin anerkjenner man at det ikke bare er biologiske prosesser alene involvert i utviklingen av fedme hos individet og verdens befolkning, men at også sosiale prosesser spiller en viktig rolle. I Fore-

sight-rapporten (2007), som er utarbeidet av eksperter og akademikere sammen med regjeringsdepartementer for å informere politiske beslutningstakere i England, har man forsøkt å avdekke alle faktorer som er involvert i utviklingen av fedme. Rapporten viser at utviklingen av fedme påvirkes både av genetisk disposisjon (eller «potensial») og miljøet individet befinner seg innenfor. Årsaken til at genuttrykket endrer seg er at vi lever i et obesogent samfunn, som vil si et samfunn som fremmer overvekt og fedme (Lake og Townshend 2006). I et slikt fedmefremmende miljø får man raskt en ubalanse mellom energi inn og energi ut, noe som gjør at kroppen akkumulerer for mye fett. I løpet av de siste tiårene har vi hatt store økologiske endringer i forhold til hvilken mat vi spiser, yrkeslivet har endret seg til å bli mye mer stillesittende og vi bor generelt i et samfunn som tilrettelegger for fysisk inaktivitet (Mæhlum 2011). Foresight-rapporten viser nettopp hvordan vårt fysiske aktivitetsnivå er avhengig av hvordan samfunnet tilrettelegger for fysisk aktivitet, hvordan en persons matinntak er påvirket av den faktiske matproduksjonen i samfunnet man bor i, og hvordan et individs individuelle psykologi i forhold til matinntak og fysisk aktivitet påvirkes av kulturelle forestillinger i samfunnet om for eksempel mat, fysisk aktivitet og kropp (Foresight 2007). Det er altså en dynamikk mellom arv og miljø som gjør mennesker sårbare for utvikling av fedme, og biologiske og sosiale prosesser kan ikke forstås som to separate ting. Det er sosiale faktorer i miljøet som bidrar til at genuttrykket i befolkningen endrer seg. De som ikke utvikler overvekt eller fedme i et obesogent samfunn har enten et heldig genetisk utgangspunkt, eller overvåker vekten sin ved å justere sitt matinntak og fysiske aktivitetsnivå. Det er også disse biologiske og sosiale prosessene som kan

forklare hvorfor det er så vanskelig å gå ned i vekt og vedlikeholde vekttap.

Stigma

I forhold til hvordan kulturelle og sosiale prosesser kan spille en rolle i både utviklingen og vedlikeholdelsen av fedme, er det viktig å nevne stigma mot personer med overvekt og fedme. Stigma kan føre til faktiske biologiske endringer i kroppen. En studie fra USA har vist at mer enn 40 prosent voksne med fedme opplever vektstigma på daglig basis (Sutin m.fl. 2015), og en studie fra 2015 viste at personer med fedme som følte seg diskriminert hadde *kortere forventet levealder* enn de som ikke følte seg stigmatiserte (Sutin m.fl. 2015). Disse funnene kan tyde på at stigmaet assosiert med å ha fedme kan være mer skadelig enn det å faktisk ha fedme (Hobbess 2018). En ironisk tvist er i tillegg at stigma og vektbias får en til å spise mer (Tomiyama m.fl. 2014). Årsaken er stresshormonet kortison, som er et hormon som slår inn hos mennesker når man føler seg «truert» eller stresset. Dette hormonet øker et individs appetitt og gjør at maten smaker bedre. I tillegg reduserer det ens vilje til å trene eller være i fysisk aktivitet (ibid.). Sosiale og kulturelle prosesser som stigma mot individer med overvekt og fedme i befolkningen, kan altså påvirke et individs biologiske prosesser.

- På en måte kan man si at kroppen misforstår og tror den er i en slags hungersituasjon.

Barn med fedme blir også utsatt for høy grad av stigma. Forskning har vist at fedme har alvorlige konsekvenser for barns psykiske helse (Folkehelseinstituttet 2008). En studie gjennomført i USA har vist at barn med sterk fedme har like dårlig livskvalitet

som barn som er diagnostisert med kreft og går på cellegift (Schwimmer m.fl. 2003). En annen studie fra USA hvor barn ble bedt om å rangere bilder av barn de helst ville leke med, kom barn med fedme sist, til og med etter barn med store funksjonshemninger (Latner og Stunkard 2003). Også i min forskning fra barn med fedme og deres familier som deltok i langvarig rehabilitering i regi av den norske helsetjenesten, fant jeg at de fleste barna var utsatt for høy grad av stigma i sine daglige liv. Flere fortalte meg at de ikke hadde venner og at de aldri hadde hatt en bestevenn. Barna delte forferdelige historier om mobbing, både av fysisk og psykisk art (Ersfjord 2018a).

Pediatrik fedmebehandling og «familiebaserte tilnærminger»

En av konklusjonene i mitt doktorgradsarbeid var at barna tok til seg ny kunnskap om sin tilstand fedme og om kosthold og fysisk aktivitet, og begynte å bruke dette aktivt for å mestre sin tilstand (Ersfjord 2018b). Dette var imidlertid ikke intensjonen, fordi behandlingen var rettet mot foreldrene, og ikke mot barna. Det var foreldrene som fikk klasserombasert undervisning i kosthold og fysisk aktivitet, samt gruppebasert veiledning fra rehabiliteringsteamet, mens barna stort sett deltok på fysiske aktiviteter arrangert av rehabiliteringsteamet. Det vil si at det var *foreldrene* som ble ansett som både ansvarlige for, og kompetente til, å gjøre livsstilsendringene. Likevel snappet barna opp rehabiliteringsteamets budskaper om kroppen, mat og fysisk aktivitet fordi dette var en del av teamets dagligdagse jobbspråk, og de utviklet både forklaringsmodeller for hvorfor de hadde utviklet fedme, og mestringsstrategier basert på disse. Et problem var imidlertid at barna ikke fikk nok innsikt i den komplekse

tilstanden som fedme er, siden det var foreldrene som var mål for behandlingen. Mestringsstrategier til barna var derfor basert på en noe forenklet forklaringsmodell om at de hadde utviklet fedme på grunn av for høyt energiinntak og for lite energiuttak (Ersfjord 2018b). De biologiske prosessene som skjer i kroppen når man utvikler fedme eller hva som skjer med kroppen når man reduserer sitt energiinntak, hadde de ikke innsikt i.

