



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det juridiske fakultet

Barns rettslige vern mot overvekt og fedme

av **Veronica Sjaeng**

Liten masteroppgave i rettsvitenskap høst 2013

JUR-3902

Antall ord: 17 984



Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Bakgrunnen for avhandlingen og valg av tema	4
1.2 Avhandlingens metode, kilde- og verdigrunnlag	5
1.3 Oversikt over avhandlingens oppbygning og avgrensninger	7
2 Vektutviklingen i befolkningen de siste 30 år, årsaker og konsekvenser	9
2.1 Generelt	9
2.2 Vektutvikling	10
2.3 Årsaker	12
2.4 Konsekvenser.....	13
3 Foreldrenes rettslige ansvar etter barneloven	14
3.1 Foreldrenes ansvar gjennom foreldreansvaret	14
3.1.1 Generelt om foreldreansvaret	14
3.1.2 Foreldre med foreldreansvar.....	16
3.2 Foreldrenes ansvar uten del i foreldreansvaret	21
3.2.1 Samværsforeldre uten foreldreansvar	21
3.2.2 Foreldre uten foreldreansvar og uten samvær	23
4 Betydningen av foreldrenes rettslige ansvar	24
4.1 Innledning	24
4.2 Strafferettslig og erstatningsrettslig betydning.....	24
4.3 Betydningen i tvister om foreldreansvar, fast bosted og samvær.....	26
4.3.1 Innledning	26
4.3.2 Overvekt, kosthold og fysisk aktivitet.....	27
4.3.3 Overvekt som moment er ikke avhengig av foreldrenes anførsler	29
4.3.4 Særlig om samvær	30
4.3.5 Årsaken til barnets overvekt.....	31
4.3.6 Oppsummering	32
4.4 Betydningen for tiltak fra barneverntjenesten	33
5 Statens rettslige ansvar etter barnekonvensjonen	34
5.1 Generelt om ansvaret	34
5.2 Barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard.....	35
5.3 Særlig om artikkel 24 nr. 2 bokstav c).....	36
5.3.1 Ansvarets innhold	36
5.3.2 Statens gjennomføring av ansvaret	38
6 Statens rettslige ansvar etter barnevernloven	40
6.1 Generelt om ansvaret	40
6.2 Hjelpetiltak.....	41
6.2.1 Kan hjelpetiltak beskytte barn mot overvekt?	41
6.2.2 Barnet må ha et særlig behov	43
6.2.3 Frivillighet og tvang	46
6.3 Omsorgsovertakelse.....	48
6.4 Oppsummering	51
7 Betydningen av overvekt i saker fra fylkesnemnda	53
7.1 Innledning	53
7.2 Overvekt er et relevant moment for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse.....	54
7.3 Overvektens årsaker og konsekvenser.....	55
7.4 Varigheten av hjelpetiltak	55
7.5 Oppsummering	57

8	Avsluttende vurderinger	58
8.1	Er dagens rettslige vern tilstrekkelig for å beskytte barn mot overvekt og fedme?	58
8.2	Hvordan kan vernet styrkes?	59
9	Kildeliste	61
9.1	Lover	61
9.2	Konvensjoner	61
9.3	Offentlige dokumenter	61
9.4	Lagmannsrettspraksis	62
9.5	Fylkesnemndspraksis	62
9.6	Generelle kommentarer fra Barnekomiteen	62
9.7	Juridisk litteratur	62
9.8	Internettlenker	64

1 Innledning

1.1 Bakgrunnen for avhandlingen og valg av tema

Denne avhandlingen omhandler barns rettslige vern mot overvekt og fedme. Bakgrunnen for valg av tema er at det i løpet av de siste 30 årene har skjedd en vektutvikling i samfunnet. Både voksne og barn er gjennomsnittlig blitt tyngre, noe har gitt seg utslag i at flere enn tidligere nå er overvektige. Dette medfører en rekke utfordringer på individ- og samfunnsnivå, ettersom overvekt kan ha stor og negativ betydning både for helse og livskvalitet.

Videre har det gjennom de siste årene vært en del fokus på overvekt i nyhetsbildet. Til en viss grad har det vært fokusert på overvektige barn, og hvem som har ansvaret for dette.¹ Det har også vært publisert et par artikler omhandlende omsorgsovertakelse av barn, som helt eller delvis var begrunnet med overvekt.²

Vektutviklingen i befolkningen, konsekvenser knyttet til overvekt og artiklene i nyhetsbildet, har vekket en nysgjerrighet omkring barns rettslige vern mot overvekt og fedme. Spørsmålene som kan stilles, er om barn har et rettslig vern mot overvekt, hvem som har ansvar for å beskytte barn mot dette, og hva ansvaret innebærer?

¹ Se f.eks. internettlenker til artikler i kildelisten fra ABC Nyheter, Dagbladet og forskning.no.

² TV2s nettside, *Foreldre mister omsorgen fordi barna er for tjukke*. Bergensavisens nettside, *Mistet omsorgen for sønnen*.

1.2 Avhandlingens metode, kilde- og verdigrunnlag

Formålet med denne avhandlingen er å kartlegge og vurdere barns rettslige vern mot overvekt og fedme. For å oppnå dette er det benyttet en tradisjonell rettsdogmatisk metode.³ Den rettsdogmatiske metode baserer seg på en beskrivelse av domstolens virksomhet.⁴ Ettersom denne avhandlingen er en vitenskapelig fremstilling av gjeldende rett, skiller fremstillingen seg noe fra domstolens virksomhet. Dette blant annet ved at det ikke er en konkret tvist som skal løses, men en presentasjon av gjeldende rett i et større og bredere perspektiv. I avhandlingens nest siste kapittel foretas det en rettspolitisk vurdering, ved at svakheter i barns rettslige vern påpekes og alternativer foreslås.

Rettsområdet for avhandlingens tema er barnerett, og for å kartlegge barns rettslige vern mot overvekt og fedme, er barneloven (bl.), barnevernloven (bvl.) og FNs barnekonvensjon (BK) benyttet som primærkilder.⁵ I hovedsak er forarbeider, lagmannsrettspraksis, fylkesnemndspraksis, juridisk litteratur og reelle hensyn anvendt som rettskilder for å finne frem til gjeldende rett.

Barnekonvensjonen er inkorporert i menneskerettsloven og gjelder som norsk lov med forrang foran bestemmelser i annen lovgivning, jf. menneskerettighetsloven § 3 og Grunnloven § 110c.⁶ For tolkingen av konvensjonen er det ordlyden som er utgangspunktet. Den skal videre tolkes i sammenheng med konvensjonens gjenstand og formål, i tillegg til at den skal tolkes som et hele, jf. Wien-konvensjonen art. 31 til 33.⁷ FNs komité for barns rettigheter (Barnekomiteen) utgir såkalte generelle kommentarer (general comments) om tolkingen av enkelte artikler eller kommentarer til valgte problemstillinger.⁸ Kommentarene er ikke rettslig forpliktende, men har i praksis stor rettskildemessig betydning.⁹ I denne avhandlingen er derfor barnekomiteens generelle kommentarer brukt som tolkningsbidrag ved anvendelsen av barnekonvensjonen.

³ Om tradisjonell juridisk metode, se Nygaard (2004), s. 24 og 29-31, og Bernt (2007), s. 35-37.

⁴ Om domstolens virksomhet, se Nygaard (2004), s. 33.

⁵ Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre. Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester. Convention on the Rights of the Child, 20. november 1989. Se Nygård (2004), s. 101 flg. om primært rettsgrunnlag.

⁶ Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett. Lov 17. mai 1814 Kongeriget Norges Grundlov.

⁷ Vienna Convention on the Law of Treaties, 23. mai 1969. For nærmere om tolkingen av BK, se Smith (2008) s. 21-23.

⁸ NOU 2008:9, s. 111 og Smith (2008), s. 22.

⁹ NOU 2008:9, s. 112 og Smith (2008), s. 22.

Barnevernloven inneholder regler om det offentliges inngrep i forholdet mellom barn og foreldre, og er en del av den spesielle forvaltningsretten. I de tilfeller forvaltningen gjør inngrep overfor enkeltpersoner gjelder legalitetsprinsippet.¹⁰ Legalitetsprinsippet er begrunnet i hensynet til rettssikkerhet og forutberegnelighet, og innebærer blant annet at ordlyden i barnevernloven skal tolkes lojalt. Likevel er det i juridisk litteratur fremholdt at lovkravet ikke må tolkes for strengt når det gjelder inngrep for å beskytte barns interesser.¹¹ Et annet prinsipp som har betydning ved anvendelsen av barnevernloven er det mildeste inngreps prinsipp. Dette prinsippet går ut på at det minst inngripende tiltak skal velges dersom dette er tilstrekkelig for å oppnå ønsket virkning.¹² Videre bygger barnevernloven på at det i utgangspunktet har en egenverdi for barn å vokse opp hos sine foreldre, selv om det er mangler ved oppvekstvilkårene. Dette verdigrunlaget kalles det biologiske prinsipp.¹³

Når det gjelder praksis som rettskilde, er det ikke funnet noen dommer fra Høyesterett som har direkte relevans avhandlingens problemstilling. Det er derfor benyttet avgjørelser fra lagmannsretten og fylkesnemnda for å belyse rettsstilstanden i praksis. Ettersom slik underretts- og forvaltningspraksis har begrenset rettskildemessig vekt, vil disse avgjørelsene kun anvendes som empirisk materiale i enkelte deler av avhandlingen, for å synliggjøre virkeligheten.¹⁴

Reelle hensyn er særlig relevant på barnerettens område, ettersom alle avgjørelser først og fremst skal rette seg mot det som er det beste for barnet.¹⁵ Barnets beste er en overordnet verdinorm som gjelder uavhengig av om avgjørelsene for eksempel tas av barnets foreldre, forvaltningen eller domstolen. Hva som er barnets beste, beror på en helhetsvurdering der ulike hensyn vektas mot hverandre for å komme frem til en løsning som er til det beste for det konkrete barnet.¹⁶ Verdinormen er dermed relativ ved at det er det individuelle barns beste som er det sentrale, og ikke hva som er best for barn generelt.

