

2016



## **Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge**

Tilleggsrapport til rapporten *Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt og fedme*, Folkehelseinstituttet 2016.

Etisk vurdering av behandlingstiltak

**Utgitt av** Folkehelseinstituttet  
avdeling Kunnskapscenteret

**Tittel** Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge: Tilleggsrapport til  
rapporten *Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt og fedme*,  
Folkehelseinstituttet 2016.

**Ansvarlig** Camilla Stoltenberg, direktør

**Forfattere** Bjørn Hofmann, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik og  
Universitetet i Oslo

**ISBN** 978-82-8082-789-0

**Publikasjonstype** Etisk vurdering av behandlingstiltak

**Antall sider** 25

**Sitering** Hofmann, B. Etiske aspekter ved fedmebehandling av barn og unge.  
Tilleggsrapport – 2016. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.

**Forsidebilde** Colourbox.com

---

# Innhold

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| <b>INNHold</b>                 | <b>3</b>  |
| <b>SAMMENDRAG</b>              | <b>4</b>  |
| <b>FORORD</b>                  | <b>5</b>  |
| <b>INNLEDNING</b>              | <b>6</b>  |
| <b>METODE</b>                  | <b>7</b>  |
| <b>RESULTATER OG DISKUSJON</b> | <b>8</b>  |
| <b>REFERANSER</b>              | <b>19</b> |

---

# Sammendrag

Fedmebehandling har en god moralsk målsetting: Å redusere risiko for sykdom og forbedre helse. Samtidig gir også fedmebehandling flere utfordringer. En utfordring er knyttet til å vurdere nytte opp mot skade, når kunnskapen om effekten og skadevirkningene er usikker, særlig når effekten er begrenset. Det gir også utfordringer med å informere om behandlingen slik at man respekterer selvbestemmelsen og oppnår informert samtykke. Fedmebehandling er særlig utfordrende for barn og unge, fordi de selv ikke har full beslutningsevne (samtykke) og fordi foreldrene kan komme i krysspress mellom barnas og egne interesser, samt samfunnets normer. Videre er fedme ulikt fordelt i samfunnet. Det reiser spørsmål om lik tilgang til helsetjenester og rettferdig fordeling av ressurser. Der det forekommer fordommer mot fedme i befolkningen generelt og blant helsepersonell spesielt, reiser det spørsmål om stigmatisering og diskriminering. Valg av KMI som endepunkt gir ikke direkte kunnskap om hvilke følger fedmebehandling har for helsen til personer med overvekt. Dessuten er KMI trolig et dårlig uttrykk for det som barn og unge med overvekt og fedme opplever som problem. I tillegg kan det rette søkelyset mot vekt, og indirekte bidra til kroppsfixering, spiseforstyrrelser og diskriminering av vekt. Selv om fedme er klassifisert som en sykdom, er dette kontroversielt. Det reiser spørsmål om fedmebehandling kan bryte med ikke-skadeprinsippet og det vil kunne bidra til medikalisering av alminnelige livsprosesser. Selv om alle disse utfordringene ikke gjør seg gjeldende for enhver form for fedmebehandling, belyser rapporten en rekke etiske aspekter som kan være viktige for å gjøre gode beslutninger om konkrete former for fedmebehandling av barn og unge. Særlig peker den på at det er viktig å ha de unges perspektiv for øye både når man innfører behandlingsformer og når man vurderer dem.

---

# Forord

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet publiserte i juni 2016 rapporten «Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt og fedme» (12) på oppdrag fra Ålesund sykehus og Oslo universitetssykehus. Denne rapporten var en systematisk oversikt som inkluderte totalt 81 randomiserte, kontrollerte studier av livsstiltak inkludert sammensatte livsstiltak, tiltak for økt fysisk aktivitet samt dietter og kostholdstiltak, medikamentell og kirurgisk behandling. Denne tilleggsrapporten belyser etiske aspekter ved forskjellige tiltak rettet mot barn og unge med overvekt og fedme. Tilleggsrapporten er utarbeidet av Bjørn Hofmann som er professor i medisinsk etikk ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Gjøvik og Universitetet i Oslo.

Signe Flottorp  
*avdelingsdirektør*

Brynjar Fure  
*seksjonsleder*

---

# Innledning

Fedme øker risikoen for en rekke sykdommer hos barn og unge og er ifølge WHO en av de viktigste helsemessige utfordringene i vår tid. Vi har derfor en moralsk plikt til å hjelpe enkeltmennesker og befolkningsgrupper på en best mulig måte slik at de unngår helseutfordringer og får alvorlige sykdommer. Dette gjelder særlig sårbare grupper, som barn og unge, der fedme kan gi alvorlige og langvarige helseproblemer.

På den annen side er det reist en rekke utfordrende spørsmål når det gjelder fedmebehandling generelt og slik behandling for barn og unge spesielt. Fedme er knyttet til kosthold, livsstil og fysisk aktivitet, som tilhører privatlivets sfære. Har vi gode begrunnelser for å gripe inn i folks privatsfære? Er fedme et medisinsk eller er det et sosialt fenomen (1-3)? Er fedmebehandling en medikalisering av alminnelige livsprosesser (4-8) som bryter med helsetjenestens tradisjonelle oppgave (å gjenopprette normal funksjon i organer, funksjoner og prosesser)? Hva er egentlig problemet: Er det gener, metabolisme, tilgangen på sunn mat, manglende fysisk fostring i hjem og skole, uforstandige eller lite ansvarlige foreldre (9), eller er det overdreven fokus på kontroll (10) og utsende i samfunnet? Er moderne fedmebehandlinger egnede tiltak mot fedme eller er de overfladiske løsninger («quick fix») på et dypere problem (11)? Hvem er best egnet til å ivareta barn og unges interesser?

Alle disse spørsmålene springer ut fra etiske utfordringer med fedmebehandling som er viktige å kartlegge for en åpen og transparent drøfting av ulike tiltak mot fedme hos barn og unge. Kunnskapssenterets rapport Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme (12) gir en oversikt over hvilken effekt ulike tiltak har. Formålet med denne rapporten er å synliggjøre hvilke etiske spørsmål og argumenter som gjør seg gjeldende for vurdering av ulike slike tiltak. Hensikten er ikke å vurdere de ulike aspektene og argumentene opp mot hverandre for derved å komme med en konkret anbefaling, men snarere å gjøre klart en slik vurdering og lette arbeidet for beslutningstakere. Det konkrete spørsmålet som denne rapporten søker å besvare er: Hvilke etiske aspekter gjør seg gjeldende ved vurdering av ulike helsetiltak for å behandle fedme hos barn og unge?

---

# Metode

For å besvare dette spørsmålet benytter rapporten seg av en metode som er utviklet av Kunnskapssenteret for å vurdere etiske utfordringer ved helsetiltak (13, 14). Denne består av seks trinn, der man:

1. Identifiser hensikten med tiltaket og beskriv målsettingen med metodevurderingen.
2. Identifiser berørte parter og interessenter:
3. Identifiser relevante moralske spørsmål ut fra en liste og grunngi valget
4. Samler informasjon for å besvare spørsmålene som er valgt ut i punkt 3 ved hjelp av egnede metoder (litteratursøk, høringer, brukermedvirkning).
5. Ordner kunnskapen i egnede tema og analyser disse.
6. Oppsummer og sammenfatter prosessen.

Metoden har vært brukt til å vurdere etiske aspekter ved ulike typer helsetiltak, deriblant fedmebehandling (15), fedmekirurgi (1, 2), bariatrisk kirurgi for type 2 diabetes (16) og fedmekirurgi for barn og unge (17), og dette kapitlet bygger på disse arbeidene. Standard innholdsanalyse av de utvalgte artiklene er brukt for å identifisere og gruppere de etiske aspektene.