Å forsøke å påvirke barns vektrelaterte atferd gjennom *foreldrene* lik det ble gjort i den medisinske studien jeg gjorde forskning i, anses som gullstandarden for pediatrik fedmebehandling, også internasjonalt, og omtales som «familiebaserte tilnærminger» (Skelton m.fl. 2012). I denne tilnærmingen ligger det en innbakt forestilling om at dersom *foreldrene* klarer å endre livsstil, så vil barna også endre livsstil (ibid.). I min doktorgradsavhandling beskriver jeg hvordan dette kan forstås som en behavioristisk forståelsesmodell av familie, hvor barn ikke anses som aktører i en families livsstilsendringsprosess. Familien forstås altså ikke som et system bestående av flere individer med agens hvor deres handlinger er gjensidig forbundet med hverandre. Dette synet på familie gjenspeiler ikke den mer «moderne» forståelse av familie som man finner innen sosiologien, hvor «familie» i stedet forstås som et system av personer som er gjensidig avhengige av hverandre og kan påvirke hverandre på forskjellig vis (Skelton m.fl. 2012). Hvilke konsekvenser får så dette for forståelsen/forståelser av «det kompetente barnet» i pediatrik fedmebehandling?

Fedme og vektregulering hos barn: Et kritisk blikk på «det kompetente barnet»

For å svare på hvordan «det kompetente barnet» forstås i pediatrik fedmebehandling, må man først undersøke hvordan dette begrepet forstås innen den sosiale barne- og barndomssosiologien. Det kompetente barnet er en velkjent, og også om diskutert, betegnelse innen vår fagretning (Brembeck m.fl. 2008). Ideen om det kompetente barnet har vært på agendaen siden tidlig 1980-1990-tallet (ibid.). Barndomssosiologien i seg selv kom som en reaksjon på utviklingspsykologiens og andre samfunnsvitenskapelige tilnærminger til barn som var opptatt av mer systematiske studier av barns utvikling og sosialiseringprosesser (Nilsen 2003; Prout og James 1997). På denne tiden var forestillingen om barns naturlige og universelle utvikling sterk, ikke bare innenfor academia, men også blant folk generelt (Jenks 1992). Barn ble på denne tiden forstått som «human becomings» – at barn var uferdige, ukomplette og inkompetente, og at de en gang skulle bli voksne, som ble ansett som modne, kompetente og rasjonelle (Ersfjord 2018a). Syn på barn som «human becomings» fant man innen utviklingspsykologien i for eksempel Piaget sin teori om hvordan barn har en kognitiv utvikling som går igjennom ulike stadier relatert til barns alder og biologiske utvikling (Jenks 1992). Man fant det også i sosiologiske sosialiseringsteorier – altså at barn passivt internaliserer samfunnets verdier og regler gjennom sosialisering (Jenks 1992, Johansen 2009). Som en reaksjon på denne «naturaliseringen» av barn, introduserte den sosiale barne- og barndomssosiologien et sosialkonstruktivistisk rammeverk for å forstå barn og barndom (James og Prout 1990; Montgomery 2003;

Prout og James 1997). Det vil si at man forstår forestillinger om barn og barndom som produkter av ulike verdenssyn, og at man forsøker å beskrive hvordan barn og barndom forstås gjennom å analysere barn og barndom som sosiale konstruksjoner (Brady m.fl. 2015; Montgomery 2003). Barndomssosiologer kjennetegnes også ved at de er opptatte av å forstå barn som *aktive* i konstruksjonen av sine sosiale liv, livene til dem rundt og samfunnet de lever i (Prout og James 1997). Av dette følger at man ikke skal forstå barn som passive subjekter av sosiale strukturer og prosesser som omgir dem (ibid.). Ved at barn blir ilagt egenskapen agens, blir altså ikke kultur primært ansett som en overføring fra voksne til barn, men i stedet som en prosess av kontinuerlig konstruksjon av mening som både barn og voksne deltar i (Brembeck m.fl. 2008). For å si det på en annen måte: I stedet for å forstå barn som «human becomings» – og dermed også barn som avhengige og med behov for beskyttelse – blir barn forstått som «beings» og at de tar del i samfunnet på samme termer som voksne (ibid.). Det vil si at også barn, i likhet med voksne, kan være «kompetente» (ibid.). Barndomssosiologen Alderson (1992: 123) har foreslått denne definisjonen av kompetanse: «Competence is more than a skill, it is a way of relating and can be understood more clearly when each child's inner qualities are seen within a network of relationships and cultural influences.» Alderson ser altså barns kompetanse innenfor et nettverk av mellommenneskelige relasjoner, og hun tar også høyde for et barns omgivelser og omliggende kultur.

Fremveksten av forestillingen om det kompetente barnet har forbindelser med endringene i sosiale konstruksjoner, altså endringer i forståelser, av barn og barndom. Det har vært store samfunnsendringer som har påvirket synet på barn og barndom de

siste to hundre og femti årene, som for eksempel demografiske endringer ved at det blir født færre barn enn tidligere, den industrielle revolusjonen, stor økonomisk vekst, obligatorisk skolegang for barn, nye sosiale reformer og fremveksten av ideologien om familien som viktigste påvirkning på barns utvikling (James m.fl. 1998; Lee 2001; Qvortrup 2002). Samtidig har det også vokst frem profesjoner forbundet med barn som for eksempel pediatri (Ersfjord 2012; Qvortrup 2002; Lee 2001). Til sammen har alle disse skapt en form for samfunnsfabrikk som har separert barn fra voksenverdenen (Qvortrup 2002).