¹⁰ For en generell redegjørelse av legalitetsprinsippet, se f.eks. Eckhoff og Smith (2006), s. 323 flg.

¹¹ Bendiksen (2008), s. 215-216.

¹² Det mildeste inngreps prinsipp er bl.a. behandlet i Bendiksen (2008), s. 203 flg. og Stang (2007), s. 37-39.

¹³ Se f.eks. Stang (2007), s. 34-37 og Lindboe (2012), s. 23-24 for nærmere redegjørelse av det biologiske prinsipp.

¹⁴ Se Nygaard (2004), s. 210-216 og Eckhoff (2001), s. 162-163 og 233-234 om den rettskildemessige vekten til underretts- og forvaltningspraksis.

¹⁵ Bl. § 48, bvl. § 4-1 og BK art. 3.

¹⁶ Om barnets beste, se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 138-157, Haugli (2008), s. 46-62 og Lindboe (2012), s. 46-52.

1.3 Oversikt over avhandlingens oppbygning og avgrensninger

Avhandlingen er inndelt i 9 kapitler, hvorav det første kapitlet er oppgavens innledning og den siste utgjør kildelisten. For å gi en nærmere forståelse av overvekt som et individuelt og samfunnsmessig problem, redegjøres det i kapittel 2 for vektutviklingen i befolkningen de siste 30 årene, samt årsaker og konsekvenser tilknyttet overvekt.

Foreldrene har det primære ansvaret for å gi barn omsorg og beskyttelse.¹⁷ Problemstillingen i kapittel 3 er derfor foreldrenes rettslige ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme etter barneloven. Punkt 3.1 omhandler foreldrenes ansvar gjennom foreldreansvaret. Det faller utenfor denne avhandlingen å gi en fullstendig fremstilling av hvem som innehar foreldreansvaret og foreldreansvarets generelle innhold. Det gis derfor bare en kort oversikt over det generelle innholdet i foreldreansvaret som har betydning for avhandlingens tema, før det diskuteres om foreldreansvaret innebærer et ansvar for å beskytte barn mot overvekt. I punkt 3.2 drøftes det om foreldre uten del i foreldreansvaret har et rettslig ansvar for å beskytte barn mot overvekt, og i kapittel 4 diskuteres betydningen av foreldrenes ansvar.

Staten har etter barnekonvensjonen og barnevernloven et sekundært ansvar for å sikre barn omsorg og beskyttelse.¹⁸ I kapittel 5 er problemstillingen om staten etter barnekonvensjonen har et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme. Det gis bare en kort fremstilling av statens ansvar for å beskytte det enkelte barn mot overvekt i punkt 5.1, ettersom dette behandles nærmere i kapittel 6, men da i tilknytning til barnevernloven. I punkt 5.2 drøftes det om den mer generelle og overordnede rettigheten i barnekonvensjonen artikkel 24, omhandlende barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard, medfører et ansvar for å beskytte barn mot overvekt. I punkt 5.3 er det valgt å foreta en nærmere drøftelse av artikkel 24 nr. 2 bokstav c).

Statens rettslige ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme etter barnevernloven, er som nevnt problemstillingen i kapittel 6. Det avgrenses her mot barneverntjenestens generelle ansvar etter barnevernloven kapittel 3, da det er statens ansvar for det enkelte barns behov som i denne avhandlingen er interessant. I punkt 6.1 gis det en kort fremstilling av statens ansvar for det enkelte barns omsorg og beskyttelse, før det i punkt 6.2 og 6.3 diskuteres om

¹⁷ Se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 105.

¹⁸ Se f.eks. Lassen og Stang (2008), s. 131 og Lindboe (2012), s. 23.

reglene for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse medfører et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme.

I kapittel 7 foretas det en gjennomgang av relevant praksis fra fylkesnemnda omhandlende omsorgsovertakelse, før det i kapittel 8 vurderes om dagens rettslige vern er tilstrekkelig for å beskytte barn mot overvekt og fedme, og hvordan dette vernet kan styrkes.

2 Vektutviklingen i befolkningen de siste 30 år, årsaker og konsekvenser

2.1 Generelt

Overvekt og fedme er uttrykkes gjennom en måleenhet for vekt i forhold til høyde (kg/m^2). Denne måleenheten kalles BMI (Body Mass Index).¹⁹ Figuren til høyre viser en skala der en BMI over 25 er betegnet som overvekt, og en BMI over 30 regnes som fedme.²⁰ I det følgende vil begrepet overvekt brukes som en fellesbetegnelse for både overvekt med og uten fedme, med mindre noe annet presiseres.

Betegnelse	Kg/m ² (BMI)
Undervekt	Under 18,5
Normal vekt	18,5-24,9
Overvekt	25-29,9
Fedme	Grad 1: 30-34,9
	Grad 2: 35-39,9
	Grad 3: Over 40

Figur 1: WHO's definisjoner av BMI.

BMI angir hvilken betydning kroppsvekt kan ha for helsen, og er egnet som måleenhet for befolkningens vektutvikling.²¹ For enkeltpersoner vil dette uttrykket kun være veiledende ettersom andre faktorer kan spille inn, eksempelvis hvor fett sitter og mengde muskelmasse.²² For barn brukes grenseverdiene ISO-BMI for å beregne hvilken vektclasser den målte verdien hos barn, tilsvarer for voksne.²³ Disse grenseverdiene skiller seg fra BMI ved at de er kjønns- og aldersspesifikke.

De følgende punktene i avhandlingens kapittel 2 bygger i hovedsak på kunnskap og forskning formidlet gjennom Nasjonalt folkehelseinstitutt (Folkehelseinstituttet, FHI) og Verdens helseorganisasjons (World Health Organization, WHO) nettsider. Folkehelseinstituttet er landets fagmyndighet på området for blant annet epidemiologi.²⁴ WHO er en overordnet myndighet for folkehelsen innenfor FN-systemet.²⁵

¹⁹ Den norske oversettelsen er kroppsmasseindeks (KMI). Ettersom BMI er en kjent og innarbeidet forkortelse i Norge, vil denne forkortelsen brukes i det følgende.

²⁰ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*.

²¹ FHIs nettside, *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*.

²² FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*.

²³ Norsk helseinformatikk nettside, *Beregning av KMI eller ISO-KMI*.

²⁴ FHIs nettside, *Om Nasjonalt folkehelseinstitutt*. Epidemiologi er studiet av en befolknings helsetilstand og sykdomsutbredelse, og årsaker til sykdom og død, jf. Store medisinske leksikons nettside, *Epidemiologi*.

²⁵ WHO's nettside, *Introducing WHO/Europe*.

2.2 Vektutvikling

Norge har mangelfull kunnskap om vektutviklingen i befolkningen.²⁶ Dette gjelder både for voksne og barn. Likevel finnes det en del forskning på området. Noen av utfordringene ved anvendelse av dette materialet, er at forskningen gjelder ulike deler av landet, aldersgrupper og perioder. I det følgende gis det en kort fremstilling av forskningsresultater som viser vektutviklingen i befolkningen, og andelen med overvekt og fedme i ulike aldersgrupper.

En studie fra Tromsø viser vektutviklingen blant overvektige fireåringer i perioden 1980 til 2005.²⁷ For jenter økte andelen overvektige fra 7,4 til 16,8 prosent mens økningen for gutter gikk fra 7,6 til 8,8 prosent. Samlet for begge kjønn økte andelen med overvekt altså fra 7,5 til 12,8 prosent i perioden 1980 til 2005.

I perioden 2008 til 2012 ble det gjennomført en vekstundersøkelse blant landets tredjeklassinger (gjennomsnittsalder 8,3 år).²⁸ For begge kjønn samlet var andelen overvektige i 2008, 2010 og 2012 henholdsvis 15, 17,8 og 15,8 prosent. Av de overvektige barna hadde henholdsvis 3,3, 3,6 og 3,5 prosent fedme i samme periode. Undersøkelsene viser at det var noe økning i antall overvektige i perioden, men at økningen ikke er signifikant. Resultatet for 2012 viser at omtrent hver sjettede tredjeklassing var overvektig.

Helseundersøkelser fra Nord-Trøndelag viser at andelen jenter og gutter med overvekt i ungdomskolen og den videregående skole, samlet var henholdsvis 21 og 26 prosent i perioden 2006 til 2008.²⁹

At det har vært en vektutvikling i befolkningen støttes også av helseundersøkelser om voksne.³⁰ Helseundersøkelser fra Nord-Trøndelag viser at andelen voksne med overvekt og fedme økte i perioden 1985 til 2008. Menn økte i gjennomsnitt sin BMI med 2,2 enheter, mens kvinner i gjennomsnitt hadde en økning på 1,8 enheter. Sammenholdes resultater fra flere undersøkelser foretatt i perioden 2000 til 2008, tilsier disse at ca halvparten av 40 til 45-

²⁶ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*, og *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*.

