

# Overvekt hos åtte- og 12-åringer i Oslo i 2004

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Overvekt hos barn er et økende problem internasjonalt. Kroppsmasseindeks som ung og foreldrenes kroppsmasseindeks har betydning for kroppsmasseindeks i voksen alder og sannsynligheten for å utvikle overvekt og fedme. Formålet med undersøkelsen var å skaffe pålitelige data om vekt og høyde hos åtte- og 12-åringer i Oslo.

**Materiale og metode.** Helsesøstre i Oslo utførte målingene, og data ble ført på et eget skjema for anonym innsamling av opplysninger om barnas vekt og høyde. Undersøkelsen omfatter 3 453 åtteåringer og 3 597 12-åringer.

**Resultater.** Prevalensen av overvekt blant åtte- og 12-åringer er 21 %. Det er signifikante bydelvis forskjeller i andelen overvektige barn. Om lag en av fire åtte år gamle jenter og en av fem 12-år gamle jenter er overvektig. Det er ingen signifikant forskjell mellom gutter på tvers av alderstrinnene.

**Fortolkning.** Andelen overvektige åtte- og 12-åringer i Oslo er alarmerende. Det er store forskjeller bydelene imellom.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Kostas Vilimas\***  
**Kari Glavin\***  
*kari.glavin@diakonova.no*  
**Monica Larsen Donovan**  
 Helse- og velferdsetaten  
 Oslo kommune  
 Stenersgate 1 d  
 0050 Oslo

\* Nåværende adresser:  
 K. Vilimas, Helse Øst  
 Postboks 404  
 2303 Hamar

K. Glavin, Helsesøsterutdanningen  
 Høyskolen Diakonova  
 Linstows gate 5  
 0166 Oslo

Overvekt og fedme er et tiltakende helseproblem i den vestlige verden, både blant barn og voksne. En persons kroppsmasseindeks i ung alder og foreldrenes kroppsmasseindeks kan fortelle noe om kroppsmasseindeksen som voksen og risikoen for overvekt og fedme.

I Ung-Hubro-undersøkelsen i Oslo i 2000 (1) ble ungdommene i alderen 15–16 år spurt om vekt og høyde, men dette ble ikke målt objektivt. Resultat av beregningene basert på slike data var at 40 % av guttene og 52 % av jentene hadde en kroppsmasseindeks på under 20 kg/m<sup>2</sup>, dvs. at de var undervektige. I en studie (2) er det påvist at prevalensen av overvekt basert på selvrappporterte data kan være underestimert med så mye som 50 %. I en rapport (3) fra European Health Risk Monitoring Project kommer det frem at selvrappportert vekt ikke er godt nok.

Det var derfor et klart behov for å skaffe gode og objektive data om vekt og høyde hos barn og unge. Kommunen skal ha oversikt over helsetilstanden i sitt område og de faktorer som kan ha innvirkning på helsen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4. Ifølge Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 2-2 skal helsestasjons- og skolehelsetjenesten bidra til en oversikt over sine brukere på gruppenivå gjennom tilgjengelig statistikk om helsetilstand og lokale erfaringer fra tjenesten. Med dette som utgangspunkt startet vi et prosjekt for å måle høyde og vekt og beregne kroppsmasseindeks hos åtte- og 12-åringer i Oslo.

## Materiale og metode

Skolehelsetjenesten gjennomfører regelmessig høydemålinger av skolebarn. Dette gav en utmerket mulighet til med små ekstra

ressurser å utnytte eksisterende organisasjon (skolehelsetjenesten) og eksisterende rutiner for slik å få veid barna for å få grunnlag for å beregne kroppsmasseindeks.

Opplysninger om barnets helse samt foretatte målinger registreres manuelt eller elektronisk i individuelle journaler. Standardjournalen er dårlig egnet til uthenting av data fordi det er vanskelig å anonymisere den (elevens navn samt fødselsdato står på aktuelt ark). Det ble derfor utarbeidet et eget skjema for anonym innsamling av opplysninger om vekt og høyde. Skjemaet ble utviklet og testet med hjelp av programvare for optisk avlesning (Cardiff Teleform, versjon 8.2). Skjemaene ble bearbeidet ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS, versjon 12. Det ble også utarbeidet et informasjonsbrev samt en veileder for gjennomføring til skolehelsetjenesten.

Det finnes ikke entydige grenseverdier for overvekt og fedme hos barn – for voksne er det faglig enighet om referanseverdier. For kategorisering benyttet vi referanseverdiene til International Obesity Task Force, også kalt Cole-index (4) (tab 1). Siden de fleste barn ble veid og målt i løpet av første tertial 2004, har vi brukt referanseverdier for alderen åtte og 12 for henholdsvis tredje- og sjuendeklassinger.

