

Statens plikt til å forebygge fedme for å sikre barns rett til helse

Trude Haugli

“Childhood obesity is one of the most serious global public health challenges of the 21st century, affecting every country in the world.”¹

1 Innledning

1.1 Opptakt

Det finnes barn i alle størrelser og fasonger. Barn fødes med sitt individuelle arvemateriale og sin individuelle fysiske og biologiske sammensetning av kroppen. De fødes inn i og vokser opp i ulike miljøer, som igjen har betydning for helsesituasjonen.

Mat og drikke handler om ernæring og overlevelse, men det handler også om kos, samvær og fellesskap. På den andre siden kan mat og drikke være et substitutt for fellesskap, gode aktiviteter, kan døyve kjedsomhet og fungere som regulering ved vanskelige følelser og livssituasjoner.

Internasjonalt er det økende oppmerksomhet knyttet til «the tripple burden of malnutrition».² Malnutrition kan oversettes til feilernæring.³ Her inngår sult, i form av matmangel, skjult sult i form av at maten mangler sentrale ernæringsstoffer som vitaminer og mineraler, og ekstrem overvekt/fedme som blant annet har sammenheng med stor tilgang på «tomme kalorier» i form av mat med høyt innhold av fett, salt og sukker.⁴ Disse feilernæringsmåtene kan opptre samtidig og i samme samfunn. Hver på sin måte medfører disse fenomenene store utfordringer for barns liv, helse, og utvikling.

Jeg har valgt å se nærmere på fedme hos barn fordi det ifølge WHO er en av de mest alvorlige pandemiene verden står overfor i vår tid. Med pandemi siktes det i denne sammenheng til en ikke-smittsom sykdom som brer seg over hele verden i høyt tempo. Det er ingen tvil om at stadig flere barn og unge er så overvektige at det kan være helseskadelig, i hvert fall på sikt. Dette er en alvorlig utvikling som må møtes med ulike og sammensatte virkemidler, nasjonalt og internasjonalt. Til tross for lang tid med stigende bekymring for den økende forekomsten av barnefedme, er det så langt gjort lite fremskritt når det gjelder å få bukt med utviklingen av denne pandemien.⁵ I tillegg frykter

¹ World Obesity Federation og WHO, *Taking Action on Childhood Obesity*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274792/WHO-NMH-PND-ECHO-18.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, sist besøkt 9. august 2021.

² Unicef, *THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2019 Growing well in a changing world, CHILDREN, FOOD AND NUTRITION*, side 16 flg. <https://www.unicef.org/media/60806/file/SOWC-2019.pdf> sist besøkt 11. august 2021

³ Unicef definerer malnutrition slik: “lack of proper nutrition, caused by not having enough to eat, not eating enough of the right things, or being unable to use the food that one does eat”. Op. cit. s. 16.

⁴ Op. cit. side 18.

⁵ Almadine Garde, Joshua Crutis og Olivier De Schutter, «Ending Childhood Obesity: Introducing the issue and the legal challenge», i Almadine Garde, Joshua Crutis og Olivier De Schutter (red.) *Ending Childhood Obesity. A challenge at the Crossroads of International Economic and Human Rights Law*, Elgar Studies in Health and the Law, 2020, s. 1-28, på s. 7.

WHO at den pågående COVID-19 pandemien, og konsekvensene av tiltak mot denne, også vil kunne føre til økning i forekomsten av fedme hos barn.⁶

Jeg vil undersøke hvilke rettslig relevante spørsmål som kan reises i forbindelse med denne problematikken, og sette problemet på dagsorden også innenfor en rettsvitenskapelig sammenheng gjennom en kobling mellom helse og menneskerettigheter. Dette vil selvfølgelig ikke løse det faktiske problemet, men kan skape oppmerksomhet og innebære en invitasjon til andre om å arbeide videre innenfor noen av de sporene jeg skisserer. Jeg vil synliggjøre at rettighetsspørsmål kan knytte seg til generelle forebyggende tiltak, nasjonalt og internasjonalt, og til tiltak på individ-nivå. I begge sammenhenger vil det være vanskelige interesse- og rettighetskonflikter som man må forholde seg til.

Å få bukt med pandemien krever handlinger på høyt internasjonalt nivå, men dette kan ikke være en sovepute for nasjonale myndigheter. Jeg ønsker å påpeke at det finnes et handlingsrom, samt at nasjonale myndigheter også kan ta ansvar som pådriver internasjonalt.

Artikkelen er rent juridisk, og tar dermed ikke opp i seg gevinster ved å nærme seg feltet tverrfaglig, likevel slik at en del empiri, informasjon og argumenter er hentet fra kilder som ikke er juridiske eller har karakter av soft-law instrumenter. Det må være et samspill mellom juridiske og andre kilder. Dette både for å gi de rettslige begrepene et nærmere innhold, for å avdekke hvilke interesser som berøres og, som her, for å vise hva den aktuelle helseutfordringen består i og hvilke muligheter og problemer som ligger i det forebyggende arbeidet. En hensikt med artikkelen er å synliggjøre nettopp den sammensatte problematikken – også om man avgrenser til det rent rettslige, og oppfordre til at også jurister engasjerer seg i arbeidet mot denne pandemien.

Mitt perspektiv er barnerettslig, noe som innebærer at jeg ønsker å beskrive, forklare og forstå barns rettslige stilling, med særlig sikte på å bedre barns stilling i retten og i samfunnet. Med en slik tilnærming vil FNs barnekonvensjon fremstå som den mest helhetlige, overordnede rettskilden.⁷ Barns rettslige stilling kan imidlertid ikke sees isolert, men må sees i forhold til andres rettigheter, plikter og ansvar.

Til tross for den store forekomsten, er fedme fortsatt tabubelagt, særlig når man nærmer seg individnivå og ikke minst fedme hos barn.⁸ I rettslig sammenheng er det ikke ofte man drøfter tabubelagte tema, tema som det knytter seg fordommer, skyld og skam til. Det er et poeng ikke å bygge opp under et slikt stigma, men tvert imot prøve å bryte det ned. Grunnloven § 104 første ledd om barns rett til respekt for sitt menneskeverd bør her være en rettesnor, særlig i arbeid med informasjon og opplæring.⁹

1.2 Den videre fremstillingen

Jeg starter med et rettsteoretisk spørsmål: Hvilken merverdi kan det ha å nærme seg problematikken ut fra et rettighetsperspektiv? (2) Deretter skisserer jeg hva som ligger i begrepet «retten til helse» og hva retten til helse innebærer for barn. (3) I forlengelsen ser jeg på fedme som helseutfordring. Jeg beskriver i popularisert form hva denne helseutfordringen består i, og redegjør så for hvor stort problemets omfang er, nasjonalt og internasjonalt. (4)

⁶ <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2021/high-rates-of-childhood-obesity-alarming-given-anticipated-impact-of-covid-19-pandemic>, sist besøkt 11. august 2021.

⁷ FNs konvensjon om barnets rettigheter, vedtatt 20. november 1989.

⁸ <https://www.nfht.no/2019/10/20/siste-nytt-fra-fedmeforskningen-i-norge/>

⁹ Katharina Ó Cathaori og Mette Hartlev, «The child's right to health as a tool to end childhood obesity», i Garde, Crutis og De Schutter, *op. cit.* s. 57-85, på side 81 flg.

Deretter nærmer jeg meg temaet fra et forebyggende helseperspektiv, delvis fakta-orientert. Her trekker jeg på enkelte større undersøkelser av ulike virkemidler i kampen mot fedme, jeg ser på interessekonflikter og herunder markedsføring rettet mot barn. Her går jeg nærmere inn på statens sikringsplikt og ulike rettslige virkemidler som kan tas i bruk i kampen mot fedme hos barn. (5)

Den neste problemstillingen, som behandles relativt kort, gjelder statens forebyggende ansvar vurdert opp mot foreldrenes ansvar og retten til respekt for privat- og familielivet. (6)

Jeg tar så et sidespor hvor jeg ser på hvordan verdenssamfunnet håndterer fedmepandemien, sammenlignet med hvordan COVID-19 pandemien håndteres, og hvilken betydning denne smittsomme pandemien har for barn med fedme (7). Til slutt trekker jeg tråden tilbake til start og kommer med en oppfordring til innsats (8).

Et stort og selvstendig tema, som jeg i denne artikkelen avgrenser mot, handler om rettighetene til barn som allerede har utviklet en fedme som krever hjelp fra helsetjenesten og/eller barnevernet. Spørsmålene dreier seg både om når rettigheten oppstår, rettighetens nærmere innhold, om barns medvirkning og bestemmelsesrett, og om forholdet mellom barn, foreldre, helse- og barneverntjenesten.

2 Rettigheter – styrken ved en rettighetstilnærming.

2.1 Tilbakeblikk

Det har vært en mangelfull kobling mellom temaet helse og barns menneskerettigheter.¹⁰ De organisasjonene som har særlig ansvar for helse, er andre enn de som arbeider med barns menneskerettigheter. Eksempler er her bærekraftmålene (SDG) som viser et sterkt internasjonalt engasjement for å bedre barns helse, men som ikke er koblet opp mot barns rettigheter, som rettslig bindende forpliktelse for statene. FNs barnekomite har i begrenset grad adressert fedmepandemien som en krenkelse av barns menneskerettigheter.¹¹

Fedmeproblematikken har siden 1990-tallet vært gjenstand for oppmerksomhet fra WHO som et omfattende globalt helseproblem. I 2011 arrangerte FNs generalforsamling det første toppmøtet om ikke-smittsomme sykdommer (NCD) og det var da barnefedme og NCD ble fullt ut erkjent som et globalt og omfattende problem. Det ble opptakten til deklarasjoner, handlingsplaner, og anbefalinger, og etablering av kommisjoner, arbeidsgrupper osv. med oppgave å møte utfordringene. I 2014 oppnevnte WHOs generalsekretær The Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO), som fikk i oppdrag å lage en rapport om hvilke tilnæringsmåter og kombinasjoner av virkemidler som ble antatt å være mest virksomme for å takle overvekt og fedme hos barn i ulike sammenhenger verden over. *Først i 2017 ble behovet for juridisk ekspertise uttrykkelig anerkjent.*¹²

Det er altså andre faggrupper som i hovedsak har vært på banen. Det finnes mye forskning og mange utredninger med kartlegging av forekomsten av overvekt/fedme, også blant barn, og hvor medisinske og samfunnsmessige konsekvenser undersøkes nærmere. Internasjonalt er det også kommet noe juridisk litteratur om temaet, men nasjonalt ser det ut til at rettslige spørsmål knyttet til denne pandemien i stor grad har gått under radaren.