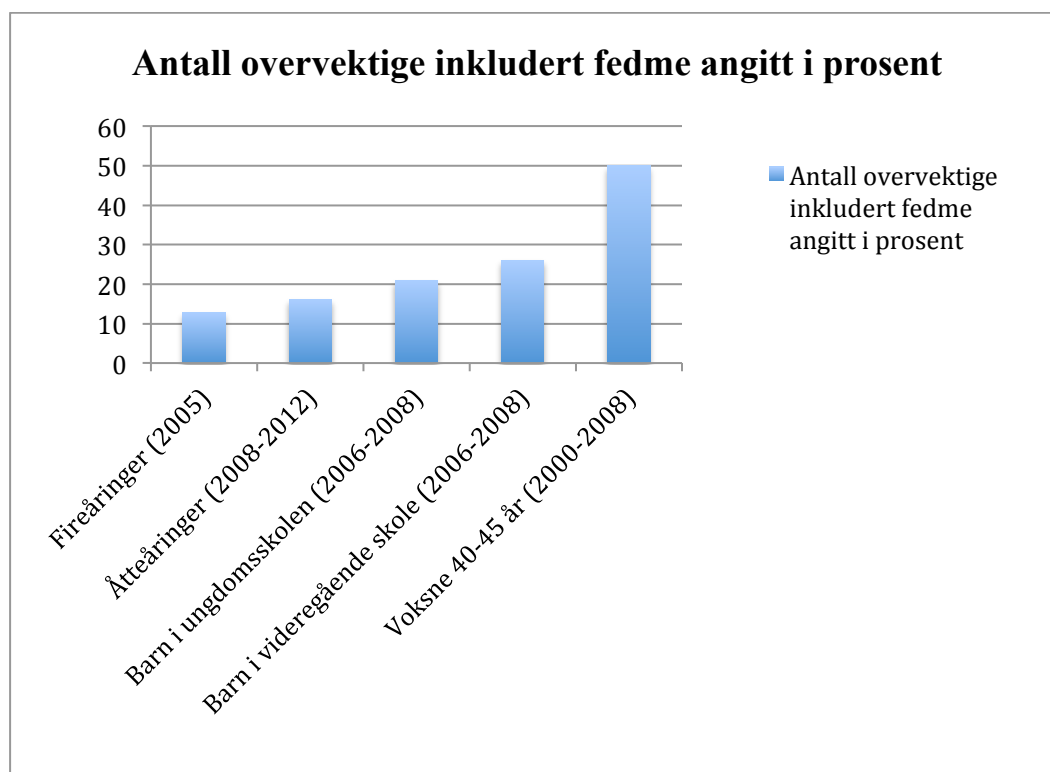
²⁷ FHIs nettside: *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*.

²⁸ FHIs nettside: *Resultater fra Barnevekststudien 2008 – 2012*.

²⁹ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.1.5.

³⁰ FHIs nettside: *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*.

åringene var overvektige, og av disse hadde ca 17 prosent av kvinnene og ca 20 prosent av mennene fedme.³¹



Figur 2: Figuren jeg har laget viser at andelen med overvekt inkludert fedme trolig øker med alderen. Det gjøres oppmerksom på at figuren kan være noe misvisende på grunn av at materialet er hentet fra ulike forskning som gjelder ulike tidsperioder og ulike deler av landet.

Det foreliggende forskningsmaterialet viser at vekten i befolkningen har økt blant både voksne og barn de siste 30 årene. Videre synes tendensen å være at andelen med overvekt øker med alderen.³² Selv om vektøkningen blant åtteåringer har stabilisert seg de siste årene, er det grunn til å ta overvekt hos barn på alvor. Overvekt i barneårene utgjør en moderat økt risiko for å utvikle overvekt i voksen alder, i tillegg til at risikoen øker i takt med barnets alder.³³

³¹ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*. Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.1.4.

³² Se figur 2.

³³ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*.

2.3 Årsaker

I følge Folkehelseinstituttet er endrede miljøforhold hovedårsaken til vektutviklingen i befolkningen de siste 30 årene.³⁴ Gjennom den siste tiden har det oppstått en ubalanse mellom befolkningens energiinntak og energiforbruk.³⁵

Befolkningens aktivitetsnivå har sunket over tid og viser negativ utvikling.³⁶ Det reduserte aktivitetsnivået skyldes særlig dagligdagse aktiviteter, som økt inaktivitet i skole, jobb og transport. I tillegg bruker stadig flere tid til TV, PC og mobiltelefon.

Matvanene i befolkningen utgjør også en risiko for å utvikle overvekt, ettersom energiinntaket er ikke redusert i samsvar med aktivitetsnivået.³⁷ Dette medfører at det blir et energioverskudd som lagres i form av fett på kroppen. Innholdet i ernæringen og dagens tilgjengelighet på mat og drikke anses å ha betydning for energibalansen.³⁸ Det norske kostholdet inneholder for lite grove kornprodukter, frukt, grønnsaker og fisk, i tillegg til for mye mettet fett, sukker og salt. Det er videre en trend at flere måltider spises utenfor hjemmet, og mye av maten kommer fra industribearbeidede matvarer og mat på serveringssteder.

På bakgrunn av det overnevnte anses inaktivitet og ernæring som de største årsakene til vektutviklingen i befolkningen. For enkeltpersoner kan overvekt og fedme ha sammensatte årsaker. Eksempler på dette er biologiske forhold som arv, stoffskifte og hormoner, psykologiske forhold, sosialøkonomi og miljø.³⁹ Imidlertid er det viktig å bemerke at selv om en person er genetisk disponert for overvekt, kan dette motvirkes med en sunn livsstil.⁴⁰

³⁴ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*, og *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*.

³⁵ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*.

³⁶ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.2.3.

³⁷ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*.

³⁸ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.2.3.

³⁹ Norsk helseinformatikk's nettside, *Hva er årsaken til overvekt?*

⁴⁰ Norsk helseinformatikk's nettside, *Hvordan legge grunnlaget for barnets helse?*

2.4 Konsekvenser

I det 21. århundret er overvekt og fedme i følge regjeringen og WHO ansett å være en av de største folkehelseutfordringene, både nasjonalt og globalt.⁴¹ Overvekt er ingen sykdom i seg selv, men det kan ha stor innvirkning på enkeltindividets helse, trivsel og livskvalitet.⁴²

For voksne er kraftig overvekt en risikofaktor for blant annet diabetes type 2, høyt blodtrykk, gallestein, lungesykdommer, hjerte- og karsykdommer, enkelte kreftformer, muskel- og skjelettlidelser, samt psykiske lidelser.⁴³ Risikoen for å utvikle flere av disse sykdommene stiger med økende kroppsvekt.⁴⁴

Når det gjelder overvektige barn, er de fleste fysisk friske.⁴⁵ Likevel er høy overvekt også i barneårene en risikofaktor for både diabetes type 2 og hjerte-og karsykdommer, i tillegg til ortopediske problemer.⁴⁶ De største konsekvensene for barn med overvekt knytter seg til psykiske lidelser, underprestasjoner på skolen og lavere selvfølelse.⁴⁷

I regjeringens folkehelsemelding for 2012-2013 fremgår det at et usunt og lite allsidig kosthold, samt lite fysisk aktivitet, ofte innebærer dårlige levekår i barndommen.⁴⁸ For de som er overvektige er det for de fleste vanskelig å oppnå varig vektreduksjon, noe som gjør at forebygging er et viktig tiltak mot overvekt.⁴⁹ Den viktigste byggesteinen for god helse gjennom livet, er derfor en god helsemessig utvikling i barneårene.⁵⁰

⁴¹ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 1.1 og 2.1.4. WHO's nettside, *Obesity*.

⁴² Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.1.4.

⁴³ FHIs nettside, *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne*. Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.1.4 og 2.2.3.

⁴⁴ WHO's nettside: *Obesity*.

⁴⁵ FHIs nettside: *Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge*.

⁴⁶ WHO's nettside: *Data and statistics, The challenge of obesity – quick statistics*.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.2.1.

⁴⁹ FHIs nettside, *Forskning på overvekt ved avd. for folkesykdommer*.

⁵⁰ Regjeringens nettside, *Meld. St. 34 (2012-2013)*, punkt 2.2.1.

3 Foreldrenes rettslige ansvar etter barneloven

3.1 Foreldrenes ansvar gjennom foreldreansvaret

3.1.1 Generelt om foreldreansvaret

Hovedreglene for hvem som har foreldreansvaret fremgår av barneloven §§ 34 og 35.⁵¹ Spørsmålet som her skal avklares, er hva foreldreansvaret generelt innebærer?

Det generelle innholdet i foreldreansvaret fremgår av barneloven § 30.⁵² Etter ordlyden innebærer foreldreansvaret to hovedelementer. For det første skal de som har foreldreansvaret sikre barnet omsorg, og for det andre innebærer foreldreansvaret en beslutningsmyndighet overfor barnet i personlige forhold.

Omsorgsplikten fremgår av bestemmelsens første ledd. Denne delen av bestemmelsen er en prinsipperklæring om innholdet i foreldreansvaret og presiserer at det er foreldrene som har det primære ansvaret for å sørge for barnet.⁵³ Barnet har krav på omsorg ("omsut") og omtanke fra de som har foreldreansvaret, jf. § 30 (1) første punktum. Disse begrepene er etter juridisk litteratur ansett å omfatte kjærlighet, trygghet, oppmerksomhet, pleie, stell, tilsyn, osv.⁵⁴ I bestemmelsens annet ledd utdypes omsorgsplikten nærmere. De som har foreldreansvaret skal også gi barnet en forsvarlig oppdragelse ("oppseding") og forsørgelse ("forsyting"). Med oppdragelse menes det veiledning i barnets sosialiseringssprosess.⁵⁵ Begrepet forsørgelse sikter i denne sammenheng til den praktiske siden av å sørge for at barnet får mat, klær og et sted å bo, osv.⁵⁶ Den økonomiske siden av forsørgelsen reguleres av barneloven kapittel 8.

Foreldreansvarets beslutningsmyndighet er fastsatt i bl. § 30 (1) annet punktum, og innebærer både en rett og en plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold. Med personlige forhold menes avgjørelser som ikke er av økonomisk karakter.⁵⁷ Beslutningsmyndigheten

⁵¹ For en redegjørelse av hvem som har foreldreansvaret, se f.eks. Holgersen (2008), s. 196-108.

⁵² For en nærmere fremstilling av innholdet i foreldreansvaret, se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 102-116.