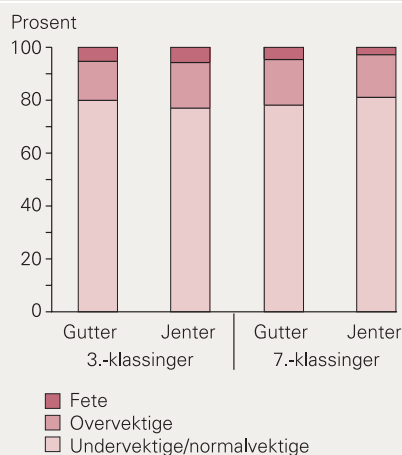
Ulempen med disse referanseverdiene er at de ikke gir grenseverdier for undervekt. Dette begrunnes med at helsekonsekvenser av en kroppsmasseindeks på under 17 kg/m<sup>2</sup> i voksen alder ikke ble studert. For undervekt har vi derfor benyttet grenseverdier fra USAs folkehelseinstitutt (5).

Vi har delt Oslos bydeler (i 2003) inn i fem områder: indre vest (Bygdøy-Frogner, Uranienborg-Majorstua og St. Hanshaugen-Ulle-vål), indre øst (Sagene-Torshov, Grünerløkka-Sofienberg og Gamle Oslo), eldre drabantbyer (Lambertseter, Bøler, Manglerud, Østensjø, Helsefyr-Sinsen, Grorud og Bjerke), nye drabantbyer (Søndre Nordstrand, Helle-rud, Furuset, Stovner og Romsås) og ytre vest (Ekeberg-Bekkelaget, Nordstrand, Grefsen-Kjelsås, Sogn, Vinderen, Røa og Ullern).

## Hovedbudskap

- Overvekt i barnealder kan ha betydning for helsen senere i livet
- En femdel av åtte- og 12-åringene i Oslo er overvektige
- Det er store bydelvis forskjeller i andelen overvektige barn

Figur 1



Fordeling av barn i forskjellige vekt-kategorier (4) etter klassetrinn og kjønn

## Resultater

Ifølge grunnskolens informasjonssystem ([www.wis.no/gci](http://www.wis.no/gci)) var det 5 289 barn i tredje klasse (åtteåringer) og 5 045 barn i sjuende klasse (12-åringer) i Oslo i skoleåret 2003–04. Vi fikk inn data om vekt og høyde fra i alt 82 skoler. Til sammen mottok vi data om 3 453 tredjeklassinger og 3 597 sjuendeklassinger, noe som tilsvarer henholdsvis 65 % og 71 %. Siden alle barn på tilsvarende klassetrinn ble veid og målt, var det en del barn som var født i andre år enn 1991 og 1995. Opplysning om bostedsbydel manglet for 263 barn. Begge disse gruppene ble ekskludert, slik at det gjestod 6 709 barn for den videre analysen.

Resultater av fordeling av barna i forskjellige vekt-kategoriene ser vi i figur 1. Det var ingen signifikant forskjell mellom guttene på tvers av klassetrinnene. Forskjellen mellom jentene er imidlertid signifikant og viser

**Tabell 1** Referanseverdier for overvekt og fedme hos barn fra International Obesity Task Force etter alder og kjønn (3)

Alder (år)	Overvekt		Fedme	
	Gutter	Jenter	Gutter	Jenter
8	18,44	18,35	21,60	21,57
12	21,22	21,68	26,02	26,67

**Tabell 2** Andel overvektige blant 8- og 12-åringer i geografiske områder av Oslo i 2004

Bydelsgrupper	Overvekt (%)	Antall
Indre øst	29	400
Indre vest	19	454
Eldre drabantby	22	2 453
Ny drabantby	26	1 856
Ytre vest	15	1 546
Totalt	21	6 709

nedgang av andelen fete fra 6 % i tredje klasse til 3 % i sjuende klasse. Samtidig må man være oppmerksom på at grenseverdier for fedme er mindre sikre enn referanseverdier for overvekt. Slik sett er samlet andel av overvektige/fete jenter 23 % i tredje klasse, mens andelen overvektige/fete jenter i sjuende klasse er 19 % (4 prosentpoeng lavere). Andelen undervektige var 3 % i begge aldersgrupper og for begge kjønn.

Det var store forskjeller i andelen overvektige bydelsgruppene imellom (tab 2).

## Diskusjon

Om lag 21 % av barna i Oslo er overvektige. Undervekt er et langt mindre problem enn overvekt og fedme blant tredje- og sjuendeklassinger i Oslo-skolene. Selv om man skal være forsiktig med å karakterisere barn som overvektige, må man ikke se bort fra det faktum at det er sammenheng mellom overvekt tidlig i livet og vektproblemer senere (6).