¹⁰ Ursula Kilkelly, «The Health Rights of Children», i Jonathan Todres og Shani M. King, (red.) *The Oxford Handbook of Children's Rights Law*, Oxford University Press 2020, side 367-387, på side 368 og Ó Cathaori og Hartlev, 2020, s. 57-85 på s. 84.

¹¹ Kilkelly (2020) s. 368.

¹² Almadine Garde, Joshua Crutis and Olivier De Schutter, «Ending Childhood Obesity: Introducing the issue and the legal challenge», i Garde, Crutis og De Schutter, *op. cit.* s. 1-28, på s. 8.

På denne bakgrunn oppstår spørsmålet om det kan ha en merverdi å nærme seg problematikken ut fra et rettighetsperspektiv, gjennom å synliggjøre rettigheter, ansvar og forpliktelser.

2.2 Rettigheter som merverdi

Det finnes diskurser innen mange fagfelt om hvordan man best kan forbedre barns liv. Det er utviklede diskurser og metoder innenfor medisin, folkehelsefag, pedagogikk, utdanning, økonomi. Hvordan (og hvorfor) overbevise aktører innenfor andre fagfelt, om også å ta barns rettigheter på alvor? Som Tobin spør, hvorfor skal de gi avkall på egne diskurser, eller kompromisse, til fordel for et abstrakt og legalistisk begrep som rettigheter?¹³ Hans svar er at det er nødvendig med en gjensidig respekt for og anerkjennelse av hverandres perspektiver i arbeidet for å bedre barns liv.

Policydokumenter henviser i økende grad til merverdien - 'the added value'- av en menneskerettslig tilnærming for å forebygge og kontrollere ikke smittsomme sykdommer.¹⁴

De siste 30 årene siden Barnekonvensjonen ble vedtatt, har verden som helhet oppnådd enorme forbedringer når det gjelder barns helse.¹⁵ Det er likevel fortsatt store skiller mellom statenes måloppnåelse. I UNICEF sitt arbeid for å sikre ethvert barn rett til helsetjenester, har organisasjonen en uttalt menneskerettsbasert tilnærming - 'Human Rights-Based Approach'. Dette innebærer at barnekonvensjonen utgjør ryggraden i arbeidet og at policy og programmer skal være i samsvar med menneskerettslige normer, standarder og prinsipper slik disse er nedfelt i internasjonale avtaler og konvensjoner. Dette gjelder både for arbeid på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Organisasjonen arbeider også ut fra et prinsipp om rettferdighet - 'equity' - som innebærer at den kanalisere kreftene dit det er mest behov. Det handler om en ambisjon om rettferdighet og muligheter - 'a faire chance' - for alle barn, og er med på å gi arbeidet legitimitet.

Michael Freeman understreker viktigheten av rettigheter også for barn.¹⁶ Rettigheter handler om nødvendigheter, ikke om luksus, og dreier seg ofte om minimumskrav. Menneskerettigheter er viktige fordi de er inkluderende, de er universelle og gjelder for alle mennesker. Rettigheter er en diskurs om forpliktelser, som krever ansvarliggjøring (accountability) heller enn veldedighet. Å anerkjenne eller tilkjenne rettigheter er å respektere menneskeverdet, å respektere mennesket som et mål i seg selv. Rettigheter handler også om makt (empowerment). For de med mest makt, kan rettigheter for andre være ubeleilig, mens for de i svakere posisjon, som barn ofte er i, kan rettigheter være viktig.¹⁷ Rettigheter gir innehaverne en mulighet for å utøve «agency». Agency er et mål på i hvilken grad barn er behandlet som selvstendige rettighetshavere, heller enn som objekter i behov for beskyttelse.¹⁸ Det handler om muligheter for å påvirke eget liv gjennom å utøve deltakerrettigheter i viktige sammenhenger. Her kan det ligge særlige utfordringer når det gjelder barn og muligheten til å få gjennomført sine rettigheter. Rettigheter er også et særdeles viktig

¹³ John Tobin, «Taking Children's Rights Seriously: The Need for a Multilingual Approach», i Alison Diduck, Noam Peleg og Helen Reece, *Law in Society: Reflections on children, family, culture and philosophy*, Brill 2020, s. 127-140 på side 128.

¹⁴ Sarah A Roache og Oscar A Cabrera, «International human rights and childhood obesity prevention», i Garde, Crutis og De Schutter, *op. cit.*, s.8.

¹⁵ Pauline Neefjes, «Current Developments in Global Child Health Care: UNICEF Data and Experiences», i Jozef H.H.M. Dorscheidt og Jaap E. Doek, *Children's rights in health care*, Brill 2019., s. 32-47 på side 38 flg.

¹⁶ Michael Freeman, «The Human Rights of Children» i *Current Legal Problems*, Volume 63, Issue 1, 2010, s. 1-44. <https://doi.org/10.1093/clp/63.1.1>

¹⁷ Fortsatt Freeman 2010, (n. 16) s. 17.

¹⁸ Conor O'Mahony, «Constitutional Protection of Children's Rights: Visibility, Agency and Enforceability» i *Human Rights Law Review*, Volume 19, Issue 3, November 2019, s. 401-434.

<https://doi.org/10.1093/hrlr/ngz017>

argumentasjonsredskap som kan bli brukt i kampen for å sikre anerkjennelse (legitimacy), og de kan også være basis for å kreve tiltak, noe som gir rettigheter positivt heller enn symbolsk verdi.¹⁹ Freeman mener at rettigheter uten virkemidler bare er av symbolsk viktighet, ikke noe mer. Rettigheter er også en ressurs fordi de tilbyr gjennomtenkte resonneringer som det er vanskelig å argumentere mot. Uten rettigheter er man ikke berettiget til noe.²⁰

Bruk av et rettighetspråk kan være med på å synliggjøre felt som har vært skjult eller underkommunisert.²¹ Det er vanskelig å se hva som kan komme i stedet, som kan tilby samme merverdi som en rettighetstilnærming.

3 Barns rett til helse som menneskerettighet

Å nyte godt av høyest oppnåelige helsestandard er en av de fundamentale rettighetene alle mennesker har, og rettigheten eksisterer uten skiller ut fra rase, religion, politisk overbevisning og økonomiske eller sosiale forhold. Rettighetens opprinnelse kan spores tilbake til WHO's konstitusjon fra 1946,²² og til Verdenserklæringen om menneskerettigheter fra 1948.²³ Først i 1966 ble retten til helse nedfelt i internasjonal bindende lov, gjennom FN konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12.²⁴ Her anerkjennes retten for «enhver» til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk. Når det spesifikt gjelder barn, pålegges statene å minske foster- og spedbarnsdødeligheten og fremme barnets sunne utvikling, jf. artikkel 12 nr. 2 a). FN's barnekonvensjon, som ble vedtatt i 1989, utdyper i artikkel 24 rettighetene spesifikt for barn, og ser retten til helse ut fra et barnerettslig perspektiv eller tilnærming.²⁵

Barnekonvensjonen artikkel 24 nr. 1 lyder slik:

«Partene anerkjenner barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratras sin rett til adgang til slike helsetjenester.»

Videre i artikkel 24 konkretiseres rettigheten noe nærmere (se nedenfor). I sin generelle kommentar om retten til høyest oppnåelige helsestandard, tolker barnekomiteen retten til helse slik:

«an inclusive right, extending not only to timely and appropriate prevention, health promotion, curative, rehabilitative and palliative services, but also to a right to grow and develop to their full potential and live in conditions that enable them to attain the highest

¹⁹ Michael Freeman, «The Human Rights of Children», i *Current Legal Problems*, Volume 63, Issue 1, 2010, s. 1–44, på side 18 <https://doi.org/10.1093/clp/63.1.1>

s. Se også Karl Hanson and Noam Peleg, «Waiting for Children's Rights Theory», i *The International Journal of Children's Rights*, Volume 28: Issue 1 2020, s. 15-35 <https://doi.org/10.1163/15718182-02801005>

²⁰ Fortsatt Freeman (2010) s. 18.

²¹ Savitri Goonesekere, «The Interrelated and Interdependent Nature of Children's Rights», i Jonathan Todres and Shani M. King, (red.) *The Oxford Handbook of Children's Rights Law*, Oxford University Press 2020, s. 71-98, på side 72.

²² <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> sist besøkt 9. august 2021.

Konstitusjonen ble vedtatt av the International Health Conference som ble gjennomført i New York fra 19. juni til 22. juli 1946, signert 22. juli 1946 av representanter fra 61 stater.

²³ Menneskerettighetserklæringen vedtatt av FN's generalforsamling i Paris 10. desember 1948.

²⁴ Den internasjonale konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, 16. desember 1966.

²⁵ Helt innledningsvis vil jeg minne om at både ØSK og barnekonvensjonen er en del av norsk rett, og har henholdsvis siden 1999 og 2003 hatt samme status som annen norsk lovgivning. Hvis disse konvensjonene og annen norsk lovgivning er i strid med hverandre, er det konvensjonene som går foran, jf. mrl. § 2 nr. 2 og 4 og § 3.

standard of health through the implementation of programmes that address the underlying determinants of health.»²⁶

Barnekomiteen ser også sin definisjon i sammenheng med hvordan Verdens Helseorganisasjon (WHO) tolker helse-begrepet i fortalen til WHO's konstitusjon: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.»²⁷ Helse omfatter altså mye mer enn fravær av sykdom og uførhet, men også opplevelse av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære. Denne definisjonen sammenfaller neppe med de rettslige kravene som kan stilles til statene. Det viktigste i juridisk sammenheng, er at helse omfatter mer enn fravær av sykdom eller uførhet, og at statens ansvar også omfatter de såkalte helse-determinantene.²⁸ FNs barnekomitee bygger i sin generelle kommentar på WHO's positive forståelse av helse, som grunnlag for behandlingen av folkehelseperspektivet.²⁹

I artikkelen 'The child's right to health as a tool to end childhood obesity', viser forfatterne hvordan anbefalinger fra internasjonale menneskerettighetsorganer og fra organer med ansvar for folkehelse tiltak, som WHO, gjensidig kan styrke hverandre. Barnekonvensjonen bidrar med tung rettslig og moralsk styrke, mens rapporter fra WHO's Commission on Ending Childhood Obesity gir evidensbasert kunnskap og veiledning.³⁰

Artikkel 24 har et klart folkehelseperspektiv. Bestemmelsen fremhever statens ansvar for helsetjenester og tiltak som skal tjene hele barnebefolkningen. Som eksempler kan nevnes vaksinasjonsprogrammer, helseundersøkelser for gravide og nyfødte, helsestasjoner for mødre og småbarn og for ungdom, skolehelsetjeneste, seksualopplysning, smitteverntiltak, tiltak for å bedre ernæring og sikre god kvalitet på drikkevann, hygieneforskrifter og annet som faller inn under miljørettet helsevern.³¹ I vår sammenheng, med fedme betraktet som sykdom, er det særlig relevant å trekke frem artikkel 24 nr. 2 c, som omhandler bekjempelse av sykdom og feilernæring og bokstav f, som omhandler ansvar for utvikling av forebyggende helseomsorg foreldreveiledning og undervisning. Det er av avgjørende betydning for helsetilstanden for hele befolkninga, og ikke minst for barn, at man har et godt utbygd og fungerende folkehelse tilbud.