---

# Resultater og diskusjon

Hensikten med fedmebehandling er å forebygge sykdommer og styrke individers og befolkningens helse. De som er direkte berørt av de ulike tiltak er først og fremst de aktuelle barna og de unge. I tillegg er foreldre og ulike helsepersonell involvert. Samfunnet er involvert gjennom at det får oppgaver (om å hjelpe) og bærer kostnadene, men også gjennom de holdningene som finnes til overvekt og fedme.

Litteratursøket identifiserte 1177 referanser. Av disse ble 177 identifisert som relevante og analysert i detalj. Artikler som kun nevnte etiske aspekter eller som gjentok aspekter nevnt av andre ble ekskludert. Funnene i innholdsanalysen er gjengitt tematisk nedenfor.

---

## Hvilke etiske aspekter knytter seg til sykdommen og pasientgruppen?

---

Overvekt og fedme er assosiert med lav sosioøkonomisk status, kultur og etnisitet. Det reiser spørsmål om rettferdighet og likhet (se nedenfor).

Fedme gir også større risiko for psykiske symptomer eller psykisk sykdom, som kan gi utfordringer med å forstå sin egen situasjon og behandlingsvalg. Samtidig er fedme knyttet til fordommer og stigmatisering (se nedenfor), som også reiser spørsmål om likhet og rettferdighet ved at personer med fedme kan få dårligere tilgang til helsetjenester.

At fedme kan føre til flere alvorlige sykdommer, er godt dokumentert. Samtidig kan fedme ikke alltid knyttes til organspesifikt negativt funksjonsavvik (selv om fedme kan gi en nedsatt evne til fysiske prestasjoner). Å gjøre personer med høy vekt til pasienter, uten at de føler seg syke eller har følgesykdommer, er derfor utfordrende (18). Fra voksne vet vi at fedmebehandling kan også føre til økt fokus på fedme og øke byrden ved overvekt (19). Det er også påpekt at søkelyset på overvekt og fedme, eksempelvis ved måling og veiing i skolen, i seg selv har en virkning på bevissthet om kropp, spiseforstyrrelser og stigmatisering av personer med overvekt og fedme (20-22).

Overvekt og fedme er også spesielt ved at det reiser spørsmål om hvem som er pasienten: Er det personen med overvekt, er det familien, eller er det samfunnet med sine normer for «normalvekt»? Spisevaner og livsstil opptrer gjerne ikke isolert, men i en sosial kontekst (familier, nærmiljø). Det kan derfor oppstå moralsk utfordrende situa-



sjoner, eksempelvis der man ender opp med å behandle personer (barn) med potensielt skadelige tiltak (som medikamenter og kirurgi) eller irreversible inngrep (som kirurgi) når situasjonen skyldes omsorgssvikt hos andre (foreldrene). Det er altså flere etiske utfordringer knyttet til tilstanden (overvekt og fedme hos barn og unge) som ønskes behandlet. Disse kan forsterkes av den sosiale konteksten, eksempelvis ved stigmatisering.

---

## **Hvilke sosiale og kulturelle aspekter er knyttet til (behandling av) overvekt og fedme hos barn og unge?**

---

Personer med overvekt møter ofte fordommer (23) og diskriminering. Dette er godt dokumentert hos voksne (24-32), men også hos barn og unge (30, 33-37). Stereotypier er utbredt. Eksempelvis at personer med overvekt er late, umotiverte, mindre kompetente, slurvete, og at de mangler selvdisciplin (26, 38-40). Fordommer mot overvekt forekommer også hos helsepersonell (28, 40, 41), som kan være pessimistiske for hvorvidt personer med overvekt klarer å håndtere sin situasjon (42). Det er eksempelvis vist at helsepersonell kan være tilbakeholdende med å henvise til fedmekirurgi (43, 44). Fordommer mot fedme kan gi utslag i ulike muligheter for utdanning (26) og tilgang til helsetjenester (45). Det gir de unge ekstra utfordringer i forming av egen identitet i en sensitiv og sårbar periode av livet. Det reiser også spørsmål om hvorvidt helsefaglige intervensjoner er medisinske løsninger på sosiale problemer (2, 15). Hvis man mediserer eller opererer i barns mager for å behandle (resultater av) sosiale normer eller foreldres fostring, er dette moralsk utfordrende blant annet fordi behandlingen ikke er årsaksrettet. Tilsvarende er det utfordrende dersom man intervensjoner i barns og unges livsstil for å tilpasse dem samfunnets (estetiske) normer.

Overvekt oppfattes ofte av andre som et resultat av egne valg (19, 46, 47) og regnes som et personlig ansvar (48, 49). For barn og unge knyttes det til foreldreansvar. Selv om ansvaret projiseres på foreldrene, føler barn og unge skam og skyld for sin fedme (se nedenfor).

---

## **Hvordan er forholdet mellom nytte og risiko ved fedmebehandling?**

---

Resultatene i rapporten om effekt av tiltak (12) viser at:

- Sammensatte livsstilsintervensjoner kan ha effekt på reduksjon av KMI sammenlignet med ingen tiltak.
- Økt fysisk aktivitet kan trolig gi reduksjon av KMI sammenlignet med ingen tiltak.
- Det er uvisst om dietter med lav glykemisk indeks eller belastning kan redusere KMI z-skår mer enn fettredusert diett og diett med høy glykemisk indeks.
- Medikamentell behandling i tillegg til livsstilstiltak, kan muligens redusere KMI z-skår mer enn placebo hos ungdom med fedme og nedsatt glukosetoleranse, men kan også ha negative bivirkninger, særlig på mage og tarm.

- Kirurgisk behandling har vist effekt på reduksjon i KMI sammenlignet med livsstilsbehandling, men det er fare for komplikasjoner og langtidseffektene er ikke kjent.

Usikkerheten om utbyttet og risikoen for de ulike tiltakene gjør den nytteetiske analysen utfordrende. Sammensatte livsstilsintervensjoner rettet mot familien synes å ha en bedre nytte/risiko-profil enn de andre tiltakene, men de samlede negative konsekvensene av fokus på (behandling av) overvekt er uvisst. Dessuten er den psykologiske tilstanden til personen både før (50) og etter (51) en prediktor for utbyttet av behandlingen.

Det at effekten av de ulike tiltak er forholdsvis lav er også en etisk utfordring (se nedenfor).

---

## Etiske prinsipper

---

Hvordan berøres fedmebehandling av barn og unge av de etiske prinsippene, ikke-skade, respekt for selvbestemmelse og rettferdighet? Velgjørhetsprinsippet er belyst i vurderingen av forholdet mellom nytte og risiko (ovenfor).

### Ikke-skade-prinsippet

I tillegg til intenderte positive konsekvensene, kan livsstilsbehandling også å ha negativ effekt på individ og familie. Dersom tiltaket ikke lykkes, kan det forsterke en følelse av at man har feilet og er mislykket. Tilsvarende kan medisinerings ha negative bieffekter, og fedmekirurgi kan skade et ellers velfungerende organ. I slike tilfeller utfordres ikke-skade-prinsippet (*primum non nocere*). Dersom intervensjonen fører til mer godt enn ondt, vil det kunne argumenteres for at velgjørhetsprinsippet trumfer og at ikke-skade-prinsippet kan tilsidesettes. Men i tilfeller der utbyttet er beskjedent (om velgjørhetsprinsippet er oppfylt) vil bli ikke-skade-prinsippet relevant. Skadepotensialet er vesensforskjellige for de ulike tiltakene og må vurderes nøye for hvert tiltak.