⁵³ NOU 1977:35, s. 122-123.

⁵⁴ Se Smith og Lødrup (2006), s. 103 og Holgersen (2008), s. 198.

⁵⁵ NOU 1977:35, s. 123.

⁵⁶ *Ibid.*

⁵⁷ *Ibid.* Se bl. § 30 (4) om avgjørelser i økonomiske forhold.

omfatter dermed blant annet dagligdagse beslutninger som kosthold, påkledning, døgnrytme, og større avgjørelser i barnets liv.⁵⁸

Viktige begrensninger i beslutningsmyndigheten fremgår imidlertid blant annet av at foreldreansvaret skal utøves ut fra "barnet sine interesser og behov", jf. § 30 (1) siste punktum. Ordlyden presiserer at foreldreansvaret er gitt for barnets skyld og at det ikke skal utøves ut fra foreldrenes egne interesser og behov. Videre begrenses beslutningsmyndigheten av barnets med- og selvbestemmelsesrett, jf. §§ 31 og 33.⁵⁹ Barnets medbestemmelsesrett går i korte trekk ut på at foreldrene skal høre hva barnet har å si før de tar avgjørelser for barnet i personlige forhold, i den grad barnet er i stand til å danne seg egne synspunkter om avgjørelsene. Barnets mening skal vektlegges ut fra barnets alder og modenhet. Barnets selvbestemmelsesrett innebærer at foreldrene skal gi barnet stadig større selvbestemmelsesrett med alderen og frem til det fyller 18 år.

En ytterligere begrensning av beslutningsmyndigheten fremgår av barneloven § 37. Denne bestemmelsen gjelder i de tilfeller der foreldrene har felles foreldreansvar, men der barnet bare bor fast hos den ene av foreldrene.⁶⁰ Bostedsforelderens er i slike tilfeller gitt en utvidet beslutningsmyndighet for barnets omsorg i dagliglivet, sammenlignet med den andre forelderens. Den utvidede beslutningsmyndigheten innebærer dermed en tilsvarende begrensning i beslutningsmyndigheten til den forelder barnet ikke bor hos. Beslutningsmyndigheten gjelder vesentlige sider av omsorgen for barnet. For de store avgjørelsene som ikke omhandler barnets dagligliv, har foreldrene fortsatt beslutningsmyndigheten sammen i kraft av det felles foreldreansvaret.⁶¹

Etter barneloven § 30 (3) må barnet ikke bli utsatt for vold eller på annen måte bli behandlet slik at det fysiske eller psykiske helsen blir utsatt for skade eller fare.

⁵⁸ Ot.prp.nr. 56 (1996-1997), s. 55-56.

⁵⁹ For nærmere om barnets med- og selvbestemmelsesrett, se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 116-128.

⁶⁰ Se bl. § 36 om hvor barnet skal bo fast.

⁶¹ Ot.prp.nr. 56 (1996-1997), s. 55-56.

3.1.2 Foreldre med foreldreansvar

Problemstillingen i dette punktet knytter seg til barns vern mot overvekt og fedme gjennom foreldreansvaret. Det første spørsmålet som må stilles, er om foreldre med foreldreansvar har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt?

Foreldreansvaret innebærer både en omsorgsplikt og en beslutningsmyndighet overfor barnet i personlige forhold, jf. bl. § 30 (1) og (2). Begge deler skal utøves ut fra "barnet sine interesser og behov".

I avhandlingens punkt 2.4 fremgår det at de største konsekvensene for barn med overvekt knytter seg til psykiske lidelser, underprestasjoner på skolen og lavere selvfølelse. At et barn utsettes for slike negative konsekvenser kan neppe anses å være i barnets interesse. I denne sammenheng tilsier konsekvensene av overvekt at barnets interesser og behov generelt går ut på at omsorgsplikten og beslutningsmyndigheten utøves med tanke på å forhindre at barnet utvikler overvekt.

Denne tolkningen støttes av § 30 (3), som fremholder at barnet ikke må bli utsatt for vold eller på "annen måte" bli behandlet slik at det fysiske eller psykiske helsen blir utsatt for skade eller fare. Ordlyden "annen måte" er vid og taler for at enhver behandling av barnet som kan medføre at barnets fysiske eller psykiske helse utsettes for skade eller fare dekkes av ordlyden.

I tillegg til at psykiske problemer kan knyttes til overvekt, er også høy overvekt en risikofaktor for å utvikle en rekke fysiske sykdommer.⁶² Selv om de fleste overvektige barn er fysisk friske, er risikofaktoren tilstedeværende, og risikoen øker med graden av overvekt. Etersom overvekt er en risikofaktor for flere fysiske og psykiske lidelser, vil overvekt hos barnet kunne utsette barnets psykiske og fysiske helse for fare. En behandling av barnet som medfører at barnet utvikler overvekt må dermed anses å rammes av ordlyden "annen måte" i § 30 (3).

Samlet sett må det dermed fastslås at foreldre med foreldreansvar har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

⁶² Se punkt 2.4.

Det neste spørsmålet som kan stilles, er hva dette ansvaret innebærer?

Hva som kreves av foreldrenes omsorg etter bl. § 30 for å beskytte barnet mot overvekt, må ses i sammenheng med barnevernets inngrepshjemler.⁶³ Grensen nedad mot omsorgssvikt anses å være minstestandarden for hva som kan kreves av foreldrenes omsorg. Dette uttrykkes gjerne som at omsorgen må være forsvarlig eller god nok.⁶⁴ Grensen mot omsorgssvikt er dermed en viktig retningslinje når det skal klarlegges hva beskyttelsesansvaret etter foreldreansvaret innebærer.

Omsorgssvikt er i juridisk litteratur definert ved at "de som har omsorgen for barnet, påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare".⁶⁵ Dette samsvarer med bl. § 30 (3) om at barnets helse ikke må utsettes for fare eller skade. Omsorgssvikt inndeles vanligvis i fire hovedkategorier; Passiv og aktiv fysisk mishandling, og passiv og aktiv psykisk mishandling.⁶⁶

Ved å vurdere overvekt og fedme som en form for omsorgssvikt, vil det være tale om såkalt fysisk mishandling enten i passiv eller aktiv form. Kategorien passiv fysisk mishandling innebærer manglende tilfredsstillende av barnets fysiske behov, som blant annet sterkt avvikende ernæring. Muligens kan stor grad av inaktivitet hos barnet også omfattes av denne kategorien. I kategorien aktiv fysisk mishandling inngår særlig vold mot barn, men også utsulting kan rammes. Dersom utsulting anses som det ene ytterpunktet på en visuell skala, kan det tenkes at det å tvinge barnet til å overspise vil være det andre ytterpunktet. Trolig vil også dette kunne rammes av begrepet aktiv fysisk mishandling.

Omsorgsplikten i foreldreansvaret innebærer etter § 30 (2) blant annet å gi barnet en forsvarlig forsørgelse, og herunder sørge for at barnet får mat.⁶⁷ Ved å se på grensen mot omsorgssvikt vil forsvarlig forsørgelse innebære at barnet får ernæring som ikke er sterkt avvikende, og som altså ikke setter barnets fysiske og psykiske helse i fare. Ettersom overvekt

⁶³ Se NOU 2008:9, s. 17, som fastslår at manglende overholdelse av omsorgsplikten kan lede til tiltak etter barnevernloven.

⁶⁴ NOU 2009:8, s. 31 og Bendiksen (2008), s. 105-106.

⁶⁵ Stang (2007), s. 134.

⁶⁶ NOU 2009:8, s. 31 og Bendiksen (2008), s. 105.

⁶⁷ NOU 1977:35, s. 123.

kan utsette barnets helse for fare, vil dette igjen bety at foreldrene skal sørge for et kosthold barnet ikke blir overvektig av.

Juridisk teori fremholder at forsvarlighetskravet i bl. § 30 inneholder et kvalitativt og et kvantitativt element.⁶⁸ Disse elementene er kumulative, slik at begge må være oppfylt for å overholde plikten til forsvarlig forsørgelse. Et forsvarlig kosthold vil dermed innebære riktig mengde mat og mat som inneholder de nødvendige næringsstoffene barnet trenger for å kunne fungere i dagliglivet og for å få en god utvikling.

Bendiksen eksemplifiserer med at det ikke vil være forsvarlig forsørgelse dersom barnet ikke sulter fordi det får mengder med sjokolade.⁶⁹ Et kosthold bestående av store mengder med søtsaker og annen usunn mat må kunne anses som sterkt avvikende ernæring, ettersom barnets næringsbehov i slike tilfeller ikke ivaretas.

Hva som anses for å være forsvarlig ernæring og hvor grensen for omsorgssvikt mer konkret går, sier rettskildene lite om. Imidlertid finnes det omfattende kunnskap i samfunnet om hvilke kostholdsvaner som anses som gode og skadelige for barn. Slik kunnskap kan anvendes som generelle normer for hva som er god nok omsorg.⁷⁰

I medhold av samfunnsutviklingen har befolkningens kostholdsvaner og aktivitetsnivå endret seg de siste tiårene.⁷¹ Kostholdet er i dag mer preget av industribearbeidet mat og hurtigløsninger enn det var tidligere, og aktivitetsnivået i befolkningen er redusert. Disse faktorene er ansett som noe av årsaken til befolkningens vektutvikling de siste 30 årene.

Ettersom en i dag vet at et usunt kosthold, uforholdsmessige mengder med mat og inaktivitet kan føre til overvekt og helseproblemer, vil denne kunnskapen være retningsgivende for hva som er god nok, eller forsvarlig omsorg. Kunnskapen i samfunnet taler dermed for at foreldreansvaret innebærer å sørge for at barnet får mat med riktig næringsinnhold, og at mengden av matinntaket tilpasses barnets behov. Videre tilsier kunnskapen knyttet til konsekvensene av inaktivitet at foreldreansvaret også innebærer å sørge for at barnet er fysisk

⁶⁸ Bendiksen (2008), s. 106.