Retten til helse innebærer ikke at alle har rett til en god helse, men rett til *den høyeste oppnåelige* helsestandard.³² Hva som er oppnåelig vil avhenge av de sosiale og miljømessige forholdene i samfunnet som helhet, forhold for den gruppen som en person tilhører og situasjonen for den enkelte selv.³³

²⁶ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, pkt. 2.

²⁷ <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1> sist besøkt 9. august 2021.

²⁸ Margaret Whitehead, og Göran Dahlgren, «What can be done about inequalities in health?» i *Public Health*, Volume 338, Issue 8774, s. 1059-1063, 26. oktober 1991. Publisert: 26. Oktober 1991. DOI: [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)91911-D](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)91911-D)

²⁹ CRC/C/GC/15, pkt. 4.

³⁰ Ó Cathaori og Hartlev 2020, s. 57-85.

³¹ Henriette Sinding Aasen og Marit Halvorsen, «Barns rett til den høyest oppnåelige helsestandard», i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.) *Barnekonvensjonen Barns rettigheter i Norge*, 4. utgave 2020, side 208-230, på side 212.

³² Asbjørn Eide, «Retten til helse som menneskerettighet», *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter* 24: 4 (2006) s. 274-290 på s. 276. Tilsvarende følger av FN konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12.

³³ Eide (2006) s. 276.

Det er også verdt å merke seg at staten har et grunnlovsfestet ansvar for å sikre barns nødvendige helsemessige trygghet. Grunnloven § 104 har siden 2014 regulert barns grunnlovsfestede rettigheter, og avsluttes slik: «Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie». Denne bestemmelsen utgjør en overordnet rettslig norm som lovgivning og praksis må leve opp til.

Det er imidlertid ikke helt enkelt å vite hvilke konkrete rettigheter og plikter som kan utledes av de overordnede kildene. Barnekomiteen og ØSK-komiteen gir til en viss grad tolkningsbidrag knyttet til en oppfatning av hva som er rimelige tiltak det må forventes at statene iverksetter. ØSK komiteen viser til at retten til helse i alle former inneholder noen essensielle komponenter, som henger sammen; availability, accessibility, affordability, acceptability og quality.³⁴ Altså, tjenester og tiltak må finnes og være tilgjengelige for alle uten diskriminering, de må være mulig å få tilgang til og til en pris som de som trenger det, har råd til. Tjenestene må utøves med respekt for medisinsk etikk og kultur, og det gjelder et kvalitetskrav. Komiteen viser til at den presise anvendelsen av disse komponenten vil avhenge av situasjonen i den enkelte stat. ØSK komiteen henviser til barnekonvensjonen når den spesifikt behandler barns rettigheter i sin generelle kommentar punkt 22 og 23, og avslutter i punkt 24 med å henvise til at i all politikk og i alle programmer rettet mot å garantere retten til helse for barn og unge, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn, «primary consideration».

Retten til helsetjenester inngår i retten til helse. Dette er i utgangspunktet rettigheter av ulik karakter, men de henger sammen, og det er vanskelig å kunne sikre barn den høyest oppnåelige helsestandard, uten å samtidig sikre tilgang til helsetjenester.³⁵

Retten til helse er en av de mest sentrale, substansielle rettigheter som følger av barnekonvensjonen, og den er grunnleggende også for barns mulighet til å nyte godt av konvensjonens øvrige rettigheter. Artikkel 24 må altså sees i sammenheng med konvensjonen som helhet. De grunnleggende prinsippene i artikkel 2 (ikke-diskriminering), artikkel 3 (barnet beste), artikkel 6 (retten til liv, overlevelse og utvikling) og artikkel 12 (retten til å bli hørt), har sin klare funksjon også når det gjelder retten til helse. Videre vil dårlig helse eller mangel på nødvendig helsehjelp, kunne føre til krenkelse av ytterligere rettigheter som retten til utdanning (artikkel 28) og retten til en adekvat levestandard (artikkel 27) og retten til lek og fritid (artikkel 31). På den annen side kan mangelfull oppfyllelse av andre sosio-økonomiske rettigheter, som retten til adekvat levestandard, sosial sikkerhet (art. 26), beskyttelse mot vold og misbruk og utnyttelse (art. 19, 33 og 34) igjen føre til dårlig helsesituasjon for barn. Bestemmelsene henger altså sammen. Kilkelly er kritisk til at barnekomiteen ikke utpekte retten til helse og artikkel 24 som en av konvensjonens grunnleggende prinsipper, som kunne blitt en solid plattform, også for gjennomføringen av de øvrige rettighetene.³⁶

Det er nødvendig at rettigheter og plikter presiseres nærmere både på internasjonalt og på nasjonalt nivå, ikke minst med tanke på håndhevelse og gjennomføring av rettighetene. Staten og samfunnet som helhet spiller en avgjørende rolle når det gjelder muligheten for å oppnå den høyest oppnåelige

³⁴ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment No. 14, (2000) *The right to the Highest Attainable Standard of Health*, pkt. 12.

³⁵ Kilkelly 2020, side 367-387, på side 369.

³⁶ Op. cit. s. 368 og 371.

helsestandard for barn, generelt i samfunnet og når det gjelder helsesituasjon for den enkelte, igjen ut fra vedkommendes individuelle forutsetninger og familiesituasjon.³⁷

I velferdsretten skiller vi gjerne mellom ulike typer rettigheter. Noen gir bare rett til konkurranse om knappe goder, hvis vilkårene for rettigheten ellers er oppfylt. Andre goder eller tjenester som man har rett til å få hvis vilkårene er oppfylt, uavhengig av ressursituasjonen, kalles gjerne rettskrav. Retten til nødvendig individuell *helsehjelp* etter pasient- og brukerrettighetsloven er en slik rettighet.³⁸ Andre rettigheter befinner seg på et mer overordnet nivå, hvor ansvarsaspektet (det offentlige lovfestede 'sørge for'-ansvar) blir mer fremtredende, uten at motsvarende rettigheter enkelt kan individualiseres. Her kan nevnes kommunenes ansvar for å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjenester i skolen og helsestasjonstjenester.³⁹ Også statens helt overordnede ansvar etter barnekonvensjonen artikkel 24 hører med. Retten til helse i videre forstand omfatter alle disse typer rettigheter.

4 Fedme som helseutfordring

4.1 Hva regnes som fedme?

Det finnes ulike definisjoner av fedme, som kan passe mer eller mindre bra for barn i norske forhold. For mitt formål er det ikke nødvendig å trekke opp en klar grense, men jeg forholder meg i utgangspunktet til den definisjonen Folkehelseinstituttet gir og som har nær sammenheng med WHO's definisjon.⁴⁰ Her er fedme definert som kroppsmasseindeks (KMI) over eller lik 30, beregnet ut fra vekt delt på høyde gange høyde (kg/m^2). Når KMI tallet øker utover dette, altså over 30, snakker man også om ulike kategorier av alvorlig fedme. Definisjonene kan uansett ikke brukes slavisk på individnivå, fordi indeksen ikke viser hvordan sammensetningene av muskler og fett er, og heller ikke om fett er plassert på kroppen der det er mest helseskadelig (bukfett).⁴¹

Overvekt er definert som kroppsmasseindeks over eller lik 25 kg/m^2 . Fedme er definert som KMI over eller lik 30 kg/m^2 . Barn og unge må vurderes etter andre KMI-verdier enn voksne, og WHO har utarbeidet vekstkurver for barn i alderen 0-5 år.⁴² Disse gir en standard KMI for barn mellom 1 og 5 år, som definerer overvekt til vekt-for-høyde større enn 2 standard avvik fra WHO sin barnevekst-standard median, og fedme til en tilstand med 3 standard-avvik. Tilsvarende regnes personer mellom 5 og 19 år som overvektig ved KMI-for-alder større enn 1 standard avvik fra WHO sin vekst referanse median, og tilsvarende fedme som en tilstand med større enn 2 slike avvik.⁴³

³⁷ Eide (2006) s. 276

³⁸ Jf. lov-1999-07-02-63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) kapittel 2 samt § 6-1.

³⁹ Jf. lov-2011-06-24-30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-2 nr. 1.

⁴⁰ <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-kmi-og-helse/> sist besøkt 6. september 2021.

⁴¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> sist besøkt 6. september 2021.

⁴² <https://www.fhi.no/fp/overvekt/kroppsmasseindeks-vekt-og-hoyde-hos/> sist besøkt 6. september 2021.

⁴³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> sist besøkt 6. september 2021.

«9 June 2021

Key facts

- Worldwide obesity has nearly tripled since 1975.
- In 2016, more than 1.9 billion adults, 18 years and older, were overweight. Of these over 650 million were obese.
- 39% of adults aged 18 years and over were overweight in 2016, and 13% were obese.
- Most of the world's population live in countries where overweight and obesity kills more people than underweight.

KMI-tallet egner seg til å vurdere helserisiko for større grupper, i mindre grad på individnivå. Det finnes barn med vekt langt over og langt under gjennomsnittet, uten at barna er syke eller har andre helseutfordringer. Samtidig vet vi at selv om barnet her og nå har god helse, kan for høy overvekt og fedme på sikt føre til helseproblemer og stenge for barns muligheter fremover til å utvikle sitt fulle potensial (BK art. 6). Denne artikkelen handler altså primært om fedme, det vil si de høye vekttilstandene som skader eller kan skade barns helse, med KMI over 30.

4.2 Årsaksforhold

Det er ikke mulig å svare kort og entydig på hva som er årsaken til fedme-pandemien. Se nærmere i punkt 5 om mer bakenforliggende årsaker.