Fremveksten av forestillingen om det kompetente barnet må knyttes til fremveksten av forestillingen om individualisme og liberalisme i Vesten, altså ideen om individuell frihet og at individer har selvstendig verdi (Brembeck m.fl. 2008). Særlig kan forestillingen om det kompetente barnet knyttes til fremveksten av demokratiske verdier og barns rettigheter (ibid.). Internasjonale rettighetsdiskurser slik som Barnekonvensjonen har påvirket måten barn blir forstått, både når det gjelder ideer om «det naturlige og uskyldige barnet», men også hva gjelder barns kvaliteter som kompetanse, autonomi og rasjonalitet (Kjørholt m.fl. 2005). Barnekonvensjonen sier at barn både har rett på beskyttelse og rett til å bli hørt (ibid.). Disse prinsippene er også synlig i den sosiale barne- og barndomsforskningen, som nettopp har anerkjent at barn ikke kan forstås som enten kompetente eller inkompetente (ibid.). I stedet bør man forstå barns handlinger og atferd som innviklet i og ikke mulig å separere fra kontekst (ibid.). En slik forståelse vektlegger et mer relasjonelt perspektiv, hvor både barn og voksne forstås som ikke-statiske og at de kan bytte mellom posisjoner av kontekst-bundet kompetanse og inkompetanse (ibid.).

Hvordan blir så det kompetente barnet forstått innen pediatrien som barnemedisinsk vitenskap? På et overordnet plan, kan man si at det eksisterer tre retninger eller syn man kan analysere ut fra: Det konservative, det liberale og det pragmatiske synet (Kelly m.fl. 2012). I det konservative synet på barn er man opptatt av å verne barn, og hevder at barn er sårbare og maktesløse og at de har behov for beskyttelse fra voksne som «vet bedre» enn barn (ibid.). I dette synet forstås barn som «inkompetente» og som «human becomings». Dette synet på barn fant man for eksempel innenfor tradisjonell utviklingspsykologi og sosiologiens sosialiseringsteorier nevnt innledningsvis. Jeg vil også hevde at dagens pediatriske fedmebehandling, som bruker familiebaserte tilnærminger og fokuserer på å behandle foreldrene, men ikke barna, kan plasseres innenfor dette synet.

Innen det liberale synet finner man barneliberister som hevder at å ikke inkludere barn i medisinsk behandling kan øke barns hjelpeløshet (Kelly m.fl. 2012). Barneliberister anser barn som «kompetente». Det kan nevnes at også forskere som jobber med barnehelse innen den sosiale barne- og barndomsforskningen på mange måter kan plasseres her, i hvert fall forskere som har vært opptatte av å ikke fremstille barn som inkompetente i forhold til egen helse (se for eksempel Bluebond-Langner 1978, Brady 2014, Gabe m.fl. 2002, Mogensen og Mason 2015). Årsaken ligger i fagets tradisjon med å fokusere på barnas verdener (Gallacher og Gallacher 2008) og forstå barn som sosiale konstruksjoner og med agens og medvirkning i sine egne liv (James m.fl. 2009). Det er imidlertid ikke slik at det liberale synet på barn ikke eksisterer innenfor pediatrien som sådan. For å nevne noen eksempler har barn som har foreldre med psykiske lidelser begynt å anses som

viktige agenter som pårørende for sine foreldre de senere årene (NAPHA 2014). Også barn som er født med diabetes 1 får mye innsikt i sin egen tilstand og behandling fra svært ung alder (Alderson m.fl. 2003).

Det pragmatiske synet kan forstås som en balanse mellom det konservative og det liberale synet, ved å hevde at barn både har behov for beskyttelse samtidig som de bør involveres i bestemmelser i den grad det er mulig for det individuelle barnet (Kelly m.fl. 2012). Barn forstås her som både kompetente og inkompetente, og et underliggende syn kan vel sies å være å se både barn og voksne som «human becomings» lik barndomsforskeren Nick Lee sin definisjon. Han mener at alle mennesker bør forstås som «human becomings» og ikke som «human beings» (Lee 2001). Dette er et syn som foreslår at alle mennesker utøver agens gjennom skapelsen av nettverk av sosiale assosiasjoner og meninger (ibid.), lik Aldersons (1992) definisjon av det kompetente barnet, som forstår barnet i lys av nettverket og kulturen de befinner seg innenfor. Alle mennesker, også barn, blir da agenter med en iboende mulighet til å handle mot konvensjoner for så å bringe endring (ibid.). Barndomsforskere som jobber med barns helse befinner seg også innenfor dette synet, og da kanskje særlig forskere som er opptatt av å studere relasjoner mellom voksne og barn i helsemøter.

Konsekvenser av det konservative synet på barn i familiebasert omsorg i pediatrik fedmebehandling

Vi har nå etablert at barnet innen pediatrik fedmebehandling, altså hva gjelder behandlingsmetodene som brukes, kan lokaliseres innen det konservative synet på barn, hvor et underliggende syn er å anse

barn som sårbare og maktesløse og at de har behov for beskyttelse fra voksne. Dette er synlig i hvordan behandlingen av tilstanden vanligvis foregår. I dag er anbefalt behandling for barn med overvekt og fedme å identifisere «konkrete» og «oppnåelige» livsstilsendringer for familien (Fauske og Øia 2003). Det er helsepersonell og familien som sammen definerer mål for livsstilsendringen, og man setter stadig nye mål i løpet av hele behandlingen (Jåtun 2012). Slike mål omhandler spisevaner, interesser, aktiviteter og sosiale vaner (ibid.). Fokuset ligger i høy grad på å spise sunt og øke barnets fysiske aktivitetsnivå (ibid.). Rollen til helsepersonell sies å være støttende og rådgivende, og å styrke pasientens og familiens følelse av selvværd og kompetanse (ibid.). Samtidig er det uttalt at livsstilsendring er veldig avhengig av foreldrenes motivasjon og støtte for å kunne ha suksess, slik at den mest vanlige tilnærmingen i dag er å hjelpe foreldrene til å hjelpe barnet (Øen 2012).