### Selvbestemmelse og samtykke

Fedmebehandling kan gi økt selvbestemmelse og kontroll, eksempelvis ved bedre mestring av kaloriinntak og livsstil, og bedre selvfølelse (52). I sammensatte livsstilsintervensjoner kan selvbestemmelsen fremmes gjennom å fokusere på de endringene familien selv opplever som relevante og nyttige, for eksempel gjennom bruk av motiverende intervju.

På den annen side kan fedmebehandling også begrense selvbestemmelsen, eksempelvis dersom den helsefaglige intervensjon oppfattes som en tvungen atferdsendring.

Tilsvarende kan (pårørendes) ønsker og krav om fedmebehandling være utfordrende, eksempelvis der helsepersonell ikke oppfatter behandlingen som faglig forsvarlig eller hensiktsmessig. Enkelte forlanger medisinsk behandling av barn som ikke har tilleggsymptomer, og litteratursøket for effektvurderingen identifiserte studier om metformin (som brukes i diabetesbehandling) som inkluderte barn uten forhøyet blodsukker (12).

En annen utfordring er at fedmebehandling ofte anbefales hierarkisk: Eksempelvis at man ikke får tilgang til fedmekirurgi før man har prøvd livsstilsbehandling og medikamenter. En slik hierarkisk modell kan oppfattes som en reduksjon av selvbestemmelsen (15).

Samtidig har barn og unge redusert selvbestemmelse (53) slik at autonomien må ivaretas av andre (54). Foreldrene har rett til å samtykke på vegne av personer under 16 år (Pasient- og brukerrettighetsloven §4-4; (55)). Man antar at foreldrene er de som er best i stand til å ivareta barn og unges interesser (56), men det er ikke alltid tilfelle (57). Foreldre kan undervurdere barns overvekt og ikke søke behandling som kan være til barnets beste. På den annen side kan barn og unge ha andre oppfatninger av fedme enn foreldrene (58) og hvilke følger det har for deres liv (59-64). Enkelte foreldre legger større vekt på de negative medisinske og psykososiale følgene av fedme enn de unge. Det kan altså være en fare for at det er foreldrenes interesser (og ikke barnets) som blir avgjørende (55, 65). Dersom foreldrene ikke har vært i stand til å handle til beste for barna og seg selv, kan det reises spørsmål om det er riktig å overlate vurderingen av barnets beste og beslutningen til dem (alene).

For å sikre at selvbestemmelsen respekteres har vi krav om at helsehjelp fordrer *informert samtykke*. Informert samtykke forutsetter 1) at personene har forstått hva tiltaket innebærer, 2) at de er samtykkekompetente og 3) at de velger av egen fri vilje. Forståelse forutsetter at personen og pårørende har fått all relevant informasjon. Dette kan være utfordrende dersom kunnskapen er begrenset (lite eller kortsiktig), usikker (sprikende) eller av lav eller dårlig kvalitet. For fedmekirurgi viser studier at personer som lar seg behandle ikke alltid husker informasjon om potensielle komplikasjoner (66). Mange innhenter informasjon på internett, men den er av varierende kvalitet og innhold (67, 68). Pasienter, foreldre og helsepersonell kan være overdrevent optimistiske (55) og viktig informasjon kan mangle eller være mangelfull (55, 69). Barn og unge kan ha vansker med å forstå og vurdere informasjon på grunn av mentale problemer (61, 62). Både barn og foreldre kan velge inngripende tiltak fordi de er desperate eller redde (55). Slike forhold kan selvsagt også gjøre seg gjeldende for livsstilsbehandling og medikamentell behandling.

Utfordringer med samtykkekompetanse kan skyldes flere forhold. Det er påvist en sammenheng mellom fedme og psykiatriske plager både hos voksne og barn (70-75), og i noen tilfeller mellom fedme og mishandling (76-78). Det kan gjøre det utfordrende å vurdere samtykkekompetanse hos de unge og/eller hos de voksne som samtykker på vegne av barnet (70, 79-88).

Kandidatenes frivillighet kan være redusert som følge av familiemedlemmers ønsker, men også fra venner og fra samfunnet generelt (89, 90).

Alle tre forutsetninger for et gyldig samtykke (forståelse, samtykkekompetanse, frivillighet) kan altså være utfordret ved fedmebehandling og er viktige for vurderingen av

behandling av barn og unge. Det finnes også nyttige sjekklister for å forsikre seg om gyldig samtykke ved behandling av barn og unge (55).

### **Rettferdighet**

Som nevnt innledningsvis, kan personer med overvekt og fedme ha et dårligere sosioøkonomisk utgangspunkt og oftere få alvorlige sykdommer. Det kan derfor argumenteres for at de har ekstra krav på oppmerksomhet. Fedme rammer ulikt i befolkningen, og internasjonalt er det store forskjeller i tilgangen til fedmebehandling. Det kan derfor være en utfordring å gi et rettferdig og likt tilbud til befolkningen også i Norge.

Kirurgisk behandling av fedme hos voksne har blitt utbredt, og man kan derved hevde at også barn bør ha tilgang til samme (effektive) behandling. Unge uten tilleggssykdommer kan også ønske samme behandling som de med tilleggssykdommer, og personer med lavere KMI vil kunne forlange samme behandling som de med høyere KMI ut fra prinsippet om at like tilfeller bør behandles likt.

Her vil det være viktig å vurdere moralsk relevante forskjeller: barn versus voksen, med og uten tilleggssykdom og over og under (sosialt eller vitenskapelig gitte) grenser for KMI. Som nevnt, kan ulik tilgang til helsetjenester som følge av fedme være en utfordring.

---

### **Juridiske utfordringer ved fedmebehandling**

---

I Norge har vi en helserettslig myndighetsalder på 16 år. Barn skal informeres og i økende grad tas med på beslutninger fra 12 år. For fedmekirurgi har man anbefalt en aldersgrense på 18, men ikke for de andre formene for fedmebehandling. Det kan reises spørsmål om ikke også fedmekirurgi bør være tilgjengelig fra 16 år, på samme måte som medikamentell behandling og livsstilsintervensjoner, og hva som begrunner et slikt avvik fra den helserettslige myndighetsalder. Mulige argumenter for differensiering er at det kirurgiske inngrepet er omfattende, irreversibele (for det meste), forebyggende, delvis sosialt begrunnet, at man kan være mer påvirkelig fra ytre press og at risikoen (og langtidsgevinsten) er usikker.

---

### **Retten til privatliv**

---

Spising og fysisk aktivitet hører privatsfæren til. All inngripen i privatsfæren, som ikke er informert og frivillig, vil bryte med den grunnleggende retten til privatliv. Fordi barn har redusert selvbestemmelse, kan det være spesielt utfordrende å vurdere om vektreduserende tiltak er en inngripen i privatsfæren.

---

## Hva er de etiske utfordringene knyttet til de strukturelle endringene som følger av fedmebehandling?

---

Fedmebehandling oppfattes av mange som et sykdomsforebyggende og helsefremmende tiltak. Men det kan også oppfattes annerledes: Fedmebehandling generelt, og kirurgi spesielt, kan oppfattes som *medikalisering* av folks hverdagsliv (91) og noe som forvandler mennesker med «uønsket» atferd til pasienter (18). Enkelte hevder at «fedmeepidemien» handler mer om industrielle, faglige og sosiale interesser enn om reelle helseproblemer (19). Fedmebehandling forsterker en form for kontroll-logikk, som driver og drives av forestillinger om kroppslige behov og manglende vilje (10). Diskusjonen om hvorvidt fedme er en sykdom aktualiserer slike argumenter (se nedenfor).