Årsaksforholdet er komplisert og sammensatt, men noen faktorer går igjen i mange forskningsrapporter og utpekes ofte som sentrale direkte årsaker: genetiske/biologiske faktorer, for lite fysisk aktivitet, kosthold eller en kombinasjon av disse faktorene. Fedme kan være utslag av psykisk lidelse, spiseforstyrrelser i form av overspising, og kan samtidig også føre til psykiske problemer. I mer sjeldne tilfeller, kan fedme skyldes annen underliggende sykdom (og medisiner) som for så vidt også kan være livsstilsrelaterte.⁴⁴

Men - det voksende antallet over kort tid, kan neppe forklares med at verdens befolkning har endret genetik. Dermed må fenomenet, og de sentrale faktorene og mer bakenforliggende årsaker, ha sammenheng med forhold i tiden vi lever i, og i trekk som gjør seg gjeldende globalt. Det pågår forskning om hvorvidt ulike kjemiske stoffer i våre omgivelser, «obesogener», på ulike måter kan påvirke prosesser i kroppen, som igjen kan ha betydning for utviklingen av fedme.

Termen «obesogenic environment» dukket opp i vitenskapelige artikler fra slutten av 1990 tallet,⁴⁵ og sikter til et miljø som fremmer og bidrar til fedme. Det handler om det samlede omfang av fysiske, økonomiske, politiske, sosiale og kulturelle faktorer som omgir oss.⁴⁶

For få år siden var overvekt og fedme et problem hovedsakelig i høy-inntekts land, men har i de senere år økt dramatisk i land med lavere og midlere inntektsnivå, hvor man nå ser den største forekomsten. Pandemien vokser også mest i disse landene.⁴⁷

De internasjonale matvare-gigantene og ikke minst internasjonal handelspolitikk peker seg ut som viktige faktorer i denne utviklingen.⁴⁸ Mat og drikkevarer som metter, er billige, ofte velsmakende, ser innbydende ut, har lang holdbarhet også uten kjølemuligheter, som til dels er ultraprosessert, har lavt innhold av viktige næringsstoffer og høyt innhold av usunt fett, sukker/søtstoffer eller salt, produseres, markedsføres og distribueres enkelt og i stort volum over store avstander med god

-
- 39 million children under the age of 5 were overweight or obese in 2020.
 - Over 340 million children and adolescents aged 5-19 were overweight or obese in 2016.
 - Obesity is preventable.»

⁴⁴ Helena M. V. Jørgensen, Therese Knag, Yngvild Danielsen og Pétur B. Júlíusson, «Behandling av fedme hos barn og unge», *Pediatrik Endokrinologi* 2008;22:64-69.

http://pediatrik-endokrinologi.no/2008/2/Joergensen_Knag_Danielsen_Juliusson_2008_2.pdf

⁴⁵ Swinburn, B., Eggar, G., og Raza., F. «Dissecting obesogenic environments; the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity.» *Preventive Medicine*, 29(6), 1999 s. 563-570. Denne fremstår som en av de grunnleggende artiklene om temaet.

⁴⁶ Dette er et stort tema som jeg ikke kan gå nærmere inn på i denne sammenheng.

⁴⁷ https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1

⁴⁸ Almadine Garde, Joshua Crutis og Olivier De Schutter, «Ending Childhood Obesity: Introducing the issue and the legal challenge», i Garde, Crutis og De Schutter *op.cit.* s. 1-28, særlig s. 10 flg.

tilgang til markeder globalt. Disse varene utkonkurrerer lokalt produserte sunnere alternativer, som ofte blir dyrere og hvor produsenten har langt svakere økonomiske muskler bak sin virksomhet.

4.3 Helseutfordringen ved fedme

Hos barn er overvekt og fedme ikke nødvendigvis forbundet med sykdom, her og nå. Barnet kan ha relativt god helse i vid forstand, selv om vekten er høy. Selv om helsetilstanden her og nå kan være tilfredsstillende, vil en fedmetilstand kunne påvirke barns mulighet til å få realisert sitt fulle potensial både på kort og lang sikt. Det skal heller ikke legges skjul på at fedme i barne- og ungdomsalder, og i særdeleshet de alvorligste gradene av fedme, representerer en stor helseutfordring. Hos barn med fedme er psykososiale komplikasjoner fremtredende, og gir over tid økt risiko for hjerte- og kar sykdommer og stoffskiftesykdommer som diabetes type 2. Også skjelettplager rapporteres. I tillegg er fedme hos barn sterkt forbundet med fedme i voksen alder, hvor disse utfordringene forsterkes og andre kommer i tillegg.⁴⁹

Fedme er vanskelig å behandle, også hos barn, og det er derfor et viktig poeng i å satse på forebyggende tiltak.⁵⁰ Det er samfunnsøkonomisk lønnsomt, og hvis man klarer å forebygge fedme, gir det selvsagt store personlige gevinster også for dem som ellers kunne blitt rammet.

4.4 Pandemiens omfang

Fedme hos barn er som sagt et internasjonalt og raskt voksende helseproblem, som allerede har stort omfang. WHO opplyser at overvekt/fedmeproblematikken omfattet 39 millioner barn under 5 år i 2020.⁵¹ Tilsvarende gjaldt i 2016 over 340 millioner barn og ungdom i alderen 5-19 år. Samtidig slår WHO fast at fedme kan unngås.

Den internasjonale organisasjonen World Obesity anslår at 50 millioner jenter og 74 millioner gutter i alderen 5-19 år har en fedmetilstand.⁵² Ingen land er på vei til å klare å implementere målene som ECHO⁵³ har satt med hensyn til å stanse økningen i fedme-pandemien. I noen høy-inntektsland ser tempoet i økningen av forekomsten ut til å avta noe, samtidig som de alvorligste grader av fedme øker. I land med lavere og midlere inntekt, øker hele problemet i stort tempo. Gjennomgående rammes mennesker med lavere sosio-økonomisk status hardest av pandemien, også i høy-inntektsland. Antall mennesker som kan sies å være alvorlig overvektige, har vært sterkt stigende gjennom de siste ti-årene. Størstedelen av verdens befolkning bor nå i land hvor overvekt- og fedmerelaterte lidelser som hjerte- og karsykdommer, diabetes og visse kreftformer, fører til flere dødsfall enn sult. Dette gjelder i alle regioner unntatt i deler av Afrika sør for Sahara og Asia.⁵⁴

Statene, ikke minst stater med midlere og lavere inntektsnivå, vil få betydelige utfordringer med sine helsebudsjetter når det store og økende antallet av barn som lider av fedme blir voksne og følgesykdommene materialiserer seg.

For norske forhold viser tall fra 2017 at omtrent ett av seks barn har overvekt eller fedme, og det er tegn til at denne utviklingen har stabilisert seg.⁵⁵ Omtrent en av fire ungdommer har overvekt eller

⁴⁹ Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*, Juli 2010, ISBN-nr. 978-82-8081-193-6.

⁵⁰ [Barn med fedme forblir overvektige etter behandling \(forskning.no\)](https://www.forskning.no) sist besøkt 10. august 2021.

⁵¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Sist besøkt 9. august 2021.

⁵² <https://www.worldobesity.org/news/childhood-obesity-maintaining-momentum-during-covid-19> sist besøkt 2. september 2021.

⁵³ 2016 World Health Organization Commission on Ending Childhood Obesity.

⁵⁴ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>, sist besøkt 9. august 2021.

⁵⁵ <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/overvekt-og-fedme/>, sist besøkt 10. august 2021.

fedme, og her er det tegn til at andelen øker. Også i Norge ser man sosio-økonomiske skiller på dette området.⁵⁶

5 Statens sikringsplikt og ulike virkemidler i kampen mot fedme

5.1 Innledning.

Dette er et sammensatt kapittel som omhandler statens sikringsplikt og ulike virkemidler i kampen mot fedme, primært ut fra et forebyggende helseperspektiv. Det finnes internasjonalt et omfattende materiale om barn og fedmeproblematikk, og mye peker i samme retning. Jeg starter med å understreke statens plikt til å sikre barns rettigheter etter barnekonvensjonen, også gjennom å forebygge rettighetskrenkelser (5.2). I forlengelsen presenteres uttalelser om tematikken fra sentrale FN organer (5.3). Deretter kommer kun noen eksempler fra større studier og undersøkelser på området knyttet til mulige virkemidler, årsaks- og ansvarsforhold. Her omtales også temaet digital markedsføring av mat rettet mot barn (5.4). Avslutningsvis tar jeg opp problemstillingen om generelle folkehelseiltak, især de som er rettet mot barn, i større grad, innenfor gjeldende rett, må anerkjennes som rettigheter og få en sterkere rettighetskarakter (5.5)

5.2 Sikringsplikten

Det er staten som er part i både ØSK og Barnekonvensjonen, og det er staten som har den overordnede plikten til å treffe alle egnede og nødvendige tiltak for å gjennomføre barns rettigheter etter konvensjonen. Dette gjelder også barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering, jf. BK artikkel 24. Staten har altså et klart ansvar for å møte utfordringer på et overordnet nivå.⁵⁷

Det er nærliggende å gå til Barnekonvensjonen artikkel 4, når det gjelder hvilken plikt staten har til å sikre barns rettigheter. Artikkelen sier at «partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i denne konvensjon.»

Staten skal altså ta i bruk et vidt spekter av virkemidler for å sikre gjennomføringen av barns rettigheter. Når det gjelder økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, skal partene treffe slike tiltak «i størst mulig utstrekning innenfor de ressurser de har til rådighet, om nødvendig innenfor rammen av internasjonalt samarbeid».

De interessemotsetninger/rettighetskonflikter som oppstår her, er helt klart rettigheten/hensynet til barnets beste og barns helse, mot internasjonal handel, store økonomiske interesser og rettigheter. Det er interessekonflikter som bare til en viss grad kan løses nasjonalt, men hvor internasjonalt samarbeid er helt avgjørende. I et barnerettslig perspektiv er det vanskelig å akseptere at barns rettigheter skal ofres til fordel for økonomiske interesser. Samtidig har for eksempel matvareindustrien og internasjonal handel også enorm betydning for samfunnet i form av arbeidsplasser, velstandsutvikling og for bidrag til finansieringen av viktige samfunnsfunksjoner, noe som igjen har direkte og indirekte betydning for barns helse- og andre rettigheter. Muligheten for regulering av matvareindustrien, og ikke minst de multinasjonale selskapene som opererer globalt, er likevel helt sentral for å kunne begrense fedme som globalt helseproblem.