- Barn ble generelt ansett som kompetente dersom de var enige med helsepersonellet, men inkompetente dersom de motsatte seg behandling.

I behandling av barnefedme, er det i Norge ifølge metodelitteraturen ofte vanlig å ikke ha barnet til stede når man snakker om barnets vekt (Jåtun 2012). Årsaken blir beskrevet å være at barn har behov for beskyttelse fra diskurser om kropp og vekt, og også fra å høre hva foreldrene sier om barnets vekt (ibid.). Antagelsen er at dersom det er et for stort fokus på barnets vekt, kan dette føre til et verre selvbilde for barna, som igjen kan føre til spiseforstyrrelser (ibid.). Dette er en interessant argumentasjon fordi forskning på barn som mottar fedmebehandling viser at dette ikke er tilfelle (Butryn og Wadden

2005). Forskning viser i stedet at pediatrik fedmebehandling assosieres med økt selvfølelse og redusert depresjon for barn med fedme, og også at de får positive endringer i sin spiseatferd (Rimke m.fl. 2011, Knöepfli m.fl. 2008, Braet og Winckel 2000). Hvorfor finner vi da likevel det konservative synet på barn innen pediatrik fedmebehandling, samtidig som forskning viser at barn ofte kan bli ansett som kompetente i medisinsk behandling i andre sammenhenger?

- Siden det er foreldre som primært behandles innen pediatrik fedmebehandling, får ikke barn med fedme nok kunnskap om sin tilstand til å kunne utvikle kunnskapsbaserte mestringsstrategier.

Den første forklaringen ligger i hvordan barns rettigheter vanskelig lar seg promotere eller overholde i det som omtales som «familiebasert omsorg». I denne påstanden har jeg vært inspirert blant annet av en litteraturgjennomgang gjennomført av Kelly m.fl. (2012) om hvordan barns rettigheter er konstruert innenfor såkalt familiesentrert omsorg i akutte pediatrik omsorgssituasjoner. Selv om denne artikkelen ikke handler om pediatrik fedmebehandling per se, så er den likevel relevant fordi man også innenfor pediatrik fedmebehandling bruker familiebaserte tilnærminger. I litteraturgjennomgangen peker forfatterne på en særlig utfordring innenfor pediatrik familiesentrert omsorg, nemlig hvordan man i medisinsk behandling skal handle ut fra *barns beste interesser* i henhold til barnekonvensjonens artikkel 3, samtidig som man skal opprettholde å høre på barn, som er artikkel 12. Artikkel 12 er optatt av at barnet har rett til å uttrykke sitt syn fritt der barnet er i stand til å danne

et synspunkt, mens artikkel 3 handler mer om hvordan voksne skal handle ut fra barnets beste. Forfatterne peker på at problemet med artikkel 12 er hvordan barns rett til å danne et synspunkt i høyeste grad er avhengig av voksnes vurderinger, slik at artikkelens status som rettighet er usikker. Barn ble generelt ansett som kompetente dersom de var enige med helsepersonellet, men inkompetente dersom de motsatte seg behandling. Implisitt betyr dette at barn som motsetter seg behandling ikke blir ansett å inneha den kunnskapen de trenger for å ta «det riktige valget» i forhold til egen behandling, eller at de ikke er «modne» nok til å forstå konsekvensene av sine valg, slik at voksne kan overstyre barns ønsker (Kelly m.fl. 2012).

I sin litteraturgjennomgang (Kelly m.fl. 2012) fant forfatterne også at det eksisterte lite forskning på hvorvidt barn faktisk var involvert i bestemmelsestaking i medisinsk behandling innen familiebasert omsorg. Det var imidlertid mer vanlig at barn ble involvert i såkalte «soft choices», som for eksempel hva slags mat de ville spise eller lekaktiviteter de ønsket å delta i mens de var på sykehus. Barns deltagelse i medisinske beslutninger var også undervurdert i familiebasert omsorg. Her bygger forfatterne blant annet på innsikter fra den sosiale barne- og barndomsforskningen, som har vist at barn så unge som fire år er i stand til å forstå prinsippene og anbefalte standarder for å kontrollere sin type 1-diabetes. Litteraturgjennomgangen viste også at barn med kroniske sykdommer eller tilstander har et høyere kompetansenivå om sin tilstand i sammenlikning med friske barn. De konkluderer derfor med at et barns fysiske utvikling og alder derfor ikke nødvendigvis korrelerer med et barns kompetansenivå. De fant også at barns kompetanse kan endre seg i ulike kontekster, i tid, og også

når man gjennomfører kompetansevurderingen av dem. Dette tyder på at barns *erfaringer* kan påvirke barns kompetanse mer enn deres alder og evner (Kelly m.fl. 2012).

Familiebasert omsorg per se gjør det altså vanskelig å promotere eller overholde barns rettigheter i medisinske møter, og det er særlig tre spenningsområder som pekes på: For det første er det slik at når foreldre vektlegges høyest i behandlingen, kan det føre til at barnet blir objektivt og til og med marginalisert (Kelly m.fl. 2012). Dette er tydelig også innenfor pediatrik fedmebehandling, hvor man prøver å hjelpe barna gjennom å hjelpe foreldrene til å endre livsstil. For det andre: Dersom barnet har et begrenset antall mestringsstrategier, reduserer dette barns kapasitet for autonomi (Kelly m.fl. 2012). Siden det er foreldre som primært behandles innen pediatrik fedmebehandling, får ikke barn med fedme nok kunnskap om sin tilstand til å kunne utvikle kunnskapsbaserte mestringsstrategier. Derfor vil som regel heller ikke barna fremstå som «kompetente» i pediatrik fedmebehandling. Det siste spenningsområdet følger av de to andre: Siden barnet ikke forstås som en agent i familiens livsstilsendringsprosess, vil foreldrenes ord som regel alltid veie høyest dersom barnet motsetter seg behandling (Kelly m.fl. 2012). Ansvar for å opprettholde behandlingsmålene anses som sagt å ligge hos foreldrene i pediatrik fedmebehandling, og ikke hos barnet.