Fedme har hatt lav prestisje i samfunnet og i helsetjenesten. Helsepersonell har vist de samme fordommer som folk flest (28, 40, 41). Samtidig bryter helsepersonell som viser denne gruppen oppmerksomhet, et uønsket mønster. Helsepersonell har vært mest positive til livsstilsintervensjoner og mer skeptiske til fedmekirurgi (92). Det har vært en betydelig entusiasme for fedmekirurgi for voksne, som ikke alltid har hatt et godt evidensgrunnlag (16, 17, 55). Det vil være utfordrende om dette også gjør seg gjeldende for barn og unge.

Gjennom media og fremstillinger på internett er det skapt store forventninger til enkelte former for fedmebehandling (særlig fedmekirurgi). Selv om mange står frem som svært fornøyde, kan fedmebehandling føre til andre endringer enn forespeilet (89, 90) og også betydelige skuffelser (93). Når fedmebehandling brukes også for å endre fenomener som atferd og identitet (89), avviker det fra helsetjenestens tradisjonelle virkeområde og målsetting. Utvidelse av helsetjenesten til å omfatte andre former for atferd, identitet og kroppsoppfatning (eksempelvis dysmorfofi<sup>1</sup>), kan bli utfordrende.

Personer med overvekt er delvis selv ansvarlige for sin egen helsetilstand. I norsk helsetjeneste har vi tradisjon for at helsehjelp skal gis til trengende uavhengig av egen selvforskyldthet (94). Spørsmål om ansvar og deltakelse kan likevel være relevant eksempelvis når det gjelder kosthold og fysisk aktivitet, samt oppfølging og opptrening etter fedmekirurgi.

Medikamentell behandling søker å kompensere og forhindre uheldig eller uønsket atferd (inntak og forbruk av energi). Kirurgisk fedmebehandling er en kirurgisk modifikasjon av et ellers velfungerende organ, med den hensikt å fremtvinge atferdsendring. I et nytteetisk perspektiv er dette uproblematisk, så lenge man frembringer de ønskede

---

<sup>1</sup> Dysmorfofobi er at man oppfatter (deler av) kroppen som misformet, eksempelvis at man oppfatter ansiktstrekk som misformede. Enkelte personer oppfatter også lemmer (armer eller ben) som fremmede og ønsker å få disse fjernet.

konsekvenser (reduisert sykkelighet og dødelighet, økt kontroll og selvtillit). I et pliktetisk perspektiv kan dette være utfordrende, fordi tiltaket retter seg mot symptomet og ikke årsaken(e).

Fedme oppfattes som en livsstilssykdom og har hatt lav status og prestisje. Medisiner og særlig kirurgi har tradisjonelt høy prestisje (95). Teknologisk fedmebehandling kan derfor bidra til at fedme og dens behandling øker sin prestisje. I den grad prestisje leder til faktiske endringer i prioritering, vil en heving av prestisje kunne føre til en mer rettferdig fordeling av ressurser.

Poenget her er ikke at ulike former for fedmebehandling vil medføre strukturelle endringer av typen medikalisering av folks livsstil eller disiplinering av deres atferd, men at det er viktig å være klar over slike følger når man vurderer og innfører ulike tiltak mot overvekt og fedme hos barn og unge.

---

### **Hvilke interesser er involvert og hvilke etiske utfordringer følger av dette?**

---

Internasjonalt er det godt kjent at det er betydelige økonomiske interesser knyttet til fedmebehandling, særlig til fedmekirurgi (96-98). Industrien er tungt inne ved medikamentell behandling og ved bestemte kirurgiske inngrep (banding). Faglige interesser er involvert i ulike former for fedmebehandling. Dersom dette får følger for prioriteringsbeslutninger, er det etisk utfordrende.

Det er etablert retningslinjer, seleksjonskriterier og anbefalinger for fedmebehandling i en rekke land. Der kriteriene og anbefalingene er konsensusbaserte og bygger på usikkert kunnskapsgrunnlag, er dette utfordrende (99). Det er et moralsk imperativ å gjøre noe for en hjelpetengende og sårbar gruppe, men å gi medikamenter med lite utbytte og med risiko, eller å gjøre vesentlige kirurgiske inngrep uten solid kunnskap, er moralsk utfordrende. (Se nedenfor om kunnskapsmangelens etikk).

---

### **Hva er de etiske utfordringene i metodevurdering av fedmebehandling?**

---

Valg av sammenlignende behandling, endepunkt og tidsperspektiv, samt evidenskrav, er metodiske spørsmål med klare etiske aspekter (100). Å velge KMI som endepunkt er et uttrykk for verdier (99, 101). KMI er i seg selv ikke en sykdom, men et surrogatendepunkt. Det kan sette søkelyset på vekt mer enn symptomer, sykdom og død (harde endepunkter). Dessuten er KMI ikke en opplevd størrelse hos målgruppen. De erfarer ikke sin KMI (direkte).

Velges et kort tidsperspektiv for å undersøke utbytte og risiko, får man helt andre svar på spørsmålet om nytte enn om man velger et lenger perspektiv.

Dessuten er valg av begreper og språkføring verdiladet. Eksempelvis er «konservativ behandling» (som sammenligning) et verdiladet begrep. Det antyder at kirurgi er «radikalt».

---

## Ansvarlighet

---

Fedmebehandling for barn og unge skiller seg fra fedmebehandling for voksne ved at tredjepart (foreldre) er mer direkte involvert. Barn har rett til sunne omgivelser (102, 103), og det hevdes at barns rettigheter kan brukes for å fremme mer effektive intervensjoner (104). Det argumenteres med at foreldre som ikke lytter til helse råd, bør kunne møtes med barnevernstiltak (105) og at barn må kunne fjernes for obligatorisk behandling utenfor hjemmet (57) og tas ut av hjemmet i ekstreme tilfeller (106-108). Da enkelte foreldre er delvis ansvarlige for barnas fedme, kan medikamentell og kirurgisk behandling kunne bli en enkel løsning for forsømt foreldreansvar (109-112). Foreldreansvaret kan også være relevant i vurderingen av om barn og unge skal få fedmebehandling, da foreldrene er viktige støttespillere før og etter behandlingen (113). Andre argumenterer for at forsømt foreldreansvar ikke skal ha betydning for tilgangen til fedmebehandling (94) og at foreldrene ikke skal klandres selv om de kausalt er årsaken til barnas fedme (114). Det er heller ikke åpenbart for alle at foreldre har et spesifikt ansvar for at barn får optimal ernæring (115) blir det hevdet.

---

## Kunnskapsmangelens etikk

---

Det er en moralsk utfordring å måtte handle under usikkerhet. Vi skulle svært gjerne hatt mer og sikker kunnskap om langtidseffektene av ulike former for fedmebehandling for barn og unge og hvilke grupper som har best nytte av hvilke behandlingsformer. Å avveie sikre resultater fra kvalitetsmessig gode studier med kort tidshorisont med usikre resultater fra kvalitetsmessig dårlig(er)e studier med lang tidshorisont er krevende.

Dessuten er det utfordrende at effekten av de ulike tiltakene er såpass lav. Det reiser noen viktige spørsmål: Hva er grunnen til kunnskapsmangelen? Skyldes det at man har stilt feil krav til kunnskapen, eksempelvis at man sett seg blind på randomiserte kliniske studier (100)? Har man grepet utfordringen med fedme hos barn og unge på feil måte? Har man (som i mange andre tilfeller) anvendt eller modifisert tiltak for voksne, på barn? Har man satt seg godt nok inn i barnas perspektiv og behov og valgt endepunkter og behandlingsformer ut fra deres perspektiv? For å kunne være til hjelp (morsk) er det viktig at kunnskapen er relevant for dem det gjelder.

---

## Er overvekt og fedme sykdom?

---

Under flere av utfordringene med fedmebehandling ligger spørsmålet om hvorvidt fedme er en sykdom. Mens det er bred enighet om at overvekt og fedme kan medføre sykdom, er det uenighet om hvorvidt fedme som sådan er en sykdom.