⁵⁶<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2016/barn-miljo-og-helse-pdf.pdf>, sist besøkt 2. september 2021.

⁵⁷ Asbjørn Eide, «Retten til helse som menneskerettighet», *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter* 24: 4 (2006) s. 274-290 på s. 280.

Noe er man imidlertid rimelig enige om. Som min gjennomgang i de følgende punktene vil viser, utpeker informasjonsarbeid, avgift, varemerking og markedsføring seg som sentrale faktorer i kampen mot fedme. Tilsvarende gjelder «sørge-for» ansvaret med hensyn til å gjøre gode alternativer til den mest usunne maten tilgjengelige, også økonomisk. Det må være mulig også for lavinntektsfamilier å velge et sunt kosthold.⁵⁸

Det pekes i flere sammenhenger på skolen, på skolens ansvar for opplæring, sunne skolemåltider og rom for fysisk aktivitet for barn. Blant annet NCD-alliansen⁵⁹ har lenge arbeidet for at regjeringen skal innfører én times fysisk aktivitet om dagen for alle elever i skolen, innføre en nasjonal skolematordning som sikrer alle elever et gratis næringsrikt måltid som inkluderer frukt og grønnsaker. Etter et representantforslag vedtok Stortinget i 2017 å be regjeringen fremme sak for Stortinget om en ordning som sikrer elever på 1.–10. trinn minst én time fysisk aktivitet hver dag innenfor dagens timetall.⁶⁰ Jeg kan ikke se at dette ble gjennomført. Men i forbindelse med regjeringsskifte i 2021 har den nye regjeringen i sin plattform uttrykt at den vil «gradvis innføre eit dagleg sunt, enkelt skulemåltid og dagleg fysisk aktivitet i skulen, med fridom for skulane til å organisere dette sjølve».⁶¹ Så gjelder det bare at dette i tilstrekkelig grad forplikter regjeringen til handling, og at det lokalt blir lojalt gjennomført.

5.3 Uttalelser fra FNs barnekomité og FNs Spesialrapportør

5.3.1 FNs barnekomité

I sin generelle kommentar fra 2013 om barns rett til helse under artikkel 24, 2 (c), «The provision of adequate nutritious foods», oppfordrer FNs barnekomite statene til å rette oppmerksomhet mot fedme hos barn.⁶²

Først tar komiteen opp hvorfor statene bør adressere fedme hos barn; fordi det er assosiert med høyt blodtrykk, tidlige markører for hjerte- og karlidelser, insulinresistens, psykologiske effekter, en høyere risiko for fedme i voksen alder og for tidlig død.

Deretter anbefaler komiteen at barns eksponering for “fast foods” som har høyt nivå av fett, sukker eller salt, som er kaloririk og samtidig fattig på mineraler og vitaminer, og for drikkevarer som inneholder høyt nivå av koffein eller andre potensielt skadelige stoffer, bør begrenses. Videre at markedsføring av slike substanser, spesielt når slik markedsføring er rettet mot barn, bør reguleres, og tilgjengeligheten av slike varer på skoler og andre steder bør kontrolleres.⁶³

⁵⁸ <https://forskning.no/barn-og-ungdom-forebyggende-helse-hoyskolen-kristiania/hvordan-forebygge-overvekt-hos-barn/1889513>

⁵⁹ NCD-alliansen (Non-Communicable Diseases – NCD) samarbeider i kampen mot ikke-smittsomme sykdommer. Alliansen består av Diabetesforbundet, Kreftforeningen, Rådet for psykisk helse, LHL og Nasjonalforeningen for folkehelsen. Alliansen representerer de store sykdomsgruppene som ligger innenfor definisjonen ikke-smittsomme sykdommer: diabetes, kreft, psykiske lidelser, kroniske lungesykdommer og hjerte- og karsykdommer. Den jobber for en bred og inkluderende folkehelsepolitikk, og et helhetlig syn på helse, der fysisk og psykisk helse henger sammen. <https://nasjonalforeningen.no/om-oss/vi-mener/prinsipprogrammer/ncd-alliansens-politiske-plattform/>

⁶⁰ Dokument 8:8 S (2017-2018), Innst. 51 S (2017-2018). Vedtak 106.

⁶¹ Hurdalsplattformen FOR EN REGJERING UTGÅTT FRA ARBEIDERPARTIET OG SENTERPARTIET 2021-2025, s. 55 og s. 58. [Hurdalsplattformen \(cloudinary.com\)](https://www.hurdalsplattformen.no/)

⁶² Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (art. 24), CRC/C/GC/15, pkt. 47.

⁶³ Se Katharina Eva Ó Cathaoir, "Child Rights as a Basis for the Regulation of Food Marketing: The Role of the United Nations Convention on the Rights of the Child" i Ton Liefaard and Julia Sloth-Nielsen (red.), *The United Nations Convention on the Rights of the Child, Taking Stock after 25 Years and Looking Ahead*, 2017 s. 564-588. https://doi.org/10.1163/9789004295056_028

I sin generelle kommentar om statens ansvar for den effekten næringslivet har når det gjelder barns rettigheter, uttaler komiteen at markedsføring rettet mot barn av produkter som sigaretter og alkohol så vel som mat og drikke med høy grad av mettet fett, trans-fett, sukker, salt og tilsetningsstoffer, kan ha en langtidsvirkning på barns helse.⁶⁴ Videre fremholder komiteen at staten, i henhold til konvensjonens artikkel 17, har en forpliktelse til å oppfordre massemedia, inkludert private medier, til å spre informasjon og materiale som barn kan profittere på, sosialt og kulturelt, og nevner sunn livsstil som eksempel.⁶⁵ Komiteen fokuserer på statens ansvar, men kunne også ifølge Garde og Murphy ha inkludert kommentarer direkte rettet mot næringslivet.⁶⁶ De sier at det kan hevdes at dette er en "missed opportunity", siden komiteens ekspertise og autoritet når det gjelder barns rettigheter, kunne ha tilført en kraftfull og supplerende stemme til the Children's Rights and Business Principle. Dette ved å ytterligere klargjøre forventninger til og forpliktelser for næringslivets aktører når det gjelder barns rettigheter, utover å referere til statens ansvar for krenkelser næringslivsaktører har begått eller bidratt til.⁶⁷

Også i barnekomiteens siste generelle kommentar om barns rettigheter i relasjon til det digitale miljøet, adresseres statens ansvar for å tilskynde bruk av digital teknologi for å fremme en sunn livsstil, som inkluderer fysisk og sosial aktivitet.⁶⁸ Statene som konvensjonsparter «should regulate targeted or age-inappropriate advertising, marketing and other relevant digital services to prevent children's exposure to the promotion of unhealthy products, including certain food and beverages, alcohol, drugs and tobacco and other nicotine products.»⁶⁹ Komiteen understreker at reguleringer av det digitale miljøet bør være kompatible med og holde tritt med reguleringer utenfor det digitale.

Barnekomiteen har tatt opp fedmeproblematikken i sin kommunikasjon med enkeltland, i sine konkluderende observasjoner etter behandling av landenes rapporter, men dette har jeg ikke undersøkt nærmere i denne sammenheng.⁷⁰

Barnekomiteen har likevel noe å gå på når det gjelder behandlingen av fedmeproblematikken, sett i forhold til kompleksiteten i den store helseutfordringen fedmepandemien innebærer for barn globalt sett.⁷¹ Komiteen kunne i større grad ha rettet oppmerksomheten mot hvordan denne pandemien utfordrer retten til helse, samt en rekke av barns øvrige rettigheter som følger av konvensjonen, og kanskje bedt statene spesifikt om å rapportere på dette området. En ny Generell kommentar om

⁶⁴ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 16 (2013) on State obligations regarding the impact of the business sector on children's rights*, CRC/C/GC/16, pkt. 19.

⁶⁵ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 16 (2013) on State obligations regarding the impact of the business sector on children's rights*, CRC/C/GC/16, pkt.58

⁶⁶ Amandine Garde and Ben Murphy, "TOWARDS A CHILDREN'S RIGHTS APPROACH TO THE REGULATION OF FOOD MARKETING", *NCHR Occasional Paper Series #10 2018, HUMAN RIGHTS AND HEALTHY DIETS Does the food industry have a responsibility to respect the human right to adequate food and diet-related health?*, Based on an International Seminar held at NCHR on 8th December 2016, hosted by FoHRC – Food Human Rights and Corporations, the Norwegian National Nutrition Council and FIAN Norway, s. 15-28 på s. 23.

⁶⁷ Amandine Garde and Ben Murphy, "TOWARDS A CHILDREN'S RIGHTS APPROACH TO THE REGULATION OF FOOD MARKETING", *NCHR Occasional Paper Series #10 2018, HUMAN RIGHTS AND HEALTHY DIETS Does the food industry have a responsibility to respect the human right to adequate food and diet-related health?*, Based on an International Seminar held at NCHR on 8th December 2016, hosted by FoHRC – Food Human Rights and Corporations, the Norwegian National Nutrition Council and FIAN Norway, s. 15-28 på s. 23.

⁶⁸ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 25 (2021) on children's rights in relation to the digital environment*, CRC/C/GC/25.

⁶⁹ Committee on the Rights of the Child, *General comment No. 25 (2021) on children's rights in relation to the digital environment*, CRC/C/GC/25 pkt. 97.

⁷⁰ Se Ó Cathaori og Hartlev 2020, s. 57-85, på side 73.

⁷¹ Se Kilkelly 2020 s. 376, Ó Cathaori 2017 s. 582 og Ó Cathaori og Hartlev 2020, s. 73.

barns rettigheter på feltet feilernæring – malnutrition – kunne også ha vært en idé, primært koblet til hvordan feilernæring også kan krenke andre barnerettigheter enn retten til helse.

5.3.2 FNs spesialrapportør

FNs spesialrapportør «for the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health», avga i 2014 rapport til Menneskerettighetsrådet, FNs hovedorgan for menneskerettigheter, hvor han trekker opp en forbindelse mellom usunn mat og kostholdsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer.⁷² Han fremhever det presserende behovet for at statene forholder seg til de strukturelle endringene i mat-industrien, som har store negative konsekvenser for den enkeltes mulighet til å nyte godt av retten til adekvat og næringsrik mat – en underliggende forutsetning for retten til helse. Han viser til at internasjonal handel, økte utenlandske investeringer i mat-sektoren og den gjennomgripende markedsføringen av usunn mat, fører til økt konsum av slike varer.