Hvis vi ser mer detaljert på barns rettigheter i barnekonvensjonen som vedrører barns helse, er det også flere årsaker til hvorfor barn ikke forstås som kompetente aktører i familiens livsstilsendringsprosess innen pediatrik fedmebehandling. Barnekonvensjonen sier at barn har rett til informasjon om sin helsetilstand sin, sine rettigheter, behandlinger og så vi-

dere i en form som de forstår (Helsenorge.no 2018). Vi har allerede etablert at barn ikke får særlig innsikt i sin helsetilstand innen pediatrik fedmebehandling ved at de vanligvis ikke blir forklart de biologiske prosessene som skjer i kroppen når man utvikler fedme. Barn har også rett til å si sin mening og bli hørt uavhengig av deres alder (Helsenorge.no 2018), men som sagt eksisterer det en forestilling i pediatrik fedmebehandling om at man for eksempel skal «skåne» barn for samtaler som vedrører deres vekt. Siden jeg tidligere har gjort observasjoner av polikliniske konsultasjoner på sykehus, vet jeg at helsepersonell ofte blir enige med både foreldre og barnet om behandlingsmål. Slik sett har barnet en mulighet til medbestemmelse i egen behandling, men har lite kunnskap om *hvorfor* man skal oppnå behandlingsmålene. Ifølge barnekonvensjonen skal barn ha rett til å være med å bestemme sitt eget helsetilbud (Helsenorge.no 2018). Det vil si at de skal bli tatt med på råd (ibid.). I tillegg skal barnas ønske om å ha foreldre til stede under behandling som regel godtas (ibid.). Hva gjelder dette punktet, blir barn som sagt av og til utelatt fra polikliniske samtaler i pediatrik fedmebehandling. Siden man bruker familiebaserte tilnærminger i pediatrik fedmebehandling, er det imidlertid svært sjelden at foreldre ikke deltar i den polikliniske samtalen, men så vidt jeg vet ønsker litt eldre barn av og til å ha konsultasjon uten at foreldrene til stede, noe som blir respektert. Ifølge Barnekonvensjonen har barn også rett til informert samtykke (Helsenorge.no 2018). Dette betyr at barn skal ha fått nok informasjon om sin helsetilstand og hva behandlingen går ut på til at de kan gjøre et valg og gi tillatelse til behandling (ibid.). Her svikter man ofte barn som deltar i pediatrik fedmebehandling, i og med at barn som regel ikke får innsikt

i sin helsetilstand og hvorfor de skal gjennomgå behandling. Et eksempel er hvordan barn ikke får innsikt i hva en eventuell kalori-restriksjon vil gjøre med deres biologiske kropp i form av motreguleringer mot vektnedgang.

Det fraværende kompetente barnet

Så hvordan forstås «det kompetente barnet» i pediatrik fedmebehandling? På generelt basis kan man si at det er ganske fraværende. Pediatrien bør ta innover seg problemene forbundet med familiebaserte tilnærminger, som fører til at barns rettigheter til å bli informert om sin tilstand ikke oppfylles. Dette fører til at barna ikke får god nok forståelse for hva behandlingen går ut på, og de blir heller ikke hørt og innlemmet i behandlingen slik barnekonvensjonen oppfordrer til. En konsekvens av manglende innsikt i sin tilstand er at barna heller ikke vil klare å mestre sin lidelse på en optimal måte, fordi barna både vil oppleves, og antagelig oppleve seg selv, som ikke-kompetente i forhold til sin lidelse.

Innen fedmebehandling generelt, er det en tendens til å fokusere på individet i høy grad, men når det er barn involvert, blir foreldrene ansvarliggjort for å overholde behandlingsmål. Hvis man imidlertid ser på utfordringsbildet med utvikling av overvekt og fedme i befolkningen, har jeg gjennom i artikkelen forsøkt å vise hvordan fedme er et resultat av både sosiale og biologiske prosesser, og også faktorer som ligger utenfor familien som enhet. Årsaken til at et individs genuttrykk skrur seg på og kroppen iverksetter motreguleringer mot vektnedgang ligger i biologien vår som et potensial, men årsakene til utvikling av fedme ligger i vårt obesogene samfunn. Det er også de samme årsakene som gjør at det er svært

vanskelig for et barn å oppnå en gunstiger vektutvikling. Å være et såkalt «kompetent» barn innenfor disse rammene hva gjelder fedme og vektregulering, vil være svært vanskelig, og særlig med tanke på de biologiske motreguleringene barnet må jobbe mot. Et kompetent, informert barn i pediatrik fedmebehandling bør få innsikt i både biologiske og sosiale årsaker til fedmeutvikling, og også hvor vanskelig det er å oppnå en gunstiger vektutvikling.