⁶⁹ *Ibid.*

⁷⁰ Se Stang (2007), s. 136 som sier at kunnskap om hva som er godt og hva som er skadelig for et barn i en omsorgssituasjon, kan brukes til å gi veiledende normer for hva som er god nok omsorg.

⁷¹ Se punkt 2.3.

aktiv i hverdagen. Det antas dermed at foreldrene, på lik linje med matkravet, har et ansvar for å sørge for at barnet har et forsvarlig aktivitetsnivå. Forsvarlighetskravet anses i denne sammenheng å være knyttet til mengden fysisk aktivitet. Dette betyr at foreldrene må legge forholdene til rette slik at barnet kan være fysisk aktiv, og videre begrense barnets tilgang til inaktive aktiviteter.

Foreldreansvaret skal som nevnt ovenfor utøves ut i fra barnets interesser og behov, jf. bl. § 30 (1) siste punktum. Hva som er barnets interesser og behov må vurderes både ut fra barnets ønsker i den konkrete situasjon og hva som objektivt sett vil være til barnets fordel på lengre sikt.⁷² Videre vil barnets behov måtte bero på forhold knyttet til det konkrete barnet, og sådan vurderes individuelt. Vurderingen av hva et forsvarlig kosthold og aktivitetsnivå nærmere innebærer, vil dermed være avhengig av hva barnet har behov for.

Barn som er undervektig, normalvektig eller overvektig har behov for ulike typer kosthold og ulik mengde fysisk aktivitet. En del av omsorgskravet i foreldreansvaret vil da være å kartlegge hvilke behov barnet har. Videre vil barnets behov kunne endre seg i løpet av oppveksten, slik at kostholdet og aktivitetsnivået må endres eller tilpasses underveis for å tilfredsstille forsvarlighetskravet for forsørgelsen.

For et barn som er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet overvekt, vil for eksempel en endring i kostholdet kunne være nødvendig for at barnet enten skal kunne holde på vekten eller redusere overvekten. Det kan bety at barnet ikke bør få tilgang til usunn mat eller godteri i like stor utstrekning som tidligere, eller at mengden av matinntaket bør begrenses. Ettersom mat ofte brukes som følelsesmessig stimulering overfor livets positive og negative hendelser, kan det å endre et barns kosthold virke tungt for foreldrene. Likevel innebærer foreldreansvaret at foreldrene i denne sammenheng skal se barnets interesser og behov i et mer langsiktig perspektiv, enn hva som er den enkleste utveien i øyeblikket.

Når barnet er lite vil omsorgsplikten gjerne innebære å sørge for at barnet får sunn og næringsrik mat, samt å sørge for at barnet er fysisk aktiv. Etter hvert som barnet blir eldre skal foreldrene gi barnet stadig større selvbestemmelsesrett, jf. § 33. Dette betyr at barnet etter hvert som tiden går, i stadig større grad selv må kunne få bestemme hvilket kosthold og

⁷² NOU 1977:35, s. 123.

aktivitetsnivå det ønsker. Foreldrenes ansvar for å beskytte barnet mot overvekt blir dermed tilsvarende mindre med tiden. Likevel har foreldrene fortsatt et overordnet ansvar for barnet, noe som tilsier at omsorgsplikten etter hvert vil kunne manifestere seg i et ansvar for å føre tilsyn over barnets kosthold og hva barnet bruker sin fritid til. Dersom barnet for eksempel bruker for mye tid på stillesittende aktiviteter, gir bestemmelsesretten i § 30 (1) annet punktum foreldrene myndighet til å bestemme at barnet skal delta i fysiske aktiviteter på fritiden, men da slik at barnet selv kan velge hvilken aktivitet det ønsker å delta i, jf. barnets medbestemmelsesrett etter § 31.

Det kan imidlertid ikke stilles uforholdsmessige strenge krav til foreldrenes ansvar for å beskytte barnet mot overvekt. Ulike foreldre har ulik kunnskap om kosthold, fysisk aktivitet, og betydningen av dette. Det kan dermed verken kreves at foreldrene skal ha ekspertkunnskap om ernæring eller fysisk aktivitet. Det som derimot kan kreves, er at foreldrene sørger for et alminnelig godt kosthold og aktivitetsnivå. Videre må det kunne kreves at de følger med på barnets helsetilstand og behov. Dersom de ser at barnet utvikler overvekt må det stilles noe større krav til foreldrene, slik at barnet får den hjelp og beskyttelse det trenger. I de tilfeller foreldrene ikke har kunnskap om hva som skal til for å hjelpe barnet, må omsorgsansvaret innebære et ansvar for å søke hjelp og rådgivning.

Oppsummeringsvis er barnets kosthold og aktivitetsnivå faktorer som kan bidra til at barnet utvikler overvekt. Etersom foreldre med foreldreansvar er tillagt en omsorgsplikt og en beslutningsmyndighet overfor barnet, vil foreldrene kunne påvirke disse faktorene.

Foreldrenes ansvar for å beskytte barnet mot overvekt innebærer dermed å sørge for at barnet får et kosthold og aktivitetsnivå som er tilpasset barnets behov.

Et særlig spørsmål som kan stilles, er om det ansvar som det i det foregående er redegjort for, også gjelder for foreldre som har del i foreldreansvaret, men som ikke bor sammen med barnet?

Etter barneloven § 30 påhviler forpliktelsene i bestemmelsen "dei som har foreldreansvaret". Ordlyden er her klar, og tilsier dermed at foreldre med foreldreansvar som ikke bor sammen med barnet, har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

Imidlertid medfører barneloven § 37 en begrensning i foreldreansvaret for den forelder som ikke bor sammen med barnet. Av ordlyden fremgår det at når barnet bare bor fast sammen med den ene, kan den andre "ikkje setje seg mot at den barnet bur saman med, tek avgjerder som gjeld vesentlige sider av omsuta for barnet." Avgjørelser som knytter seg til den daglige omsorgen for barnet, treffes altså i utgangspunktet fullt ut av bostedsforelderen alene.⁷³ Dette trekker i retning av at den andre forelderen ikke har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt, ettersom denne ikke kan motsette seg de avgjørelser bostedsforelderen tar for barnet.

Likevel er de som innehar foreldreansvaret pålagt et ansvar for å gi barnet omsorg, en forsvarlig forsørgelse og en beskyttelse av barnets fysiske og psykiske helse, jf. hovedregelen i § 30. Dette tilsier at også den som ikke er bostedsforelder, til tross for § 37, vil kunne ha en plikt til å delta i beslutningsprosessen, dersom bostedsforelderen ikke klarer å gi barnet en tilfredsstillende omsorg.⁷⁴

Det antas dermed at foreldre med foreldreansvar, men som ikke bor sammen med barnet, til en viss grad også har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

3.2 Foreldrenes ansvar uten del i foreldreansvaret

3.2.1 Samværsforeldre uten foreldreansvar

Ovenfor er det redegjort for foreldrenes rettslige ansvar for barns vern mot overvekt og fedme gjennom foreldreansvaret. Fokuset rettes nå mot foreldre som ikke har del i foreldreansvaret. Spørsmålet som her reises er om samværsforeldre, uten foreldreansvar, har et rettslig ansvar for å beskytte barnet mot overvekt?

Etter barneloven § 42 (1) har barnet rett til samvær med begge sine foreldre.⁷⁵ Dersom foreldrene ikke lever sammen, har den forelderen som barnet ikke bor sammen med, en

⁷³ Ot.prp.nr. 62 (1979-1980), s. 26. Se også Ot.prp.nr. 56 (1996-1997), s. 54.

⁷⁴ Denne fortolkningen av forholdet mellom §§ 30 og 37 støttes av Smith og Lødrup (2006), s. 162. Se også NOU 2008:9, s. 18.

⁷⁵ For en nærmere fremstilling av samværsretten, se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 169-184, og Holgersen (2008), s. 228-248.

tilsvarende rett til samvær med barnet, med mindre noe annet er avtalt eller fastsatt, jf. § 43 (1).

Samværsretten innebærer at barnet har krav på omsorg og omtanke fra den som er sammen med barnet og at samværsforelderens har en beslutningsmyndighet knyttet til den daglige omsorgen under samværet, jf. § 42 (2). Første punktum i § 42 (2) er innholdsmessig lik § 30 (1) første punktum. Kravet til omsorg og omtanke er dermed i hovedsak likt overfor samværsforelderens og den som har foreldreansvaret, bortsett fra at samværsforelderens ansvar kun gjelder under samvær. Når det gjelder avgjørelser om den daglige omsorgen omfatter dette blant annet kosthold, døgnrytme, tilsyn, stell, osv.⁷⁶ På samme måte som den som har foreldreansvaret kan bestemme over barnets kosthold og aktivitetsnivå i hjemmet, må samværsretten altså innebære at samværsforelderens kan bestemme dette under samvær. Dette taler for at også samværsforeldre har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

Et moment som støtter denne fortolkningen, er at et manglende ansvar for samværsforelderens for å beskytte barnet mot overvekt, vil kunne motvirke betydningen av barnets beskyttelse gjennom foreldreansvaret. Dette fordi barnets kosthold og aktivitetsnivå under samvær kan påvirke barnets vaner og struktur i hverdagen. Gode grunner tilsier dermed at deler av innholdet i § 30 gis analogisk anvendelse for innholdet i omsorgskravet i § 42. Dette gjelder særlig det at foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets interesser og behov, og at barnet ikke skal behandles slik at dens fysiske eller psykiske helse blir utsatt for skade eller fare, jf. § 30 (1) tredje punktum og (3) første punktum.