Spesialrapportøren fremhever en rekke politiske grep som kan gjøres for å øke tilgangen til og tilgjengeligheten av sunnere matalternativer, inkludert bruk av avgiftspolitik, regulering av markedsføringen og fremming av usunn mat, så vel som økt informasjon om og oppmerksomhet rundt helserisikoen representert ved usunne matvarer. Han viser til staters forpliktelser (respect, protect, fulfil) for å sikre oppfyllelse av retten til helse, og peker på matindustriens eget ansvar for å avstå fra å produsere og markedsføre usunn mat. Han understreker også behovet for ulike ansvarsmekanismer/virkemidler som den enkelte kan benytte til å søke å få erstattet krenkelser av deres rett til helse, og viktigheten av internasjonal assistanse og samarbeid i forebyggelse og for reduksjon i den økende belastningen av diett-relaterte sykdommer.

Spesialrapportøren avslutter sin rapport med en rekke anbefalinger rettet mot statene og matindustrien, om å ta konkrete skritt for å redusere produksjonen og konsumeringen av usunn mat, og øke tilgangen til sunnere matalternativer innenfor en overkommelig pris.

I rapporten pekes det etter min vurdering, på mange viktige elementer. Selv om statene har hovedansvaret og må sørge for et tilstrekkelig regelverk og effektive tiltak på feltet, har også private aktører til en viss grad et menneskerettslig ansvar. De er forpliktet til å respektere den lovgivningen som gjelder i landet, og de er sterkt oppfordret til å følge internasjonale anbefalinger og retningslinjer som er utarbeidet av både WHO, OECD og FN på området.⁷³

Hva rapportøren henviser til med tanke på ansvarsmekanismer/ muligheter for erstatning for krenkelser av retten til helse, er ikke helt klart. Men man kan kanskje trekke en parallell til det ansvar tobakksindustrien har vært pålagt bl.a. gjennom ulike gruppesøksmål for mangelfull informasjon om skadevirkninger. Det viktigste må vel være at staten tar sterkere grep for å beskytte barn generelt mot de skadevirkninger en del matvarer kan ha dersom de inntas som del av et vanlig kosthold. Igjen er det et poeng at det må tas i bruk virkemidler som medfører at sunne matvarer kan bli tilgjengelig for alle, både geografisk, økonomisk og kunnskapsmessig.

⁷² Human Rights Council, Twenty-sixth session. Agenda item 3, Promotion and protection of all human rights, civil, political, economic, social and cultural rights, including the right to development. A/HRC/26/31, 1. April 2014. *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover.*

https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session26/Documents/A-HRC-26-31_en.doc

Sist besøkt 4. mai 2021.

⁷³Njål Høstmælingen, *Internasjonale menneskerettigheter*, Universitetsforlaget, 2. utgave 3. opplag 2015, s. 426 flg. Se også "Human rights and healthy diets. Does the food industry have a responsibility for respect the human right to adequate food and diet-related health?" *Norwegian Centre for Human Rights, Occasional paper series #10/2018.*

5.4 Ansvarsforhold og mulige virkemidler

5.4.1 Policy-dokumenter fra EU, WHO og England med ulike syn på ansvarsforhold.

En gruppe danske forskere foretok en undersøkelse av fedme som politisk problem, og stilte spørsmål om hvem som bærer ansvaret for den økende forekomsten av fedme, og, viktigere, hvem som har ansvaret for å takle problemet fremover.⁷⁴ Forskerne undersøkte disse aspektene i ulike policy-dokumenter og planer fra WHO, EU og det britiske helsedepartementet. De fant at ansvar ble tillagt individer og andre aktører i ulik grad.

Når det gjaldt tilbakeskuende ansvar, ble både individer, sosiale omgivelser, myndighetene og næringslivet utpekt av alle, med noe varierende vektning. Når det gjaldt det fremtidsrettede ansvaret, forventes også individene å spille en sentral rolle i å redusere og forebygge fedme. Alle er enige om at det må finnes en balanse mellom individuelt ansvar, statens og samfunnets ansvar. WHO er den som legger den laveste grad av ansvar på individene, mens EU og det britiske helsedepartementet tillegger individene størst grad av ansvar. Forskerne analyserer forskjellene i lys av at de tre myndighetene har ulike roller. WHO er en FN-organisasjon med helse som målsetting, men som også tar hensyn til sosioøkonomiske forutsetninger og den enkelte stats tilgjengelige ressurser. WHO arbeider for en rettighetsbasert tilnærming til helse. Men medlemsstatene er ikke formelt forpliktet til å følge WHO's råd. EU er en liberal økonomisk union som har optimalisering av det indre markedet som en viktig oppgave. EU har i liten grad et direkte ansvar for helseomsorg, men forhold som merking av varer og produktinformasjon, samt landbrukspolitikk faller innenfor EUs sfære. Dette er med på å forklare EUs sterke vekt på informasjon som en viktig faktor. Tanken er at informerte innbyggere treffer sunne valg. Den britiske regjeringen har i likhet med EU ikke bare ansvar for å fremme folkehelsen, men også for å sikre forsvarlig økonomisk politikk på alle andre områder. Forskerne tar et visst forbehold ved at de bare har studert den uttalte policyen, ikke gjennomføringen av denne.

Det interessante med denne undersøkelse, i vår sammenheng, er at den viser hvordan synet på ansvarsforhold, slik det framkommer av policy-dokumenter, varierer ut fra hvilken rolle den aktuelle aktøren har. Artikkelen gir ikke grunnlag for å si noe om hvordan fedme som politisk utfordring håndteres i Norge. Det er et tankekors at temaet overhodet ikke ble nevnt i politiske debatter før Stortingsvalget i 2021. Teamet er tabubelagt og egner seg dårlig til politisk valgkamp. Det er like fullt et politisk ansvar å føre en helsefremmende politikk, og kostnadmessig må det være store gevinster knyttet til godt forebyggende helsearbeid. Også det politiske arbeidet må skje kunnskapsbasert og seriøst, og med blikk for å unngå stigmatisering av barn. Her må skolehelsetjenesten og helsestasjoner for barn og unge kunne tillegges sentrale roller, gitt at tjenestene tilføres tilstrekkelig med ressurser og gode verktøy utviklet i samarbeid med faglige aktører.

5.4.2 Sunnere matomgivelser i Norge. Food-EPI 2020

Prosjektet Healthy Food Environment Policy Index (Food-EPI) ble i 2020 gjennomført for første gang

⁷⁴ Signild Vallgård, Morten Ebbe Juul Nielsen, Mette Hartlev, Peter Sandøe, «Backward- and forward-looking responsibility for obesity: policies from WHO, the EU and England», *European Journal of Public Health*, Vol. 25, No. 5, 845–848, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv076>.

i Norge, som del av det europeiske prosjektet Policy Evaluation Network.⁷⁵ Et ekspertpanel bestående av 34 uavhengige norske eksperter innen ernæring og folkehelse har vurdert norsk politikk opp mot internasjonalt beste praksis når det gjelder å skape sunnere matomgivelser. «Det overordnede målet er å stimulere myndighetene til økt innsats for å fremme sunne matomgivelser og forebygge overvekt, fedme og kostholdsrelaterte ikke-smittsomme sykdommer.» Noen av anbefalingene gjelder spesifikt barn. Forskerne anbefaler regjeringen å innføre lovregulering av markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn, eller, som et minimum, sørge for at retningslinjene i Matbransjens Faglige Utvalg (MFU) også dekker emballasje, logo og sponing i samsvar med WHO-anbefalingene.

Videre anbefales å styrke ernæringsarbeidet i offentlig sektor, ved å pålegge kommuner krav om etterlevelse av offentlige retningslinjer for mat og måltider i skoler og barnehager, inkludert skolekantiner og -kiosker, og å overvåke etterlevelsen. I tillegg, å pålegge alle kommuner å tilby et enkelt skolemåltid.

Etter min mening ville vekten av anbefalingene vært større hvis de var gitt i et rettighetsspråk, knyttet til barns rettigheter etter barnekonvensjonen og de derav rettslig bindende forpliktelsene.

Her er forskerne på linje med FNs barnekomite som i sin generelle kommentar sier at skolemåltid er ønskelig, for å sikre at alle elever har tilgang til et fullverdig måltid hver dag, noe som også kan øke barns oppmerksomhet rettet mot læring, og bidra til at flere barn globalt får lov til å gå på skolen. Komiteen anbefaler at dette kombineres med undervisning om ernæring og helse, for å bidra til barns ernæring og sunne spisevaner.⁷⁶

En ny artikkel i forskning.no tar opp diskusjonen knyttet til betydningen av ultra-prosessert mat. Her presenteres ulike faglige syn på hvilken betydning slik mat har for utviklingen av fedme.⁷⁷ Temaet er vel verdt å følge med på.

5.4.3 Sukkeravgift som virkemiddel

NCD-alliansen stod bak et folkehelseopprop til regjeringen i desember 2020, i forbindelse med budsjettforliket som innebar redusert sukkeravgift.⁷⁸ En rekke organisasjoner, fagfolk og privatpersoner sluttet seg til oppropet. Hovedpoenget i oppropet var at regjeringen ofret folkehelsepolitikken til fordel for handels- og næringspolitiske interesser, ved å redusere sukkeravgiften. I oppropet henvises det blant annet til at WHO, OECD, World Bank, Unicef, World Cancer Research Fund og andre ledende helseaktører anbefaler bruk av økonomiske virkemidler og avgifter som gode forebyggende folkehelseiltak. Disse virkemidlene er konsekvent rapportert som de mest effektive politiske grepene for å redusere forbruk av produkter som er skadelige for helsen.

⁷⁵ Torheim LE, Løvhaug AL, Huseby CS, Terragni L, Henjum S, Roos G., «Sunnere matomgivelser i Norge. Vurdering av gjeldende politikk og anbefalinger for videre innsats.» *Food-EPI 2020*. Oslo: OsloMet – storbyuniversitetet. 2020 ISBN-nummer: 978-82-8364-257-5

https://uni.oslomet.no/se/wp-content/uploads/sites/11/2020/09/FoodEPI_Rapport_2020_compressed.pdf

⁷⁶ CRC/C/GC/15, pkt. 46.

⁷⁷ <https://forskning.no/mat-og-helse-ny-overvekt/blir-vi-fete-og-syke-av-ultraprosessert-mat/270390>

⁷⁸ <https://www.aftenposten.no/norge/politikk/i/eKzpGR/hele-folkehelse-norge-i-strupen-paa-erna-solberg>; <https://kreftforeningen.no/aktuelt/folkehelseopprop-til-regjeringen/> sist besøkt 26. april 2021.