Pediatrik fedmebehandling bør også trykke til sitt bryst at behandling for lidelsen faktisk fører til økt selvfølelse og redusert depresjon for barn med fedme, og også at de får positive endringer i sin spiseatferd (Rimke m.fl. 2011, Knöepfli m.fl. 2008, Braet og Winckel 2000). Min forskning tyder på det samme – at behandlingen ga barna et bedre kroppsbilde og bedre selvfølelse. Måten pediatrik fedmebehandling velger å ikke innlemme barn i behandlingen, er altså ikke tuftet på faktisk kunnskap, ved å si at barn skal skjermes fra diskurser som omhandler deres vekt. Som sagt er pediatrik fedmebehandling gjennomsyret av et konservativt syn på barns helse gjennom å være opptatt av å verne barn, begrunnet i at barn kan utvikle dårlig selvbilde og spiseforstyrrelser dersom de innlemmes i behandlingen. Siden forskning tyder på at dette ikke er tilfelle, men i stedet handler om tatt-for-gitte forestillinger, kan man spørre seg om holdningene til barn med fedme i stedet skyldes kulturelle forestillinger om barn og barndom og at *stigmaet* mot personer med fedme er nedfelt i den medisinske behandlingen. Hvis dette er tilfelle, risikerer man i stedet å underbygge barns følelse av skyld og skam over den situasjonen man har havnet i.

Behandler vi de(t) vi skal?

Avslutningsvis ønsker jeg å stille spørsmålet om vi egentlig behandler det vi skal når det gjelder overvekt og fedme. Fra rundt 1600-1900-tallet drepte skjærbuk cirka to millioner sjømenn. Dette var flere mennesker enn de som ble drept i krigføring, skipsforlis og syfilis til sammen i samme periode (Hobbes 2018). Skjærbuk skyldes mangelen på vitamin-C og utvikles på grunn av ensidig kost, og sykdommen fører til blødninger, oppsvulmet og blodig tannkjøtt, dårlig appetitt, vekttap og tretthet (Lie 2008). For å si det litt forenklet: Kroppen råtner innenfra, og medfører død dersom den ikke blir behandlet. Et paradoks er at i nesten hele denne trehundre år lange perioden, hadde man kunnskap om hvordan forebygge sykdommen, men man feilet i å implementere kunnskapen (Hobbes 2018). Allerede på 1600-tallet ga noen sjøkapteiner sitroner, lime og appelsiner til sjømenn, fordi de trodde at en daglig dose citrusfrukter kunne avverge skjærbuk – noe som viste seg å fungere (ibid.). I 1747 utførte en britisk lege ved navn James Lind et forsøk hvor han ga en gruppe sjømenn som hadde utviklet symptomer på skjærbuk sitruskiver, mens andre mottok sider, svovelsyre, sjøvann, eddik eller muskat (Bjordal m.fl. 2008). Resultatene kunne ikke vært klarere:

De i mannskapet som spiste citrusfrukter, forbedret seg så raskt at de kunne hjelpe de andre som var syke (Hobbes 2018). Lind publiserte sine funn, men døde før noen implementerte resultatene, noe som tok nesten femti år (ibid.). Dette er ikke et enestående eksempel (ibid.). Sikkerhetsbelter ble oppfunnet lenge før bilen, men ble ikke obligatorisk i biler før på 1960-tallet i USA (ibid.), og først i 1971 i Norge. Den første bekreftede dødsårsaken fra å ha vært eksponert for asbest ble registrert i 1906, men i USA begynte man ikke å forby asbest før i 1973 (Hobbes 2018), i år 1977 i Norge. Dette er folkehelsens lodd (Hobbes 2018). Uansett hvor viktig en folkehelseutfordring er, må folkehelse konkurrere med tradisjoner, kulturelle forestillinger og økonomiske incitament som eksisterer i samfunnet som skal implementere folkehelsekunnskapen (ibid.). Hva gjelder overvekt og fedme, konkurrerer slik kunnskap med forestillingen om at fedme er individets problem, og at vi skal ha frihet til å kjøpe og spise den maten vi vil, noe matindustrien også har økonomisk interesse av. Selv om vi i dag vet hva som vil fungere, nemlig å gjøre endringer i miljøet for å fjerne obesogen risiko i samfunnet, så gjør vi det ikke. Kanskje er det samfunnet, og ikke individer, vi i stedet burde behandle.

Note

¹ Dette er en lett bearbejdet versjon av prøveforelesningen Sosiale og biologiske prosesser i fedme og vektregulering hos barn: Et kritisk blikk på «det kompetente barnet». Prøveforelesningen ble avholdt i forbindelse med min disputas på Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU, den 05.10.18. Sammendrag av avhandlingen «Fra «å være feit» til «å lide av fedme: en etnografisk studie av barn i langvarig rehabilitering av fedme» presenteres i dette nummeret av *Barn*. Se egen spalte.

Referanser

Alderson, P. 1992. In the genes or in the stars? Children's competence to consent. *Journal of medical ethics* 18: 119–124.