Omsorgskravet for den som har foreldreansvaret og den samværsberettigede er imidlertid noe forskjellig. For mer langsiktige sammenhenger foreligger det en viss reservasjon i omsorgskravet for den samværsberettigede.⁷⁷ Denne reservasjonen må ses i sammenheng med samværets omfang.⁷⁸ Ettersom overvekt er en helsetilstand som utvikler seg over lengre tid, tilsier dette at avgjørelser om barnets kosthold og aktivitetsnivå i hovedsak må tas i et mer langsiktig perspektiv for å kunne beskytte barnet mot overvekt. Omfanget av samværet vil dermed ha betydning for samværsforelderens påvirkning på barnets helse, samt dens ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

⁷⁶ Ot.prp.nr. 56 (1996-1997), s. 55-56.

⁷⁷ Backer (2008), s. 386.

⁷⁸ For samværets omfang, se bl. § 43.

På bakgrunn av omsorgsplikten og beslutningsmyndigheten i § 42 (2) antas også samværsforeldre å ha et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt. Likevel vil ansvaret til en viss grad variere ut fra samværets omfang.

3.2.2 Foreldre uten foreldreansvar og uten samvær

Spørsmålet er så om foreldre uten foreldreansvar og uten samvær har et rettslig ansvar for å beskytte barn mot overvekt?

Foreldrenes omsorgsplikt og beslutningsmyndighet fremgår av barneloven §§ 30 (1), (2) og 42 (2). Disse bestemmelsene presiserer at omsorgskravet kun gjelder for de som henholdsvis har "foreldreansvaret" og "den som er saman med barnet". Ordlyden taler dermed for at foreldre uten foreldreansvar og uten samvær, ikke har en tilsvarende omsorgsplikt og beslutningsmyndighet.⁷⁹

Ettersom foreldre uten foreldreansvar og samvær verken har en omsorgsplikt eller beslutningsmyndighet overfor barnet, tilsier dette at de heller ikke har et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt.

Av barneloven § 66 (1) fremgår det at "foreldra" har plikt til å bære utgiftene til forsørgelsen av barnet. Plikten påhviler begge foreldrene uavhengig om de har felles foreldreansvar eller ikke.⁸⁰ Forsørgelsesplikten er imidlertid av ren økonomisk art og gir dermed ikke myndighet til å bestemme hvordan midlene skal brukes, og ei heller annen beslutningsmyndighet eller omsorgsplikt.

Foreldre uten foreldreansvar og uten samvær anses etter dette ikke å ha et rettslig ansvar for å beskytte barn mot overvekt.

⁷⁹ I Ot.prp.nr. 62 (1979-1980), s. 49, fremgår det eksplisitt for § 30 at "pliktene ligger på dem som har foreldreansvaret, ikke i og for seg på alle foreldre".

⁸⁰ Smith og Lødrup (2006), s. 198.

4 Betydningen av foreldrenes rettslige ansvar

4.1 Innledning

Foreldre med foreldreansvar eller samvær har et rettslig ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme. Til tross for foreldrenes lovfestede ansvar, er det ikke knyttet noen direkte sanksjoner til manglende oppfyllelse av det generelle ansvaret etter bl. §§ 30 og 42.⁸¹

Spørsmålet blir da hvilken betydning foreldrenes ansvar egentlig har? For å besvare dette, drøftes det i punkt 4.2 om ansvaret kan ha strafferettslig eller erstatningsrettslig betydning. I punkt 4.3 drøftes betydningen av ansvaret i tvister om foreldreansvar, fast bosted og samvær. Til slutt blir den barnevernsrettslige betydningen belyst i punkt 4.4.

4.2 Strafferettslig og erstatningsrettslig betydning

Den første problemstillingen som reises er om foreldrene kan bli strafferettslig ansvarlig dersom foreldrene utøver en omsorg som medfører at barnet utvikler overvekt.

For å kunne straffes er det fire grunnvilkår som må være oppfylt. Dette er kravet til subjektiv skyld hos gjerningspersonen, at et straffebud dekker den foretatte handlingen eller unnlåtelsen, fravær av utilregnelighet og fravær av straffrihetsgrunner. Det faller utenfor avhandlingen å gi en nærmere fremstilling av disse grunnvilkårene.⁸² I det følgende vil det derfor kun bli sett på om det finnes straffebud som kan ramme foreldrenes manglende overholdelse av omsorgsplikten.

Det straffebudet som kan tenkes å ramme en omsorgsutøvelse som har medført overvekt hos barnet, er straffeloven (strl.) § 219 (1) bokstav e. Bestemmelsen rammer den som "gjentatt mishandler" noen i sin omsorg.

Som det fremgår av punkt 3.1.2 er aktiv fysisk mishandling en form for omsorgssvikt. Under denne kategorien omfattes utsulting av barn, og antagelig også det å tvinge et barn til å overspise. Dersom det å tvinge et barn til å overspise omfattes av kategorien fysisk

⁸¹ Det bemerkes at manglende overholdelse av § 30 (3) første punktum kan rammes av Lov 22. mai 1902 nr. 10, Almindelig borgerlig Straffelov (Straffeloven) § 228.

⁸² Se f.eks. Andenæs (2004), s. 104 flg. for en fremstilling av grunnvilkårene.

mishandling, vil også denne type handling dekket av ordlyden i strl. § 219 (1), forutsatt at dette skjer gjentatte ganger.

Ettersom overspising over lengre tid kan medføre overvekt, antas dermed foreldrene å kunne bli strafferettslig ansvarlig for manglende overholdelse av omsorgsplikten. Likevel må et slikt tilfelle kunne sies å være ganske søkt, og ikke særlig reelt. Foreldrenes ansvar for å beskytte barnet mot overvekt anses derfor ikke å ha særlig betydning i strafferettslig sammenheng.

Den neste problemstillingen som reises er om foreldrene kan bli erstatningsansvarlig overfor barnet dersom foreldrenes omsorg har medført overvekt hos barnet.

Et erstatningsrettslig ansvar forutsetter at tre vilkår er oppfylt.⁸³ Det må foreligge skade, ansvarsgrunnlag og en adekvat årsakssammenheng mellom ansvarsgrunnlag og skade.

For å bli erstatningsansvarlig må det som hovedregel foreligge en skade som medfører et økonomisk tap for den skadelidte. Overvekt kan resultere i både fysiske og psykiske helseplager, noe som betyr at dette vil kunne anses som skade i erstatningsrettslig sammenheng. I de tilfeller der overvekt har medført helseplager vil dette videre kunne medføre et økonomisk tap for utgifter til for eksempel medisinsk behandling, eller tap i fremtidig inntekt hvis overvekten legger begrensninger på arbeidsevnen. I enkelte tilfeller kan det også tenkes at overvekt oppfyller vilkårene for ménerstatning i skadeserstatningsloven § 3-2, dersom det ikke foreligger et økonomisk tap.⁸⁴

For vilkåret om ansvarsgrunnlag, vil det aktuelle ansvarsgrunnlaget være subjektivt ansvar. Subjektivt ansvar kjennetegnes med at skade er voldt ved en handling eller unnlattelse som er uaktsom eller uforsvarlig.⁸⁵ Dersom foreldrene ikke sørger for et forsvarlig kosthold og aktivitetsnivå vil dette kunne tenkes å rammes av det subjektive ansvaret. Et annet tilfelle som kan tenkes er tilfeller der foreldrene unnlater å følge opp eller ta grep om barnets vektutvikling.

⁸³ Se f.eks. Lødrup (2009), s. 127 flg. for en fremstilling av grunnvilkårene.

⁸⁴ Lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning.

⁸⁵ Lødrup (2009), s. 51.

Når det gjelder årsakssammenheng, er dette noe som kan bli vanskelig å påvise. Selv om det i denne avhandlingen har vært fokusert på kosthold og fysisk aktivitet som årsaker til overvekt, kan det være andre faktorer som medfører overvekt, som for eksempel sykdom. Videre er det også slik at overvekt gjerne et resultat av sammensatte årsaker. Et annet moment som kan ha betydning i denne sammenheng, er barnets selvbestemmelsesrett, jf. bl. § 33. Spørsmålet som her oppstår, er om overvekten er et resultat av barnets selvbestemmelsesrett eller om det er foreldrenes manglende beskyttelse. I tillegg er overvekt og dens konsekvenser noe som utvikles over tid. Dette betyr at det kan være vanskelig å påvise at en eventuell årsakssammenheng er adekvat.

Etter dette kan et erstatningsansvar nok ikke utelukkes dersom foreldrenes omsorg har medført overvekt hos barnet. Likevel må det trolig spesielle tilfeller til for at et erstatningsansvar oppstår. Dels fordi det antagelig skal mye til for at det foreligger en erstatningsberettiget skade, og dels fordi bevisspørsmålet rundt årsakssammenhengen kan by på særlige utfordringer.

4.3 Betydningen i tvister om foreldreansvar, fast bosted og samvær

4.3.1 Innledning

Utgangspunktet for avgjørelser om foreldreansvar, hvor barnet skal bo fast og samvær, er at avgjørelsene først og fremst skal rette seg etter det som er best for barnet, jf. bl. § 48.⁸⁶ Et moment ved vurderingen av hva som er til barnets beste, er foreldrenes omsorgsevne.⁸⁷

Som det ovenfor er redegjort for, innebærer omsorgskravet i bl. § 30 og 42 et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt og fedme. En del av dette ansvaret går dermed ut på å ivareta barnets helsebehov gjennom beslutninger om barnets kosthold og aktivitetsnivå. Dette må bety at foreldrenes evne til å ivareta disse behovene, har betydning for spørsmål om foreldreansvar, fast bosted og samvær.

⁸⁶ Se bl.a. Smith og Lødrup (2006), s. 138-157 og Holgersen (2008), s. 209-222 for en fremstilling av relevante momenter etter bl. § 48.

⁸⁷ Holgersen (2008), s. 212-213 og Backer (2008), s. 338-340.