En meta-undersøkelse av eksisterende internasjonal litteratur, finansiert av EU og med formål å støtte opp under policyarbeidet, viser på tilsvarende måte hvor effektivt avgifter som politiske grep kan være for å forebygge fedme.⁷⁹

Avgift som virkemiddel er effektivt i den forstand at kostnadene ved gjennomføringen av tiltaket vil klart nok dekkes av selve avgiften, samtidig som avgiften klart bidrar til å påvirke atferd. Slik avgift vil sannsynligvis har størst helsegevinst for barn i familier med dårlig råd, men det er et tankekors at de samtidig går glipp av den «kosen» som god-saker representerer for mange barn.⁸⁰

En rapport fra WHO fra 2016, som for så vidt støtter alliansens syn, viser at en økning på minst 20 % i utsalgsprisen på sukkerholdige drikkevarer, ville resultere i en tilsvarende reduksjon i forbruket av slike drikker. I tillegg viser rapporten at subsidier brukt til å redusere utsalgsprisen på frisk frukt og grønnsaker med 10–30% vil øke forbruket av slike varer.⁸¹

Jeg merket meg at ingen juridiske fagmiljø eller fagpersoner stod bak NCD-alliansens opprop. Det er også her mulig at et klarere rettighetsfokus kunne ha bidratt til å styrke utspillet, både gjennom å få frem statens plikt til å sikre barns rettigheter og ved å gi innspillet ytterligere legitimitet. Bruk av en «child rights approach», bruke et rettighetsspråk, med utgangspunkt i Grunnloven § 104 og BK artikkel 3 om hensynet til barnets beste, artikkel 24, og plikten etter artikkel 4, kunne gitt argumentene sterkere kraft; *Barns rettigheter ofres*.

5.4.4 Digital markedsføring av mat og drikke rettet mot barn

WHO har utformet et sett av anbefalinger om markedsføring av mat og ikke-alkoholholdig drikke til barn, med utgangspunkt i en sterk bekymring for hvordan slik markedsføring kan påvirke barns helse i negativ regning.⁸² Statene oppfordres sterkt til å treffe tiltak for å implementere anbefalingene, å identifisere hvilken politikk som kan være mest effektiv i den enkelte land og eventuelt forsterke denne politikken, å etablere overvåkingssystemer for hvordan WHO's anbefalinger blir gjennomført, å etablere internasjonalt samarbeid for å redusere virkningen av markedsføring som skjer over landegrensene og å samarbeide med sivilsamfunnet og næringslivet for å redusere innvirkningen av markedsføringen samtidig som potensielle interessekonflikter unngås. Til tross for anbefalinger og tilslutning til disse fra statenes side, gir den digitale markedsføringen rettet mot barn fortsatt grunn til bekymring.⁸³ Ved at barn bruker stadig mer tid på digitale plattformer, blir de også i økende grad utsatt for personlig og målrettet reklame.⁸⁴

Ifølge en ny studie fra OsloMet, «Mapping the landscape of digital food marketing», krenker åtte av ti annonser med reklame for mat og drikke rettet mot barn i Norge WHO sine retningslinjer ved å

⁷⁹ Tim Lobstein Margot Neveux Jane Landon, «Costs, equity and acceptability of three policies to prevent obesity: A narrative review to support policy development», First published: 27 April 2020 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/osp4.423>

sist besøkt 8. mai 2021.

⁸⁰ Op. cit.

⁸¹ World Health Organization. (2016). Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250131> sist besøkt 3. januar 2022.

⁸² World Health Organization (2010) Marketing of food and non-alcoholic beverages to children, WHA63.14.

⁸³ Monitoring and restricting digital marketing of unhealthy products to children and adolescents (2019) <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/publications/2019/monitoring-and-restricting-digital-marketing-of-unhealthy-products-to-children-and-adolescents-2019> Sist besøkt 3. januar 2022.

⁸⁴ Medietilsynet, BARN OG MEDIER 2020 Reklame i sosiale medier Delrapport 7, September 2020.

fremme usunne næringsmidler.⁸⁵ Forskere har kartlagt dagens digitale markedsføringslandskap for mat og drikke rettet mot barn i alderen 3 til 17 år i Norge, og har avslørt at majoriteten av de produktene som ble markedsført, var mat og drikke med høyt fett, salt og sukkerinnhold. De ti mest annonserte matvarene som ble identifisert var pizza, bearbeidet kjøtt, biffburger, bearbeidet fisk, iskrem, søte drikker uten tilsatt sukker, melkesjokolade, energidrikker, havregryn og søtet drikke med tilsatt sukker. Samtidig som at WHO sine retningslinjer sier at mestepartene (82%) av disse annonsene ikke skulle rettes mot et ungt publikum, vurderte forskerne bare 9 % av annonsene som uakseptable etter gjeldende norske retningslinjer utviklet av Matvarebransjens faglige utvalg (MFU).

Her vil jeg henvise til markedsføringsloven kapittel 4 om handelspraksis og særlig beskyttelse av barn. § 19 som regulerer reklame rettet mot barn:

«Når en handelspraksis rettes mot barn, eller for øvrig kan ses eller høres av barn, skal det vises særlig aktsomhet overfor barns påvirkelighet, manglende erfaring og naturlige godtroenhet.

Ved vurderingen av om en handelspraksis er i strid med bestemmelser i eller i medhold av denne lov, skal det tas hensyn til alder, utvikling og andre forhold som gjør barn spesielt sårbare.»⁸⁶

Bestemmelsen utdypes i § 20 om urimelig handelspraksis overfor barn, og i § 21 om god markedsføringsskikk. Jeg har imidlertid ikke funnet avgjørelser fra Forbrukertilsynet eller Markedsrådet knyttet til markedsføring av usunne næringsmidler rettet mot barn.

Det er også mulig å vurdere å gå inn med sterkere regulering i form av forbud mot reklame for visse varer, slik man har gjort med reklame for alkohol og tobakk. Så langt er det ikke gjort. Det er vel kjent at markedsføringen av usunn mat påvirker barns helse i negativ retning.⁸⁷ Markedsføringen influerer på hvilken mat barn foretrekker, kjøper og spiser, og den bidrar sannsynligvis også til overvekt og etter hvert fedme. Hva barn foretrekker påvirker i høy grad familienes innkjøp. Barn er sannsynligvis mer sårbare enn voksne, i det de ikke fullt ut kan forstå og tolke reklamen, ikke minst at hensikten er å forsøke å påvirke dem, ikke underholde dem.

Politikken i Norge er på dette området i høy grad basert på samarbeid mellom staten og næringslivet og basert på frivillighet fremfor strikt lovregulering. Folkehelseinstituttet har evaluert Matbransjens faglige utvalg (MFU) og den norske selvreguleringsordningen som skal begrense markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge.⁸⁸ Rapporten konkluderer blant annet med at bransjen, frivillig sektor, forbrukerorganisasjoner og myndighetene har ulike syn på MFU-ordningen, og at

⁸⁵ <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/news/news/2021/3/norway-pilot-study-reveals-staggering-amount-of-unhealthy-food-and-beverage-marketing-to-children-and-adolescents>; Steinnes, Kamilla Knutsen og Vilde Haugrønning, «Mapping the landscape of digital food marketing: Investigating exposure of digital food and drink advertisements to Norwegian children and adolescents», OsloMet, SIFO – Rapport 17-2020. <http://hdl.handle.net/20.500.12199/6510>

⁸⁶ Lov-2009-01-09-2 Markedsføringsloven.

⁸⁷ Se nærmere Katharina Eva Ó Cathaoir, "Child Rights as a Basis for the Regulation of Food Marketing: The Role of the United Nations Convention on the Rights of the Child" i Ton Liefaard and Julia Sloth-Nielsen (red.), *The United Nations Convention on the Rights of the Child, Taking Stock after 25 Years and Looking Ahead*, 2017 s. 564-588.

⁸⁸ <https://www.fhi.no/publ/2020/evaluering-av-matbransjens-faglige-utvalg-mfu/>
Sist besøkt 2. september 2021.

uenigheten særlig er knyttet til gjeldende aldersgrense og spørsmålet om i hvilken grad ordningen gir tilstrekkelig beskyttelse for barn og unge.

Basert på denne rapporten har Forbrukerrådet gått ut med krav om bedre og strengere regulering av slik markedsføring på nett, rettet mot barn og unge.⁸⁹

5.5 utfordringer – veien videre

Gjennomgangen i dette kapitlet viser en rekke mulige virkemidler staten kan bruke i arbeidet for å sikre barns rett til helse. Noe må skje på internasjonalt nivå. Staten er bundet av internasjonale økonomiske traktater, men har også innenfor disse et ganske stort handlingsrom. Det kan også som tidligere nevnt, være et spørsmål om det er behov for en ny internasjonal, rettslig bindende FN-konvensjon om forebygging av fedme, eller kanskje feilernæring, både hos voksne og hos barn, utarbeidet med hjelp og støtte fra WHO.⁹⁰ Spørsmålet blir om barns rettigheter og folkehelseinteressene klarer å få gjennomslag i konkurransen mot andre sterke økonomiske interesser. En utfordring på området er den rettslige fragmenteringen.⁹¹ Jurister som arbeider med menneskerettslige spørsmål, med helserett og ikke minst spesifikt med barnerettslige utfordringer, er i liten grad de sammen som har sitt kunnskapsfelt innenfor nasjonal og internasjonal nærlingslivsrett, internasjonal handel, skatt og avgiftsreguleringer osv. Det er en enorm utfordring i å skape et fora hvor de ulike rettslige aspektene kan sees i sammenheng. I tillegg kommer at det her må trekkes inn fagkunnskap av en rekke ulike andre områder utenfor det rettslige.

Det gjenstår et spørsmål om bruk av en menneskerettslig tilnærming, et rettighetsspråk, kan bidra på en effektiv måte, det vil si om en slik tilnærming kan tilføre argumentasjonen ytterligere kraft også når det gjelder forebyggende tiltak. Rettighetene etter barnekonvensjonen artikkel 24 gjelder som vist også forebyggende tiltak, og staten har en rettslig forpliktelse til å sikre barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Konvensjonen må kunne påberopes som rettsgrunnlag for en argumentasjon også om barns rett til forebyggende tiltak.

Det fremtrer som åpenbart at det ikke er tilstrekkelig å privatisere problematikken og å overlate ansvaret til foreldrene. Staten må ta sitt ansvar, men samtidig respektere borgernes rett til respekt for sitt privatliv og sitt familieliv, og herunder frihet til å treffe valg. Dette skal behandles kort i neste punkt.