- Alderson, P., Sutcliffe, K. og Curtis, K. 2003. Children as partners with adults in their medical care. *Archives of Disease in Childhood* 91(4): 300–303.
- Bjordal, J., Klovning, A. og Slørdal, L. 2008. Evaluering av medisinsk behandling: Hva vet vi, og hvordan bør kunnskapen håndteres? *Norsk epidemiologi* 18(2): 137–146.
- Bluebond-Langner, M. 1978. *The Private Worlds of Dying Children*. New Jersey: Princeton University Press.
- Brady, G. 2014. Children and ADHD: seeking control within the constraints of diagnosis. *Children and Society* 28: 218–230.
- Brady, G., Lowe, P. og Lauritzen, S. 2015. Connecting a sociology of childhood perspective with the study of child health, illness and wellbeing: introduction. *Sociology of Health and Illness* 37(2): 173–183.
- Braet, C. og Winckel, M. 2000. Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese children. *Behaviour Therapy* 31(1): 55–74.
- Brembeck, H., Johansson, B. og Kampmann, J. 2008. Introduction. I: Brembeck, H, Johansson, B. og Kampmann, J., red. *Beyond the Competent Child. Exploring Contemporary Childhoods in the Nordic Welfare Societies*. Roskilde University press, 1st e-book edition.
- Butryn, M. og Wadden, T. 2005. Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders* 37(4): 285–293.
- Dickson, S., Egecioglu, E., Landgren, S., Skibicka, K., Engel, J. og Jerlhag, E. 2011. The role of the central ghrelin system in reward from food and chemical drugs. *Molecular and Cellular Endocrinology* 340(1): 80–87.
- Dijk, S., Tellam, R., Morrison, J., Muhlhauser, B. og Molloy, P. 2015. Recent developments in the role of epigenetics in obesity and metabolic disease. *Clinical Epigenetics* 7(66): 1–13.
- Ersfjord, E. 2012. Pediatrisens konstruksjoner av barn og barndom. I: Tjora, A., red. *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ersfjord, E. 2016. Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon – Virksomhetsrapport 2005–2014. Trondheim: Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon.
- Ersfjord, E. 2018a. *Fra «å være feit» til «å lide av fedme»: en etnografisk studie av barn i langvarig rehabilitering for fedme*. Avhandling for graden philosophia doctor. Institutt for pedagogikk og livslang læring, Norsk senter for barneforskning, NTNU.
- Ersfjord, E. 2018b. «Look mommy, I'm eating the plate model!» Biopedagogies and coping with obesity through objectification. *Sociology of Health and Illness* 40(5): 793–806.
- Fauske, H. og Øia, T. 2003. *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Folkehelseinstituttet. 2008. *Helsetilstanden i Norge: Overvekt og fedme*. <http://www.fhi.no/artikler/?id=84303> [nedlastet 30.01.12].
- Folkehelseinstituttet. 2016. *Stabil andel barn med overvekt og fedme*. <https://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/funn/stabil-andel-barn-med-overvekt-og-fedme/> [nedlastet 25.10.18].
- Foresight. 2007. *Foresight. Tackling obesities: future choices – project report*. London: The Stationery Office.
- Gabe, J., Bury, M. og Ramsay, R. 2002. Living with asthma: The experiences of young people at home and at school. *Social Science & Medicine* 55(9): 1619–1633.
- Gallacher, L. og Gallacher, M. 2008. Methodological immaturity in childhood research? *Childhood* 15(4): 499–516.

- Helsenorge.no. 2018. *Helserettigheter for barn og unge*. <https://helsenorge.no/rettigheter/helserettigheter-for-barn-og-unge> (nedlastet 251018)
- Herrera, B., Keildson, S. og Lindgren, C. 2011. Genetics and epigenetics of obesity. *Maturitas* 69(1): 41–49.
- Hobbes, M. 2018. *Everything You Know About Obesity is Wrong*. Huffpost. <https://highline.huffingtonpost.com/articles/en/everything-you-know-about-obesity-is-wrong/> (nedlastet 01.05.18)
- James, A. og Prout, A. 1990. *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London: Falmer Press.
- James, A., Jenks, C. og Prout, A. 1998. *Theorizing Childhood*. Cambridge: Polity Press.
- James, A., Kjørholt, A. og Tingstad, V. 2009. Introduction: Children, food and identity in everyday life. I: James, A., Kjørholt, A. og Tingstad, V., red. *Children, Food and Identity in Everyday Life*. London: Palgrave Macmillan: 1–12.
- Jenks, C. 1992. *The Sociology of Childhood: Essential Readings*. Brookfield, Vt: Gregg Revivals
- Johansen, V. 2009. Teoriperspektiver på barndom og betydningen av sosiale strukturer. *Barn* (1): 1-17.
- Jürimäe, J. og Jürimäe, T. 2013. Grehlin response to acute exercise and training. Kapittel 12. I: Constatini N og Hackney A. red. *Endocrinology of Physical Activity and Sport: Second Edition*. Series: Contemporary Endocrinology. Totawa, NJ.: Humana Press: 207–220.
- Jåtun, B. M. 2012. Utredning og behandling av fedme hos barn og unge. I: G. Øen, red. *Overvekt hos barn og unge – forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kelly, M., Jones, S., Wilson, V. og Lewis, P. 2012. How children's rights are constructed in family-centred care: A review of literature. *Journal of Child Health Care* 16(2): 190–205.
- Kjørholt, A., Moss, P. og Clark, A. 2005. Beyond listening: future prospects. I: Clark A, Kjørholt A og Moss P, red. *Beyond Listening: Children's Perspectives on Early Childhood Services*. Bristol: Policy Press: 175–187.
- Knöpfl, B.H., Radtke, T., Lehmann, M., Schätzle, B., m.fl. 2008. Effects of a multidisciplinary inpatient intervention on body composition, aerobic fitness, and quality of life in severely obese girls and boys. *Journal of Adolescent Health* 42(2): 119–127.
- Lake, A. og Townshend, T. 2006. Obesogenic environments: exploring the built and food environments. *Journal for Royal Society for Public Health* 126(6): 262–267.
- Latner, J. og Stunkard, A. 2003. Getting worse: The stigmatization of obese children. *Obesity* 11(3): 452–456.
- Lean, M. og Malkova, D. 2016. Altered gut and adipose tissue hormones in overweight and obese individuals: cause or consequence? *International Journal of Obesity* 40(4): 622–632.
- Lee, N. 2001. *Childhood and Society: Growing up in an Age of Uncertainty*. Buckingham: Open University Press.
- Lie, A. 2008. En sykdom af mange skikkelser: noen glimt fra skjørbukens historie. *Michael* 5: 197–205.
- Melby, C., Paris, H., Foright, R. og Peth, J. 2017. Attenuating the biologic drive for weight regain following weight loss: Must what goes down always go back up? *Nutrients* 9(5): pii: E468.
- Melhorn, S., Askren, M., Chung, W., Kratz, M., Bosch, T., Tyagi, V., Webb M., De Leon, M., Grabowski, T., Leibel, R. og Schur, E. 2018. FTO genotype impacts food intake and corticolimbic activation. *American Journal of Clinical Nutrition* 107(2): 145–154.
- Mogensen, L. og Mason, J. 2015. The meaning of a label for teenagers negotiating identity: experiences with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness* 37(2): 255–269.