En rekke sentrale aktører, slik som WHO, Europaparlamentet og den amerikanske legeforeningen (AMA) har uttalt at fedme «tilfredsstillende» alminnelige krav til sykdom (116-118). Fedme har derfor også blitt klassifisert som sykdom (119-122)(123), og er klassifisert som T83 and T82 ICPC-2 (2013), og som E66 i ICD-10 av WHO (2014).

Likevel er det stor uenighet om hvorvidt fedme er en sykdom, blant annet fordi fedme ikke er knyttet til et direkte funksjonsavvik (5, 81, 119, 123-133). Fedme kan oppfattes som en sosialt definert sykdom (3), men dette løser ikke de etiske utfordringene.

Her er det viktig å merke seg at ulike instanser og organisasjoner (pasient-, interesse-, profesjonelle organisasjoner, samt myndigheter i mange land) har et pragmatisk forhold til spørsmålet om hvorvidt overvekt og fedme er sykdom. Dersom det kan bidra til å forebygge sykdom og fremme helse, er det riktig å kalle det for sykdom.

---

## Oppsummering av etiske utfordringer ved fedmebehandling hos barn og unge

---

Sammensatte livsstilsintervensjoner og økt fysisk aktivitet kan trolig gi noe reduksjon av KMI sammenlignet med lite eller ingen tiltak, effekten av dietter er usikker, bruk av medikamenter i tillegg til livsstilstiltak kan muligens redusere KMI hos unge med eller uten normal glukosetoleranse noe, mens kirurgisk behandling trolig kan gi en noe større reduksjon av KMI enn intensive livsstilstiltak hos unge med fedme.

Uheldige virkninger av livsstilsintervensjoner (inklusive virkningen av inngripen i privatlivet) er ikke kjent. Bivirkninger kan forekomme ved bruk av medikamenter, hovedsakelig i mage og tarm. Kirurgisk behandling er (i praksis) irreversibel og har en liten risiko for komplikasjoner. Usikkerheten med effekt og risiko gjør den nytteetiske vurderingen utfordrende.

Fedmebehandling har en god moralsk målsetting: Å redusere risiko for sykdom og forbedre helse. Samtidig gir også fedmebehandling flere utfordringer. Enkelte er knyttet til autonomi og informert samtykke: Det er utfordrende å informere om utbytte og risiko (medikamenter og kirurgi), når resultatene er usikre, og det kan reises spørsmål om frivillighet og samtykkekompetanse (i enkelttilfeller). Fedmebehandling er særlig utfordrende for barn og unge, fordi de selv ikke har full beslutningsevne og fordi foreldrene kan komme i krysspress mellom barnas og egne interesser, samt samfunnets normer. Det kan være uklart hvem som er pasienten.

Selv om fedme er klassifisert som en sykdom, er dette kontroversielt, da det ikke alltid foreligger et klart medisinsk funksjonsavvik. Fedmebehandling kan derfor bryte med ikke-skade-prinsippet og vil kunne bidra til medikalisering av alminnelige livsprosesser.



Fedme er ulikt fordelt i samfunnet. Det reiser spørsmål om rettferdig fordeling av ressurser (generelt) og lik tilgang til helsetjenester (spesielt). Der det er fordommer mot fedme i befolkningen generelt og blant helsepersonell spesielt, reiser det spørsmål om diskriminering.

Valg av KMI som endepunkt gir ikke direkte kunnskap om hvilke følger fedmebehandling har for helsen til personer med overvekt. I tillegg kan det rette søkelyset mot vekt, og indirekte bidra til kroppsfixering, spiseforstyrrelser og diskriminering av vekt. Valg av KMI kan også synes fjernt fra det som målgruppen erfarer og oppfatter som viktig.

Ulike perspektiver på fedmebehandling kan fremheve ulike etiske utfordringer. Fedmebehandling kan oppfattes som (14, 15):

1. en (effektiv) forebyggende intervensjon mot alvorlige helsefarer
2. en metode for å øke livskvaliteten, selvfølelsen og velværet til en sårbar gruppe
3. en helsefaglig intervensjon mot fedmerelaterte symptomer
4. en (kirurgisk) manipulasjon av velfungerende organ for å fremtvinge atferdsendringer (fedmekirurgi)
5. medikalisering av utseende og atferd (tiltak rettet mot atferd),
6. helsefaglig intervensjon i folks privatliv
7. en helsefaglig intervensjon for å bekrefte og befeste sosiale normer (evt. kulturelle fordommer og sosial diskriminering)

**Tabell 1.** Oversikt over etiske grunnspørsmål og relevante etiske aspekter ved fedmebehandling.

| <b>Etisk grunnspørsmål</b>                                    | <b>Etisk relevante aspekter</b>  |
|---|--|
| Hva er utfordringene knyttet til sykdommen og pasientgruppen? | Fedme og overvekt representerer en helserisiko.<br>Fedmebehandling kan forebygge sykdom og fremme helse.<br>Ulikheter i forekomsten av fedme i befolkningen (rettferdighet).<br>Fordommer kan påvirke prioritering (likhet, rettferdighet).<br>Hvorvidt fedme er en sykdom, er kontroversielt.   |
| Hva er de sosiale og kulturelle utfordringene?                | Fordommer, stigmatisering og diskriminering av personer med overvekt, også blant helsepersonell.<br>Spising og fysisk aktivitet er noe som tilhører privatsfæren. Barn har rett til sunne omgivelser og godt kosthold og fysisk aktivitet inngår i foreldreansvaret. Foreldre kan føle skyld og skam.<br>Barn og unge er i en utfordrende og identitetsdannende fase i livet.<br>Overvekt oppfattes ofte som et resultat av egne valg. |
| Hvilke konsekvenser har helsetiltaket?                        | Nytten kan være større enn risikoen for livsstilsbehandling (velgjørenhet). Det er ikke klart for medikamentell behandling og kirurgi, men kunnskapen er mangelfull. Effektene er ikke store.  |
| Hvilke etiske prinsipper utfordres?                           | Rettferdighet: Ulik fordeling, fordommer og diskriminering. Skille mellom ulike grupper som ønsker fedmebehandling.<br>Ikke-skade: Kirurgisk inngrep og modifisering av ellers friske organer<br>Selvbestemmelse: Barn og unge kan ikke (fullt ut) bestemme selv, og er avhengige av foreldre, som kan være preget av skam og skyld, ha kryssende interesser og kan ha redusert beslutningsevne (på vegne av                           |

|  |  |
|--|--|
|  | sine barn). Samtykke kan være utfordrende på grunn av usikker kunnskap, manglende frihet og redusert beslutningsevne.<br>Velgjørenhet: Se ovenfor  |
| Juridiske utfordringer   | Anbefalt aldersgrense for enkelte behandlinger (kirurgi) er over helserettlig aldersgrense (16 år).  |
| Hvilke strukturelle endringer kan følge av fedmebehandling?          | Medikalisering av allminnelige livsforhold.<br>Gjøre betydelige deler av befolkningen til pasienter.<br>Fedmebehandling kan oppfattes som disiplinering av atferd.<br>Livsstilsintervensjoner intervensjoner i folks privatliv.<br>Medikamenter forsøker å kompensere for ubalanse i inntak og forbruk av energi.<br>Fedmekirurgi er en kirurgisk modifikasjon av et ellers velfungerende organ. |
| Hvilke interesser er involvert?                                      | Faglige interesser (for enkelte tiltak), og bindinger til industri (for enkelte prosedyrer).<br>Foreldre kan føle skyld og skam og enkle løsninger kan friste.   |
| Hva er de etiske utfordringene i metodevurdering av fedmebehandling? | Valg av sammenlignende behandling, endepunkt og tidsperspektiv, samt evidenskrav, er metodiske spørsmål med klare etiske aspekter.<br>Valg av KMI som endepunkt gir ikke direkte svar på hvordan effekten oppleves av personene i form av reduserte symptomer, sykdom og død<br>Bruk av KMI kan også gi økt fokus på kropp og vekt og er ikke et pasientsentrert utfallsmål.                     |

Mens kunnskapssenterets rapport Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme (12) gir en oversikt over hvilken effekt ulike tiltak har, gir denne rapporten gir en oversikt over de etiske aspektene. Sammen gir rapportene et beslutningsgrunnlag for valg av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme.