Median kroppsmasseindeks for åtteåringene og 12-åringene i Oslo er like høy som tilsvarende for henholdsvis niåringer og 13-åringer i Tyskland (7).

Det er en iøynefallende skjev geografisk fordeling når det gjelder andelen barn med overvekt. Ved skolene i østlige og sentrumsnære bydeler er det en klart større andel overvektige barn. Det er vist at demografiske variabler som sosioøkonomi, utdanningsnivå og oppvekstområde er assosiert med utviklingen av fedme (8). Vår undersøkelse er likevel ikke egnet til å svare på hvorfor overvekt fordeler seg skjevt i Oslo.

Årsakene til overvekt og fedme kan være arvelighet og miljøfaktorer, men den stadig økende kroppsvekten hos barn og unge kan ikke først og fremst forklares ut fra genetikk. Den er hovedsakelig forårsaket av et for høyt energiinntak i forhold til energiforbruket (8). Barn og ungdom beveger seg mindre i dag enn tidligere, og tilgangen på søt og fet mat er stor.

Overvekt og fedme er etter hvert blitt en folkesykdom, og det bør i størst mulig grad satses på forebygging. Behandling er krevende og langvarig og forutsetter samarbeid både tverrfaglig og mellom første- og annenlinjetjenesten (9, 10). En kunnskapsoppsamling viser at det er få tiltak som gir effekt når det gjelder å redusere vekten hos barn. Skolebaserte programmer som fremmer fysisk aktivitet og modifiserer matinntak og familiebaserte programmer hvor foreldrene er aktive deltakere har vist å gi lavere vekt hos fete barn (8).

Det er tidligere brukt selvrapporert vekt som utgangspunkt for å vurdere hvor mye barn og ungdom veier. Dette er ikke akseptable variabler (2, 3). Målinger av en gruppe Oslo-barn i 2000 viste mindre andel overvektige barn enn i vår undersøkelse, men den undersøkelsen omfattet kun 760 barn. Vektøkningen ser ut til å skje over hele landet, og undersøkelser tyder på at det er en pågående økning i kroppsvekten (1).

I Norge ligger det godt til rette for å følge med på endringer i barns og unges vekt gjennom skolehelsetjenesten. Tidligere ble alle skolebarn veid og målt årlig, men dataene ble i liten grad benyttet til å skaffe den oversikten man kunne hatt for å følge barns vektutvikling. Gjennom skolehelsetjenesten kan man med planlegging og systematisk innsamling av data følge barns vektutvikling og få data for hele årskull. Skolehelsetjenesten vil også spille en viktig rolle i igangsetting og oppfølging av ulike programmer for forebygging og behandling av barn og unge med overvekt og fedme.

Manuskriptet ble godkjent 7.9. 2005.

Vi takker helsesøstrene i bydelene. De gjorde en kjempejobb med å veie og måle barna og registrere alt på skjemaene. Dette prosjektet hadde vært utenkelig uten dem.

## Litteratur

- Nasjonalt folkehelseinstitutt. Helseundersøkelsen blant Oslo-ungdom. [www.fhi.no/artikler/?id=28275](http://www.fhi.no/artikler/?id=28275) (7.9.2005).
- Raben A, Basse K, Rahbek AH et al. BMI prevalence underestimated by 50 % by using self-reported data on weight and height. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 23 (suppl 1): S12.
- Tolonen H, Kuulasmaa K, Laatikainen T et al. Recommendation for indicators, international collaboration, protocol and manual of operations for chronic disease risk factor surveys. Helsinki: European Health Risk Monitoring, 2002. [www.ktl.fi/publications/ehrm/product2/title.htm](http://www.ktl.fi/publications/ehrm/product2/title.htm) (7.9.2005).
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM et al. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000; 320: 1–6.
- National Center for Health Statistics. CPC growth charts. Atlanta: National Center for Health Statistics United States, 2000. [www.cdc.gov/growth-charts](http://www.cdc.gov/growth-charts) (7.9.2005).
- Engeland A, Bjorge T, Tverdal A et al. Obesity in adolescence and adulthood and the risk of adult mortality. *Epidemiology* 2004; 15: 79–85.
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter. BMI-Referenz. Ulm: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter, 2004. [www.a-g-a.de/aga\\_content.html](http://www.a-g-a.de/aga_content.html) (7.9.2005).
- Sosial- og helsedirektoratet. Forebygging og behandling av overvekt/fedme i helsetjenesten. Rapport IS-1150. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- Floodmark C-E. Familiterapeutisk metod mot folksykdommen fetma. *Läkartidn* 1996; 93: 2347–50.
- Flodmark C-E, Lissau I, Moreno LA et al. New insights into the field of children and adolescents' obesity: the European perspective. *Int J Obesity* 2004; 28: 1189–96.