Når det tas stilling disse spørsmålene skal det skje en konkret helhetsvurdering. Hvilken vekt foreldrenes evne til å beskytte barnet mot overvekt og fedme skal ha, vil dermed være avhengig av de konkrete omstendighetene i saken. Det finnes ingen avgjørelser fra Høyesterett som drøfter disse spørsmålene. For å gi en illustrasjon av hva som skjer i praksis, vil det i det følgende foretas en gjennomgang av en del rettspraksis fra lagmannsretten.⁸⁸ Ettersom avgjørelser fra lagmannsrettene har liten rettskildemessig verdi, vil avgjørelsene kun anvendes som et empirisk materiale for å belyse problemstillingens betydning i praksis.

4.3.2 Overvekt, kosthold og fysisk aktivitet

Rettspraksis synes gjennomgående å vise at foreldrenes omsorgsevner hva gjelder oppfølging og tilrettelegging av barnets kosthold og aktivitetsnivå er relevante momenter i barnets beste-vurderingen. Et godt eksempel på dette fremgår av en dom avsagt i Gulating lagmannsrett i 2012, omhandlende fast bosted og samvær for en 9 år gammel jente.⁸⁹

Lagmannsretten viste til at jentas overvekt hadde vært et tema i tingretten, men at begge foreldrene syntes å ta overvektsproblematikken på alvor. Foreldrene hadde på flere måter gitt ulike bidrag til at jenta skulle ha et godt kosthold og levesett som reduserte risikoen for vektproblemer, som blant annet sunne matvaner og tilstrekkelig fysisk aktivitet. Det ble fremhevet at jenta hadde strukket seg i høyden og samtidig holdt vekten. Retten fant at foreldrenes måte å håndtere jentas vektproblematikk, ikke tilsa favorisering av noen av foreldrene med hensyn til hvor jenta skulle bo fast og fastleggelsen av samvær.

Lagmannsretten kom til at partene sto ganske likt, og la derfor i sin helhetsvurdering blant annet vekt på oppfølging av skole og størst samlet familiekontakt. Konklusjonen ble at jenta skulle bo fast sammen med faren og ha et omfattende samvær med moren.

Retten vurderte altså foreldrenes omsorgsevner med tanke på barnets overvekt, og kommenterte viktigheten av et sunt kosthold og tilstrekkelig mengde fysisk aktivitet for å redusere risikoen for overvekt. Foreldrenes oppfølging av kosthold og aktivitetsnivå anses dermed som relevante momenter ved avgjørelse om fast bosted og samvær.

⁸⁸ Se LG-1999-1053, LF-2000-1, LF-2007-46255, LH-2008-70089, LF-2010-130773, LG-2010-83078, LB-2011-188282 og LG-2012-7769

⁸⁹ LG-2012-7769.

Det at barns vektproblemer har betydning i saker om foreldreansvar, fast bosted og samvær vises også av foreldrenes anførsler. I flere av sakene har foreldrene selv anført håndteringen av barnets overvekt som et moment for hvilken løsning som er til barnets beste.⁹⁰

Eksempelvis fremgår dette av en dom omhandlende foreldreansvar, fast bosted og samvær for en jente på 11 år avsagt av Gulating lagmannsrett i 1999.⁹¹ Moren stilte i denne saken spørsmål ved jentas kosthold hos faren, og viste til at jenta hadde hatt "en betydelig vektøkning" i den tid hun hadde bodd hos ham. Moren mente at jenta hadde behov for et særskilt tilpasset kosthold, og at jenta ville få et slikt kosthold dersom hun bodde fast hos moren.

Lagmannsretten la imidlertid til grunn at omsorgstilbudet hos faren var tilfredsstillende, og godt over det minimum som skal til for at faren skulle kunne ha den daglige omsorgen for jenta. Slik retten så det, var det "ikke grunnlag for å tro at det kosthold piken får hos far, og hans oppfølging i forhold til spørsmål omkring pikens helse til enhver tid, skulle representere noe moment av betydning når det skal vurderes hvilken løsning som totalt sett vil være den beste for piken". Lagmannsretten konkluderte med at foreldrene skulle ha felles foreldreansvar, jenta skulle bo fast hos faren, og at moren skulle ha utvidet samvær

Selv om domstolen ikke vektla morens anførsler, avviste den heller ikke kosthold og vektproblemer som et relevant moment. Det kan imidlertid se ut til at det skal mye til før et slikt argument tillegges avgjørende vekt. Dette bekreftes av en dom fra Hålogaland lagmannsrett avsagt i 2008.⁹²

Denne dommen omhandlet fast bosted og samvær for tre jenter på henholdsvis 8, 6 og 3 år. Faren anførte blant annet at jenta på 6 år hadde overvektsproblemer. I følge han var det et problem moren verken innså eller gjorde noe med. Jenta var ca 130 cm høy og veide 43 kilo. Faren mente at han ville sørge for et bedre kosthold og større aktivitet enn det moren gjorde.

⁹⁰ Se LG-1999-1053, LH-20008-70089, LF-2007-46255 og LF-2010-130773.

⁹¹ LG-1999-1053.

⁹² LH-2008-70089.

Moren mente imidlertid at selv om jenta på 6 år var "noe stor", var hun vektmessig innenfor skalaen for sin aldersgruppe. Videre mente moren at hun ville følge opp vektproblematikken.

Om dette uttalte lagmannsretten: "Det forhold at B [mor] eventuelt kan gjøre mer for å bidra til å begrense overvekt hos datteren, er ikke nok til at D bør tas ut av skolen hun nettopp har begynt på og miljøet hun bor i, og skifte ut moren som omsorgsperson, som hun er knyttet til og som for øvrig synes å ta seg godt av henne." Lagmannsretten kom til at jentene skulle bo fast hos moren, og ha samvær med faren.

I likhet med de foregående dommene synes retten i denne saken å vurdere morens omsorgsevne som god nok, selv om moren antagelig ikke gjorde det hun kunne for å begrense datterens overvekt.⁹³ Morens omsorgsevne når det gjaldt datterens helserisiko, ble dermed tillagt liten vekt ved vurderingen av hva som etter en helhetsvurdering var til barnets beste.

Av de avgjørelsene som til nå er gjennomgått, viser lagmannsrettspraksis at foreldrene tidvis anfører barnas overvektsproblemer som et moment for hvilken løsning som er til barnets beste. Retten tar standpunkt til foreldrenes anførsler, men gjennomgående blir barnas vektproblemer tillagt liten vekt ved avgjørelser om foreldreansvar, fast bosted og samvær. Årsaken til dette synes å være at retten vurderer foreldrenes omsorg som god nok, selv om barna har utviklet overvekt under foreldrenes omsorg. Dermed er det andre momenter som blir tillagt avgjørende vekt i vurderingen av hvilken løsning som er til det beste for barnet.

4.3.3 Overvekt som moment er ikke avhengig av foreldrenes anførsler

Lagmannsrettspraksis viser også at retten selvstendig trekker overvekt som et momentet inn i vurderingen, uten at det fremgår av dommen at foreldrene har anført dette.⁹⁴

En dom fra Gulating lagmannsrett omhandlet fast bosted og samvær for to gutter på 9 og 7 år.⁹⁵ Om nåringen uttalte retten følgende: "Etter bevisførselen må det ellers legges til grunn at C har hatt en betydelig vektøkning i den tid han har bodd fast hos far, og det er ikke tvilsomt at dette har sammenheng med forskjeller i foreldre regime: Mor stiller kav til ham når det

⁹³ For et lignende eksempel, se LF-2007-46255.

⁹⁴ Se LG-2010-83078 og LG-2012-7769.

⁹⁵ LG-2010-83078.

gjelder fysisk aktivitet, mens far langt på vei lar ham styre dette selv, bl.a. slik at C får lov til å bruke mye tid på fjernsyn og dataspill."

Etter lagmannsrettens syn var moren den som best kunne ivareta oppfølgingen av guttene. Retten pekte på at moren hadde hatt hovedomsorgen, "i tillegg til at det ' regime ' hun står for, ivaretar behovet for struktur og oppfølging, bl.a. når det gjelder aktivisering, på en mer betryggende måte enn ' regimet ' hos far".

Retten la i tillegg vekt på at moren best evnet å skape struktur, at barna mest sannsynlig ville få best mulig samlet foreldrekontakt ved å bo hos moren, og at barna hadde behov for struktur og oppfølging. Samlet kom retten til at barna skulle bo fast hos moren og samvær med faren.

Denne saken viser at retten vurderte foreldrenes omsorgsevner gjennom oppfølgingen av barnets vektproblemer, uten at det var anført av foreldrene. Videre ble dette momentet tillagt vekt sammen med flere andre momenter.

4.3.4 Særlig om samvær

I 2000 avsa Frostating lagmannsrett en kjennelse om midlertidig avgjørelse om samværsrett for en mor.⁹⁶ Avgjørelsen viser at foreldrenes oppfølging av barns overvektsproblemer også kan ha betydning for fastsetting av samvær og forutsetninger for dette.

Av faren ble det anført at gutten på snart 13 år hadde kommet hjem i svært dårlig forfatning etter samvær med mor. Gutten hadde hatt vektøkning, var trøtt, uflidd og "syk". Moren anførte på sin side at det var latterlig og ikke troverdig da det ble påstått at gutten skulle ha lagt på seg 7 kilo etter helgesamvær.

Lagmannsretten fant at det var særlige grunner i saken som tilsa en foreløpig avgjørelse om samvær, og viste blant annet til de problemer gutten hadde med overvekt. Retten mente at erfaringer fra samvær fremover ville være nyttige for løsningen av hovedsaken, og fant grunn til å fremheve følgende fra byrettens premisser der moren ble gitt midlertidig samvær: "Det forutsettes da at B [moren] og A [faren] samarbeider i en slik grad at de rutiner som er

⁹⁶ LF-2000-1.

innarbeidet med hensyn til mat følges opp også under samvær. Det vises da til de opplysninger som er kommet om Cs spiseproblemer. Videre forutsettes det at B følger opp de eventuelle råd som gis fra BUP [barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk]."