Selv om denne rapporten har belyst mange potensielle utfordringer med fedmebehandling, betyr ikke dette at fedmebehandling er uten fordeler eller at alle disse utfordringene vil gjøre seg gjeldende for alle former for fedmebehandling. Rapporten forsøker derimot å belyse de ulike etiske aspektene som kan være viktige for gode, grundige og transparente vurderinger av ulike former for fedmebehandling av barn og unge.

---

# Referanser

1. Hofmann B. The encompassing ethics of bariatric surgery. *AmJBioeth.* 2010;10(12):W1-W2.
2. Hofmann B. Stuck in the middle: the many moral challenges with bariatric surgery. *The American journal of bioethics : AJOB.* 2010;10(12):3-11.
3. Hofmann B. Obesity as a Socially Defined Disease: Philosophical Considerations and Implications for Policy and Care. *Health Care Analysis.* 2016;24:86–100.
4. Goldberg DS. Fatness, medicalization, and stigma: on the need to do better. *Narrat Inq Bioeth.* 2014;4(2):117-23.
5. Sadler JZ. Risk factor medicalization, hubris, and the obesity disease. *Narrat Inq Bioeth.* 2014;4(2):143-6.
6. Seixas CM, Birman J. The weight of pathological: bio-politics and bare life. *Historia, ciencias, saude--Manguinhos.* 2012;19(1):13-26.
7. Thorpe KE, Philyaw M. The medicalization of chronic disease and costs. *Annu Rev Public Health.* 2012;33:409-23.
8. Wray S, Deery R. The medicalization of body size and women's healthcare. *Health care for women international.* 2008;29(3):227-43.
9. Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133(3):e689-703.
10. Vogel E. Clinical Specificities in Obesity Care: The Transformations and Dissolution of 'Will' and 'Drives'. *Health Care Analysis.* 2016;24(4):321-37.
11. Wulkan ML, Durham MM. Obesity in the United States: is there a quick fix? Pros and cons of bariatric surgery from the pediatric perspective. *Current gastroenterology reports.* 2005;7(6):445-50.
12. Elvsaa I-KØ, Juvet L, Giske L, Fure B. Effekt av tiltak for barn og unge med overvekt eller fedme. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.
13. Hofmann B. Etikk i vurdering av helsetiltak. Utvikling av metode for å synliggjøre etiske utfordringer ved vurdering av helsetiltak. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.
14. Hofmann B. Etiske vurderinger. I Giske, L, Lauvrak, V, Elvsaa, IKØ, Hofmann, B, Håvelsrud, K, Vang, V, Fure, B Langtidseffekter etter fedmekirurgi. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2014. p. 98-104.
15. Hofmann B. Ethical aspects of bariatric treatment of adult obesity. Alberta: Institute of Health Economics, 2011.
16. Hofmann B, Hjelmesaeth J, Sovik TT. Moral challenges with surgical treatment of type 2 diabetes. *Journal of diabetes and its complications.* 2013;27(6):597-603.
17. Hofmann B. Bariatric surgery for obese children and adolescents: a review of the moral challenges. *BMC medical ethics.* 2013;14:18.
18. de Vries J. The obesity epidemic: medical and ethical considerations. *Science and engineering ethics.* 2007;13(1):55-67.
19. Oliver JE. The politics of pathology: how obesity became an epidemic disease. *Perspect Biol Med.* 2006;49(4):611-27.
20. Ikeda JP, Crawford PB, Woodward-Lopez G. BMI screening in schools: helpful or harmful. *Health education research.* 2006;21(6):761-9.

21. Nihiser AJ, Lee SM, Wechsler H, McKenna M, Odom E, Reinold C, et al. BMI measurement in schools. *Pediatrics*. 2009;124 Suppl 1:S89-97.
22. Ruggieri DG, Bass SB. A comprehensive review of school-based body mass index screening programs and their implications for school health: do the controversies accurately reflect the research? *The Journal of school health*. 2015;85(1):61-72.
23. Pomeranz JL. A historical analysis of public health, the law, and stigmatized social groups: the need for both obesity and weight bias legislation. *Obesity*. 2008;16 Suppl 2:S93-103.
24. Brownell KD, Puhl, RM, Schwartz, MB, and Rudd, L (eds.). *Weight Bias: Nature, Consequences, and Remedies*. New York: The Guilford Press; 2005.
25. Puhl R, Brownell KD. Bias, discrimination, and obesity. *Obes Res*. 2001;9(12):788-805.
26. Puhl RM, Heuer CA. The stigma of obesity: a review and update. *Obesity*. 2009;17(5):941-64.
27. Andreyeva T, Puhl RM, Brownell KD. Changes in perceived weight discrimination among Americans, 1995-1996 through 2004-2006. *Obesity*. 2008;16(5):1129-34.
28. Margulies AS, Floyd RG, Hojnoski RL. Body size stigmatization: an examination of attitudes of african american preschool-age children attending head start. *J Pediatr Psychol*. 2008;33(5):487-96.
29. Kraig KA, Keel PK. Weight-based stigmatization in children. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;25(11):1661-6.
30. Koroni M, Garagouni-Areou F, Roussi-Vergou CJ, Zafiropoulou M, Piperakis SM. The stigmatization of obesity in children. A survey in Greek elementary schools. *Appetite*. 2009;52(1):241-4.
31. Hansson LM, Karnehed N, Tynelius P, Rasmussen F. Prejudice against obesity among 10-year-olds: a nationwide population-based study. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*. 2009;98(7):1176-82.
32. Goldberg C. Citing intolerance, obese people take steps to press cause. *Understanding prejudice and discrimination*, Edited by Plous, S. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 93-7.
33. Kraig KA, Keel PK. Weight-based stigmatization in children. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2001;25(11):1661-6.
34. Latner JD, Rosewall JK, Simmonds MB. Childhood obesity stigma: association with television, videogame, and magazine exposure. *Body Image*. 2007;4(2):147-55.
35. Margulies AS, Floyd RG, Hojnoski RL. Body size stigmatization: an examination of attitudes of african american preschool-age children attending head start. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(5):487-96.
36. Latner JD, Schwartz MB. *Weight Bias in a Child's World*. Brownell, Kelly D [Ed]; Puhl, Rebecca M [Ed]; Schwartz, Marlene B [Ed]; Rudd, Leslie [Ed](2005)Weight bias: Nature, consequences, and remedies(pp54-67)xv, 320 ppNew York, NY, US: Guilford Publications; US. 2005(2005):consequences, and-67.
37. Neumark-Sztainer D, Story M, Faibisch L. Perceived stigmatization among overweight African-American and Caucasian adolescent girls. *Journal of Adolescent Health*. 1998;23(5):264-70.
38. Cowan GS, Jr. What do patients, families and society expect from the bariatric surgeon? *Obes Surg*. 1998;8(1):77-85.
39. Cowan GS, Jr., Hiler ML, Buffington C. Criteria for selection of patients for bariatric surgery. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 1999;11(2):69-75.
40. Hell E, Miller K. [Bariatric surgery -- stereotypes and paradigms]. *Zentralbl Chir*. 2002;127(12):1032-4.
41. Brown I. Nurses' attitudes towards adult patients who are obese: literature review. *J Adv Nurs*. 2006;53(2):221-32.