6 Foreldreansvaret og foreldrenes rolle

Etter Grunnloven § 102 har enhver rett til respekt for sitt privatliv og sitt familieliv. Sentralt her inngår respekten for forholdet mellom barn og foreldre. Familier har i utgangspunktet rett til å leve sine liv som de ønsker, uten statlig innblanding. Tilsvarende følger av EMK artikkel 8 nr. 1. I tillegg anerkjenner FNs barnekonvensjon foreldrenes sentrale rolle, noe som særlig fremkommer av artiklene 3, 5, 7 og 9.

Den eller de som har foreldreansvaret for et barn, har rett og plikt til å utøve omsorg for barnet og til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold, innenfor de grensene som følger av barns med- og selvbestemmelsesrett, jf. barneloven § 30.⁹²

⁸⁹ <https://www.forbrukerradet.no/siste-nytt/krever-bedre-regulering-av-markedsforing-pa-nett-mot-unge/>

⁹⁰ Joshua Crutis og Almadine Garde, «Overcoming the legal challenge to end childhood obesity: Pathways towards positive harmonization in law and governance», i Garde, Crutis og De Schutter, *op.cit.* s. 354 flg.

⁹¹ Joshua Crutis og Almadine Garde, «Overcoming the legal challenge to end childhood obesity: Pathways towards positive harmonization in law and governance», i Garde, Crutis og De Schutter, *op.cit.* s. 354 flg.

⁹² LOV-1981-04-08-7 om barn og foreldre.

Det direkte dag til dag ansvaret for barns helse og utvikling, herunder kosthold og fysisk aktivitet, tilligger altså foreldrene. Dette ansvaret starter allerede under svangerskapet og vedvarer til barnet blir voksen. Det er likevel slik at foreldrenes ansvar avtar i takt med at barn selv modnes og utvikles, og overtar mer og mer ansvar for eget liv og egen helse.

Staten må ta ansvar på overordnet nivå, i forhold som den enkelte ikke vil kunne påvirke eller styre. En rekke slike eksempler er nevnt i punkt 5. Staten må tilrettelegge og sørge for forsvarlig informasjon og gode valgmuligheter. Det er likevel ikke slik at god informasjon nødvendigvis fører til gode valg, eller at alle faktisk kan benytte seg av gode valgmuligheter. Her kommer økonomiske hensyn, herunder fattigdom i barnefamilier, inn med styrke, samt alle de andre driverne i barns oppvekstmiljø som kan forårsake fedme. Barns skjermbruk og hvordan barn dras inn i en digital verden, som også påvirker helsa, er et kapittel for seg.

Som ledd i statens ansvar for det generelle forebyggende helsearbeidet, kan man vanskelig tenke seg at det vil være nødvendig med inngrep i enkeltfamiliers liv. Generelle tiltak for å beskytte barns helse, må i stor grad kunne utøves, uten at dette kommer i konflikt med EMK artikkel 8 nr. 1. Staten må eksempelvis kunne styre hvilken mat som skal tilbys til barn i barnehager, skole og andre institusjoner, likevel slik at foreldre og barns religion og livssyn må respekteres og at det må tas hensyn til allergier mv., som stadig flere barn lider av.

En annen sak er at fedme hos barn kan ha sammenheng med sviktende foreldreomsorg. Både skole, helsestasjoner og barneverntjenesten kan i slike tilfeller bistå med råd og veiledning. Fedme hos barn kan også være et tegn på at det er så alvorlige mangler ved den daglige omsorgen, at det kan være nødvendig med inngrep fra statens side i form av omsorgsovertakelse, jf. barnevernloven § 4-12.⁹³ Hvis problemet er alvorlig omsorgssvikt, vil dette nok komme til uttrykk også på en rekke andre måter. EMK artikkel 8 nr. 2 åpner for slike inngrep på visse vilkår. Det må foreligge tilstrekkelig hjemmelsgrunnlag, tiltak må ha et legitimt formål, og det må være forholdsmessig, det vil si nødvendig og egnet. Dette er i seg selv et stort og vanskelig tema, som må bli gjenstand for andre studier.

7 COVID-19 pandemien og fedmepandemien.

7.1 COVID-19 pandemiens betydning for barn med fedme.

Folkehelseinstituttet fastslår at COVID-19 generelt sett er lite farlig for barn og unge.⁹⁴ De som smittes, får ofte svært milde symptomer og 20-30 % får ingen symptomer. Svært få barn blir alvorlig syke med sykehusinnleggelse, og barn ser i liten grad ut til å bli rammet av senvirkninger av gjennomgått sykdom. Dette er selvfølgelig positivt.

Samtidig er det dessverre tegn som tyder på at unge med fedme har en høyere risiko for alvorlig forløp av COVID-19. Tiltakene mot virus og smitte, med tidvis nedstenging av skole og organiserte fritidsaktiviteter, har sannsynligvis hindret en del sårbare barn fra å bli smittet, men også forsterket fedmeproblematikken. Dr Hans Henri P. Kluge, som er WHO's regionale direktør for Europa, uttrykker alvorlig bekymring for at COVID-19 pandemien vil forsterke en av de mest foruroligende trendene i Europa; økende barnefedme.⁹⁵ Tall for fedme-utviklingen fra tiden etter at COVI-19 pandemien oppsto, avventes med spenning.

⁹³ Lov-1991-07-17-100 om barneverntjenester.

⁹⁴ <https://www.fhi.no/nyheter/2021/lite-covid-sykdom-og-fa-senfolger-blant-barn/> sist besøkt 3. september 2021.

⁹⁵ <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2021/high-rates-of-childhood-obesity-alarmed-given-anticipated-impact-of-covid-19-pandemic>

7.2 Innsatsen mot pandemiene

Det kan være grunn til å kontrastere samfunnets innsats og oppmerksomheten mot de to pandemiene. Det har i skrivende stund nettopp vært Stortingsvalg, men ingen politikere snakket i valgkampen om behovet for en politikk som gjør det lettere å velge sunt, utfordringen med økt fedme eller samfunnskostnadene ved fedme. Det manglende politiske engasjementet er kanskje en del av utfordringen. Motsetningsvis er COVID-19 pandemien viet kontinuerlig oppmerksomhet fra politisk hold, og har vært omtalt i omtrent alle medier og nyhetsmeldinger døgnet rundt, siden starten.⁹⁶

Hensikten min er på ingen måte å nedvurdere alvorret i den sistnevnte pandemien og viktigheten av innsatsen mot denne.

Fedme-pandemien er en ikke-smittsom pandemi som har kommet snikende de siste tiårene, og som utgjør summen av en rekke faktorer. Hvis man skal få bukt med pandemien, må et bredt spekter av virkemidler tas i bruk. Kontrasten til COVID-19-pandemien er slående. Det er en sterk politisk vilje, globalt, til å bekjempe denne smittsomme pandemien, koste hva det koste vil, både økonomisk og menneskelig, og - det har sine klare kostnader. Samtidig, og i motsetning til i fedmepandemien, trekker interessene til sterke kapitalkrefter innenfor farmasøytisk industri til dels i samme retning som de helsepolitiske interessene. Når det gjelder fedme-pandemien, er det motsatt, her er det gigantindustri som har helt andre interesser enn folkehelse på sin øverste agenda.

Når det gjelder konsekvenser av samfunnets tiltak mot pandemiene, er det også forskjeller. Det viser seg at barna, som var de som ble minst syke av covid-19, var de som måtte ta de største belastningene med tiltak mot smitte. Fedme hos barn rammer barna hardt på mange måter, samtidig som effektive forebyggende tiltak mot fedme bare vil være til gunst også for barn.

Fedmepandemien skyldes ikke et virus som sprer seg, men samfunnsskapt forhold, og som det i mye større grad burde vært innenfor politisk hurredømme å få kontroll på.

Det er noen likhetstrekk; for begge pandemiene gjelder det her som ellers, at det er de som i utgangspunktet har de dårligste livsbetingelsene som rammes hardest, både nasjonalt og globalt. Det er høy-inntektsland som i første rekke kan sikre seg vaksineavtaler. Det er langt vanskeligere for land med lavere inntektsnivå å sikre vaksiner til befolkningen sin og opphavsrettigheter med mere, bidrar til at disse landene heller ikke kan produsere egne vaksiner.

Samtidig som regjeringer over hele verden arbeider for å få kontroll på COVID-19 pandemien, er det viktig at de ikke taper av syne fedmepandemien, som på alvorlig vis allerede rammer millioner av verdens mest sårbare barn.⁹⁷

8 Til slutt

Jeg valgte som sagt å se nærmere på fedme hos barn fordi det ifølge WHO representerer en av de mest alvorlige pandemiene verden står overfor i vår tid. Jeg ville undersøke hvilke rettslig relevante spørsmål som kan reises i forbindelse med denne problematikken, og sette problemet på dagsorden også innenfor en rettsvitenskapelig sammenheng gjennom koblingen mellom helse og menneskerettigheter. En hensikt med artikkelen var å synliggjøre nettopp den uhyre sammensatte

⁹⁶ Fra i mars 2020 og til i skrivende stund, oktober 2021.

⁹⁷ <https://www.worldobesity.org/news/childhood-obesity-maintaining-momentum-during-covid-19>
Sist besøkt 26. april 2021

problematikken – også om man avgrenser til det rent rettslige – og prøve å skape et visst engasjement.

Det finnes ingen kvikk fix når det gjelder fedmepandemien. Likevel, barns velferdsrettigheter, som både er nedfelt i Grunnloven og i forpliktende internasjonale konvensjoner, må respekteres, beskyttes og sikres. Her har staten et betydelig ansvar og et betydelig rom for å ta dette ansvaret på alvor. En rekke tiltak må iverksettes for å sikre barns rett til sunn mat som fremmer deres helse og utvikling. Selv om det oppstår rettighetskonflikter, og selv om andre viktige interesser trekker i motsatt retning, må staten aktivt forholde seg til plikten til å sikre barns rettigheter. Det krever politisk mot og vilje. Det kan ha sine kostnader, men kan samtidig gi store helsemessige, menneskelige og økonomiske gevinster både på kort og lang sikt. Staten bør bruke sin makt og sitt handlingsrom til å styrke helseaspektet i markedet og derigjennom sørge for at barn, unge og deres foreldre gis gode og helsefremmende valgmuligheter. Så får det være opp til borgerne å benytte disse, hensyn tatt til barns grunnleggende rettigheter.