- Mohammed, S., Ismail, P., Huzwah, K., Asmah, R. og Abed, Y. 2017. Obesity and inflammation: the linking mechanisms and complications. *Archives of Medical Science* 13(4): 851–863.
- Montgomery, H. 2003. A scientific approach. I: Woodhead, M. og Montgomery, H., red. *Understanding Childhood. An Interdisciplinary Approach*. UK: Wiley The Open University.
- Mæhlum, S. 2011. Overvekt og fedme. I: Øverby, N., Torstveit, M. og Høigaard, R, red. *Folkehelsearbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- NAPHA. 2014. *Barn som pårørende*. http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=326759&a=2 (nedlastet 25.10.18)
- Nilsen, R. 2003. Barn og kvinner, barndom og kjønn. En barneforskers blikk på to forskningsfelt. *Kvinneforskning* 3: 94–115.
- NRK. 2018. *Nå er 7 av 10 nordmenn overvektige*. <https://www.nrk.no/trondelag/fedmeproblem-i-norge-70-prosent-av-folket-er-overvektige-1.14244273> (nedlastet 22.10.18)
- Prout, A. og James, A. 1997. A new paradigm for the sociology of childhood? Provenance, promise and problems. I: James, A. og Prout, A. red. *Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood*. London and New York: RoutledgeFalmer.
- Qvortrup, J. 2002. Sociology of childhood: Conceptual liberation of children. I: Mouritsen, F og Qvortrup, J. red. *Childhood and Children's Culture*. Odense: University Press of Southern Denmark.
- Redman, L., Heilbronn, L., Martin, C., de Jonge, L., Williamson, D., Delany, J., Ravussin E. og Pennington CALERIE Team. 2009. Metabolic and behavioral compensations in response to caloric restriction: implications for the maintenance of weight loss. *PLoS One* 4(2): e4377.
- Reynolds, C., O'Sullivan, J., Segovia, S. og Vickers, M. 2018. Early-life nutrition, Epigenetics, and altered energy balance later in life. Kap 10. I: Moskalev, A. og Vaiserman, A., red. *Epigenetics of Aging and Longevity*. Academic Press: Kiev, Ukraine.
- Rimke, C., Huisman, S., Houdijk, M. og Wit, J. 2011. The effect of family-based multidisciplinary cognitive behavioral treatment on health-related quality of life in childhood obesity. *Quality of Life Research* 21(9): 587–594.
- Sahoo, K., Sahoo, B., Ashok, K., Nighat, Y., Raman, K. og Ajeet, S. 2015. Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 4(2): 187–192.
- Sanden, C. 2016. *Kampen mot fedmeepidemien. Framstillingar av fedme i norske aviser frå 1980-2015*. Masteroppgave i historie. Institutt for arkeologi, historie, kultur- og religionsvitenskap. Universitetet i Bergen.
- Schwimmer, J., Burwinkle, T. og James, W. 2003. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *The Journal of the American Medical Association* 298(14): 1813–1819.
- Skelton J., Buehler C., Irby M. og Grzywacz J. 2012. Where are family theories in family-based obesity treatment?: conceptualizing the study of families in pediatric weight management. *International Journal of Obesity* 36: 891–900.
- Speakman, J. 2013. Evolutionary perspectives on the obesity epidemic: Adaptive, maladaptive, and neutral viewpoints. *Annual Review of Nutrition* 33: 289–317.
- Sumithran, P. og Proietto, J. 2016. Maintaining weight loss: an ongoing challenge. *Currently Obesity Reports* 5(4): 383–385.
- Sutin, A., Stephan, Y. og Terraciano, A. 2015. Weight discrimination and risk of mortality. *Psychological Science* 26(11): 1803–1811.

- Tomiyama, A., Epel, E., McClatchey, T., Poelke, G., Kemeny, M., McCoy, S. og Daubenmier, J. 2014. Associations of weight stigma with cortisol and oxidative stress independent of adiposity. *Health Psychology* 33(8): 862–867.
- WHO. 2018. *Fact sheet: Obesity and overweight*. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (nedlastet 01.05.18)
- WHO. 2014. *Obesity and overweight* (Fact sheet N° 311) www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en. (nedlastet 29.10.18)
- Øen, G. 2012. Fedmeproblematikkens utfordringer. I: G. Øen, red. *Overvekt hos barn og unge: forstå, forebygge, behandle og fremme helse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ellen Margrete Iveland Ersfjord er utdannet sosialantropolog ved NTNU og jobber for tiden som forsker på Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital/Helse Midt-Norge. Hennes interessefelt er medisinsk antropologi og barndomssosiologi, og hun har forsket mye på tematikken barnefedme. Blant publikasjonene hennes er: Ersfjord, E. 2018. Look mommy, I'm eating the plate model!" Biopedagogies and coping with obesity through objectification. *Sociology of Health and Illness*; Ersfjord, E. 2018. Taking children's humor seriously: A study of humor in children diagnosed with obesity and the medicalization of body weight. *Childhood*.

Ellen Margrete Iveland Ersfjord, Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon, St. Olavs Hospital/Helse MidtNorge, Prinsesse Kristinas gate 5, NO-7030 Trondheim, Norge.
Email: ellen.ersfjord@gmail.com

Utgever: Norsk senter for barneforskning ved Institutt for pedagogikk og livslang læring, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, NTNU.



Dette er en artikkel med åpen tilgang (open access). Alle artikler i *Barn* publiseres i overensstemmelse med Creative Commons-lisensen CC BY 4.0. Det betyr at alle fritt kan lese, laste ned, kopiere, skrive ut, søke i eller lenke til den fullstendige og ferdig bearbejdede teksten.