42. Evans E. Why should obesity be managed? The obese individual's perspective. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity*. 1999;23 Suppl 4:S3-5; discussion S6.
43. Iqbal CW, Kumar S, Iqbal AD, Ishitani MB. Perspectives on pediatric bariatric surgery: identifying barriers to referral. *Surgery for obesity and related diseases : official journal of the American Society for Bariatric Surgery*. 2009;5(1):88-93.
44. Woolford SJ, Clark SJ, Gebremariam A, Davis MM, Freed GL. To cut or not to cut: physicians' perspectives on referring adolescents for bariatric surgery. *Obesity surgery*. 2010;20(7):937-42.
45. Tsai AG, Wadden TA, Pillitteri JL, Sembower MA, Gerlach KK, Kyle TK, et al. Disparities by ethnicity and socioeconomic status in the use of weight loss treatments. *J Natl Med Assoc*. 2009;101(1):62-70.
46. Barry CL, Jarlenski M, Grob R, Schlesinger M, Gollust SE. News Media Framing of Childhood Obesity in the United States From 2000 to 2009. *Pediatrics*. 2011;128(1):132-45.
47. Levitt M. Natural ways are better: adolescents and the "anti-obesity gene. *Science and engineering ethics*. 1997;3(3):305-15.
48. Lean M, Gruer L, Alberti G, Sattar N. ABC of obesity. Obesity--can we turn the tide? *BMJ*. 2006;333(7581):1261-4.
49. Webb H. 'I've put weight on cos I've bin inactive, cos I've 'ad me knee done': moral work in the obesity clinic. *Sociol Health Illn*. 2009;31(6):854-71.
50. Wimmelmann CL, Dela F, Mortensen EL. Psychological predictors of mental health and health-related quality of life after bariatric surgery: a review of the recent research. *Obesity research & clinical practice*. 2014;8(4):e314-24.
51. Sheets CS, Peat CM, Berg KC, White EK, Bocchieri-Ricciardi L, Chen EY, et al. Post-operative Psychosocial Predictors of Outcome in Bariatric Surgery. *Obes Surg*. 2015;25(2):330-45.
52. Ogden J, Flanagan Z. Beliefs about the causes and solutions to obesity: a comparison of GPs and lay people. *Patient Educ Couns*. 2008;71(1):72-8.
53. Ungar W. Health technology assessment in child health. *Value Health*. 2012;15(4):A206-A7.
54. Holm S. Obesity interventions and ethics. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2007;8 Suppl 1:207-10.
55. Caniano DA. Ethical issues in pediatric bariatric surgery. *Semin Pediatr Surg*. 2009;18(3):186-92.
56. Duncan DT. Parental misperception of their child's weight status: clinical implications for obesity prevention and control. *Obesity*. 2011;19(12):2293.
57. Varness T, Allen DB, Carrel AL, Fost N. Childhood obesity and medical neglect. *Pediatrics*. 2009;123(1):399-406.
58. White A, O'Brien B, Houlihan T, Darker C, O'Shea B. Childhood obesity: parents fail to recognise, general practitioners fail to act. *Ir Med J*. 2012;105(1):10-3.
59. Levine MD, Ringham RM, Kalarchian MA, Wisniewski L, Marcus MD. Is family-based behavioral weight control appropriate for severe pediatric obesity? *Int J Eat Disord*. 2001;30(3):318-28.
60. Fallon EM, Tanofsky-Kraff M, Norman AC, McDuffie JR, Taylor ED, Cohen ML, et al. Health-related quality of life in overweight and nonoverweight black and white adolescents. *J Pediatr*. 2005;147(4):443-50.
61. Zeller MH, Roehrig HR, Modi AC, Daniels SR, Inge TH. Health-related quality of life and depressive symptoms in adolescents with extreme obesity presenting for bariatric surgery. *Pediatrics*. 2006;117(4):1155-61.
62. Zeller MH, Modi AC. Predictors of health-related quality of life in obese youth. *Obesity*. 2006;14(1):122-30.
63. Fisher L, Fraser J, Alexander C. Caregivers' inability to identify childhood adiposity: a cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Aust J Rural Health*. 2006;14(2):56-61.

64. Pagnini D, King L, Booth S, Wilkenfeld R, Booth M. The weight of opinion on childhood obesity: recognizing complexity and supporting collaborative action. *Int J Pediatr Obes.* 2009;4(4):233-41.
65. Pratt JS, Lenders CM, Dionne EA, Hoppin AG, Hsu GL, Inge TH, et al. Best practice updates for pediatric/adolescent weight loss surgery. *Obesity.* 2009;17(5):901-10.
66. Madan AK, Tichansky DS, Taddeucci RJ. Postoperative laparoscopic bariatric surgery patients do not remember potential complications. *Obes Surg.* 2007;17(7):885-8.
67. Nichols C, Oermann MH. An evaluation of bariatric Web sites for patient education and guidance. *Gastroenterol Nurs.* 2005;28(2):112-7.
68. Groven KS, Hofmann B. "Kan slankeoperasjon være noe for deg?" : en studie av hvordan private klinikker informerer om fedmekirurgi. *Fysioterapeuten.* 2015;82(4):16-21.
69. O'Brien PE. Failure to report financial disclosure information in a study of gastric banding in adolescent obesity. *JAMA.* 2010;303(23):2357.
70. van Hout GC, van Oudheusden I, van Heck GL. Psychological profile of the morbidly obese. *Obes Surg.* 2004;14(5):579-88.
71. Rosik CH. Psychiatric symptoms among prospective bariatric surgery patients: rates of prevalence and their relation to social desirability, pursuit of surgery, and follow-up attendance. *Obes Surg.* 2005;15(5):677-83.
72. Sarwer DB, Cohn NI, Gibbons LM, Magee L, Crerand CE, Raper SE, et al. Psychiatric diagnoses and psychiatric treatment among bariatric surgery candidates. *Obes Surg.* 2004;14(9):1148-56.
73. Mustillo S, Worthman C, Erkanli A, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Obesity and psychiatric disorder: developmental trajectories. *Pediatrics.* 2003;111(4):851-9.
74. Cortese S, Peñalver CM. Comorbidity between ADHD and obesity: exploring shared mechanisms and clinical implications. *Postgraduate Medicine.* 2010;122(5):88-96.
75. Britz B, Siegfried W, Ziegler A, Lamertz C, Herpertz-Dahlmann B, Remschmidt H, et al. Rates of psychiatric disorders in a clinical study group of adolescents with extreme obesity and in obese adolescents ascertained via a population based study. *International Journal of Obesity.* 2000;24(12):1707-14.
76. Grilo CM, Masheb RM, Brody M, Toth C, Burke-Martindale CH, Rothschild BS. Childhood maltreatment in extremely obese male and female bariatric surgery candidates. *Obes Res.* 2005;13(1):123-30.
77. Hensrud DD, Klein S. Extreme obesity: a new medical crisis in the United States. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(10 Suppl):S5-10.
78. Padwal RS, Sharma AM. Treating severe obesity: morbid weights and morbid waits. *CMAJ.* 2009;181(11):777-8.
79. Weiss R. Bariatric surgery for obese adolescents - 'make assurance doubly sure'. *Obesity facts.* 2009;2(5):277-80.
80. Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, Young D, Boerescu D, Attiullah N, et al. Presurgical psychiatric evaluations of candidates for bariatric surgery, part 1: reliability and reasons for and frequency of exclusion. *J Clin Psychiatry.* 2007;68(10):1557-62.
81. Berdah C. Obesity and psychiatric disorders. *Annales Medico-Psychologiques.* 2010;168(3):184-90.
82. Dorn LD, Susman EJ, Fletcher JC. Informed consent in children and adolescents: age, maturation and psychological state. *J Adolesc Health.* 1995;16(3):185-90.
83. Marcus MD, Wildes JE. Obesity: is it a mental disorder? *The International journal of eating disorders.* 2009;42(8):739-53.
84. Sarwer DB, Thompson JK, Mitchell JE, Rubin JP. Psychological considerations of the bariatric surgery patient undergoing body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2008;121(6):423e-34e.

85. Tadiello P, Salvatoni A, Alberti G, Bosetti G, Gambarini G, Marni E. Obesity and mental disorders in childhood. *Pediatr Med Chir.* 1990;12(6):647-54.
86. van Hout G, van Heck G. Bariatric psychology, psychological aspects of weight loss surgery. *Obesity facts.* 2009;2(1):10-5.
87. Wichstrom L. Social, psychological and physical correlates of eating problems. A study of the general adolescent population in Norway. *Psychol Med.* 1995;25(3):567-79.
88. Raper SE, Sarwer DB. Informed consent issues in the conduct of bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases.* 2008;4(1):60-8.
89. Groven KS, Raheim M, Braithwaite J, Engelsrud G. Weight loss surgery as a tool for changing lifestyle? *Med Health Care Philos.* 2013;16(4):699-708.
90. Groven KS, Raheim M, Engelsrud G. Changing Bodies, Changing Habits: Women's Experiences of Interval Training Following Gastric Bypass Surgery. *Health Care Women Int.* 2013.
91. Salant T, Santry HP. Internet marketing of bariatric surgery: contemporary trends in the medicalization of obesity. *Soc Sci Med.* 2006;62(10):2445-57.
92. Institute of Health Economics. Bariatric treatments for adult obesity. Edmonton AB: Institute of Health Economics, 2012.
93. Groven KS, Raheim M, Engelsrud G. "My quality of life is worse compared to my earlier life": Living with chronic problems after weight loss surgery. *International journal of qualitative studies on health and well-being.* 2010;5(4).
94. Cappelen AW, Norheim OF. Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach. *J Med Ethics.* 2005;31(8):476-80.
95. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med.* 2008;66(1):182-8.
96. Shell RE. *The Hungry gene. The inside story of the obesity industry.* New York, USA: Grove Press; 2002.
97. Pinkney JH. Obesity surgery. Big questions remain unanswered. *Bmj.* 2010;341:c5304.
98. Pinkney JH, Johnson AB, Gale EA. The big fat bariatric bandwagon. *Diabetologia.* 2010;53(9):1815-22.
99. Livingston EH. Pitfalls in using BMI as a selection criterion for bariatric surgery. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2012;19(5):347-51.
100. Holm JC, Nowicka P, Farpour-Lambert NJ, O'Malley G, Hassapidou M, Weiss R, et al. The ethics of childhood obesity treatment - from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of European Association for the Study of Obesity (EASO). *Obes Facts.* 2014;7(4):274-81.
101. Hofmann B, Cleemput I, Bond K, Krones T, Droste S, Sacchini D, et al. Revealing and acknowledging value judgments in health technology assessment. *International journal of technology assessment in health care.* 2014;30(6):579-86.
102. Garbarino J, Sigman G. *A child's right to a healthy environment.* New York: Springer; 2010.
103. Sigman G. A child's right to an environment that prevents obesity: Ethical considerations. In: Garbarino J, Sigman, G., editor. *A child's right to healthy environment.* New York: Springer; 2010. p. 163-81.
104. Greenway J. Childhood obesity: bringing children's rights discourse to public health policy. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association.* 2008;81(5):17-21.
105. Goodchild S. Doctors: 'Put obese children into care'. *The Independent* 2007.
106. Murtagh L, Ludwig DS. State intervention in life-threatening childhood obesity. *JAMA.* 2011;306(2):206-7.
107. Siegel RM, Inge TH. Life-threatening childhood obesity and legal intervention. *Jama.* 2011;306(16):1763; author reply 4.
108. Varness T. Does Pediatric Obesity Indicate Child Neglect? *Virtual Mentor.* 2010;12(4):263-7.

109. Alexander SM, Baur LA, Magnusson R, Tobin B. When does severe childhood obesity become a child protection issue? *Med J Aust.* 2009;190(3):136-9.
110. McGuire A, Zhang J. Personal responsibility among adolescents. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(7):1418.
111. McNaughton D. From the womb to the tomb: Obesity and maternal responsibility. *Critical Public Health.* 2011;21(2):179-90.
112. Schmidt H. Childhood obesity and parental responsibilities. *Hastings Cent Rep.* 2008;38(4):3.
113. Shrewsbury VA, Steinbeck KS, Torvaldsen S, Baur LA. The role of parents in pre-adolescent and adolescent overweight and obesity treatment: a systematic review of clinical recommendations. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2011;12(10):759-69.
114. Nicholls SG, Williams D. The parent versus the state: Responsibility in childhood obesity. *Obesity Reviews.* 2011;Conference: 18th European Congress on Obesity, ECO 2011 Istanbul Turkey. Conference Start: 20110525 Conference End: 20110528. Conference Publication:(var.pagings):38.
115. Holm S. Parental Responsibility and Obesity in Children. *Public Health Ethics.* 2008;1(1):21-9.
116. Hurt RT, Edakkanambeth Varayil J, Mundi MS, Martindale RG, Ebbert JO. Designation of obesity as a disease: lessons learned from alcohol and tobacco. *Current gastroenterology reports.* 2014;16(11):415.
117. Downey M. Results of Expert Meetings: Obesity and Cardiovascular Disease. Obesity as a disease entity. *American heart journal.* 2001;142(6):1091-4.
118. European Parliament. Written declaration, under Rule 136 of Parliament's Rules of Procedure, on the recognition of obesity as a chronic disease. 0037/2016 2016.
119. Conway B, Rene A. Obesity as a disease: no lightweight matter. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2004;5(3):145-51.
120. WHO. Obesity and Overweight. Geneva: World Health Organisation; 2003.
121. Consensus Development Conference Panel. NIH conference. Gastrointestinal surgery for severe obesity. *Ann Intern Med.* 1991;115:956-61.
122. Barry D, Clarke M, Petry NM. Obesity and its relationship to addictions: is overeating a form of addictive behavior? *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions.* 2009;18(6):439-51.
123. Jung RT. Obesity as a disease. *British medical bulletin.* 1997;53(2):307-21.
124. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, Billington CJ, Bray GA, Eckel RH, et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity.* 2008;16(6):1161-77.
125. Benfield JR, Bray GA. Editorials: Is obesity a surgical disease? *The Western journal of medicine.* 1975;123(5):396-8.
126. Bray GA. Obesity--a disease of nutrient or energy balance? *Nutrition reviews.* 1987;45(2):33-43.
127. Bray GA. Obesity is a chronic, relapsing neurochemical disease. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2004;28(1):34-8.
128. Bray GA. Obesity: the disease. *Journal of medicinal chemistry.* 2006;49(14):4001-7.
129. Heshka S, Allison DB. Is obesity a disease? *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2001;25(10):1401-4.
130. Kopelman PG, Finer N. Reply: Is obesity a disease? *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity.* 2001;25(10):1405-6.
131. Moffat T. The "childhood obesity epidemic": health crisis or social construction? *Medical anthropology quarterly.* 2010;24(1):1-21.



132. Patterson M, Johnston J. Theorizing the obesity epidemic: Health crisis, moral panic and emerging hybrids. *Social Theory & Health*. 2012;10(3):265-91.
133. Tremblay A, Doucet E. Obesity: a disease or a biological adaptation? *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*. 2000;1(1):27-35.

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Desember 2016  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
Rapporten lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no)