Lagmannsretten konkluderte med at morens begjæring om samvær ble tatt til følge.

Guttens vektproblemer og oppfølgingen av dette var altså sentral i vurderingen av barnets beste. På bakgrunn guttens spiseproblemer ble midlertidig samvær gitt med vilkår knyttet til kostholdsvaner og rådgivning fra BUP, jf. bl. § 43 (3) første punktum. Kjennelsen viser altså at kostholdsvaner og oppfølging av et barns vektproblemer ikke bare har betydning ved avgjørelse om foreldreansvar og fast bosted, men at det også kan ha betydning ved avgjørelse om samvær.

4.3.5 Årsaken til barnets overvekt

Rettspraksis synes videre å vise at årsaken til barns overvekt har betydning ved vurderingen av foreldrenes omsorgsevner. En dom fra Borgarting lagmannsrett i 2011 er illustrerende for dette.⁹⁷

Dommen omhandlet fast bosted og samvær for en gutt på 6 år. Moren anførte at guttens vektproblemer hadde økt mest i den tiden da gutten hadde vært mest hos faren. Faren anførte imidlertid at den mest sannsynlige årsaken til guttens vektøkning var foreldrenes samlivsbrudd. Faren mente derfor at problemet trolig ville gå over når omsorgssituasjonen ble avklart.

Lagmannsretten fremholdt at foreldrekonflikten hadde gått inn på gutten, og at dette hadde gitt seg uttrykk i en vektøkning på ca 6 kilo over et halvt års tid. Etter rettens syn var det "mest sannsynlig at vektøkningen har sammenheng med trøstespising på grunn av foreldrekonflikten, ikke feil ved kosthold [...] eller annet når han er hos den ene av foreldrene."

⁹⁷ LB-2011-188282.

Videre fant retten at foreldrene stod omtrent likt når det gjaldt personlige egenskaper og forutsetninger for å ta seg av gutten. Foreldrene var begge svært glad i gutten og hadde stor omtanke for guttens behov og utvikling. Det var også tilrettelagt for lek og fritidsaktiviteter hos begge foreldrene.

Guttens helsetilstand og oppfølging fra foreldrene trakk verken i den ene eller andre retning ved avgjørelsen av hvor gutten skulle bo fast. Basert på at faren sannsynligvis var bedre enn moren til å skjerme gutten mot foreldrekonflikten, kom retten til at gutten skulle bo fast hos faren og ha samvær med moren.

Dommen viser at årsaken til barns vektproblemer kan ha betydning ved vurderingen av foreldrenes omsorgsevner, eksempelvis som her at det verken talte i noen av foreldrenes favør eller disfavør.

4.3.6 Oppsummering

Den gjennomgåtte lagmannsrettspraksis viser at barns overvekt, kosthold og fysisk aktivitet er relevante momenter ved vurderingen av foreldrenes omsorgsevner, og dermed hvilken løsning som er til barnets beste, jf. bl. § 48. Dette fremgår ved at momentene blir trukket inn ved domstolens vurdering, enten av retten selv eller etter anførsler fra foreldrene.

Selv om foreldrenes omsorgsevne gjennom det å beskytte barnet mot overvekt har relevans, viser rettspraksis at dette momentet sjelden blir tillagt særlig vekt. En årsak til dette synes å være at den utøvde omsorgen i noen tilfeller anses som god nok, til tross for at barna har utviklet overvekt. En annen årsak kan være at avgjørelsene må baseres på en helhetsvurdering av flere momenter for å fastslå hvilken løsning som er til det beste for barnet. Det er derfor sjelden et enkelt moment som avgjør hva som er barnets beste, men flere momenter som vurderes opp mot hverandre.

Lagmannsrettspraksis bekrefter i alle fall at foreldrenes ansvar for å beskytte av barn mot overvekt har betydning i tvister om foreldreansvar, fast bosted og samvær.

4.4 Betydningen for tiltak fra barneverntjenesten

Spørsmålet som her reises, er om foreldrenes ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme kan ha betydning for tiltak fra barneverntjenesten?

Selv om foreldrene har det primære ansvaret for barn, er det klart at det offentlige har et subsidiært ansvar når foreldrene ikke oppfyller sine forpliktelser. Av barnevernloven § 1-1 første strekpunktum fremgår det at lovens formål er "å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid". Ettersom overvekt kan skade et barns helse og utvikling, taler ordlyden for at barneverntjenesten har et ansvar for å beskytte barn mot overvekt. I de tilfeller der foreldrene ikke beskytter barnet tilstrekkelig mot overvekt, må dette bety at barneverntjenesten har et ansvar for å sikre barnet nødvendig hjelp og omsorg gjennom de tiltak som fremgår av barnevernloven kapittel 4.

Foreldrenes manglende beskyttelse mot overvekt og fedme vil dermed kunne ha betydning for tiltak fra barneverntjenesten, noe som skal diskuteres nærmere i kapittel 6.

5 Statens rettslige ansvar etter barnekonvensjonen

5.1 Generelt om ansvaret

Problemstillingen i det følgende er om barnekonvensjonen medfører et ansvar for staten til å beskytte barn mot overvekt og fedme.

Det er flere av artiklene i barnekonvensjonen som i vid forstand omfatter en beskyttelse av barn mot overvekt.⁹⁸ For eksempel fremgår det av art. 3 nr. 2 at staten skal sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel. Etter art. 27 skal staten treffe egnede tiltak for å hjelpe foreldre med å sikre barnets rett til en levestandard som blant annet er tilstrekkelig for barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling. Videre skal staten etter art. 19 treffe egnede tiltak for å beskytte barnet mot alle former for blant annet skade, forsømmelig behandling eller mishandling, mens en eller begge foreldre har omsorgen for barnet. Det imidlertid grunn til å nevne at både barnekonvensjonen og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) setter begrensninger for statens muligheter til å gripe inn i barnets og foreldrenes privat- og familieliv, se BK art. 7 og 16, og EMK art. 8.⁹⁹ Som en følge av dette vil statens ansvar for å beskytte barn mot overvekt dermed være noe begrenset.

Den artikkelen som mest konkret gir en beskyttelse mot overvekt og fedme er art. 24, og det er den som skal drøftes i det følgende.

⁹⁸ For en generell fremstilling av barnekonvensjonens innhold og betydning se f.eks. Høstmælingen m.fl. (2008).

⁹⁹ Convention of the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma, 4. november 1950.

Konvensjonen gjelder som norsk lov, jf. menneskerettsloven § 2 nr. 1. For en redegjørelse av det generelle innholdet i EMK art. 8, se Aall (2004), s. 194 flg. For en redegjørelse av art. 8 barnerettslig sammenheng, se f.eks. Hedlund (2008), s. 35-71.

5.2 Barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard

Etter barnekonvensjonen art. 24 nr. 1 anerkjenner staten barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard.¹⁰⁰ Problemstillingen som her reises er om denne bestemmelsen medfører et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme?

Hva som ligger i uttrykket "den høyest oppnåelige helsestandard" ("the highest attainable standard of health") må ses i sammenheng med art. 24 nr. 2 som sier hva staten skal arbeide med for å oppnå dette. Etter bokstav c) skal staten treffe egnede tiltak for å "bekjempe sykdom og feilernæring" ("combat disease and malnutrition"). En del av den høyest oppnåelige helsestandard for barn vil dermed være fravær av sykdommer og riktig ernæring.

Overvekt er som nevnt en risikofaktor for en rekke sykdommer. Ved å bekjempe overvekt hos barn vil dette kunne bidra til bekjempelse av overvektsrelaterte sykdommer. Dette taler for at staten har et ansvar for å beskytte barn mot overvekt. Det må så spørres om forpliktelsen til å treffe egnede tiltak for å bekjempe feilernæring, også kan tale for et ansvar for å beskytte barn mot overvekt? Feilernæring karakteriseres i følge Verdens matvareprogram (World foodprogram, WFP) ved et utilstrekkelig inntak av proteiner, energi og mikronæringsstoffer.¹⁰¹ Konsekvenser knyttet til feilernæring er undervekt, veksthemning og overvekt.¹⁰² Etersom overvekt kan være en konsekvens av feilernæring, tilsier ordlyden i bokstav c) at staten gjennom dets arbeid for å bekjempe feilernæring, har et ansvar for å beskytte barn mot overvekt.

Denne tolkningen støttes av Barnekomiteens generelle kommentarer fra 2013.¹⁰³

Barnekomiteen har i forbindelse med statenes forpliktelse til å bekjempe feilernæring, satt fokus på flere forhold, deriblant fedme hos barn. Det uttales her at statene "should also address obesity in children, as it is associated with hypertension, early markers of cardiovascular disease, insulin resistance, psychological effects, a higher likelihood of adult obesity, and premature death."¹⁰⁴

Det anses dermed som klart at også forpliktelsen til å bekjempe feilernæring i bokstav c)

¹⁰⁰ Se Halvorsen (2008), s. 154-167 for en generell redegjørelse av BK art. 24.

¹⁰¹ WFPs nettside, *Feilernæring og underernæring*.

¹⁰² WFPs nettside, *Sultleksikon*.

¹⁰³ GC-2013-15-CRC, avsnitt 47.

¹⁰⁴ *Ibid.*

innebærer et ansvar for staten til å beskytte barn mot overvekt.

Etter art. 24 nr. 2 bokstav e) skal staten treffe egnede tiltak for å sikre at alle grupper i samfunnet, særlig foreldre og barn, er informert om, har tilgang til undervisning om og støttes i bruken av grunnleggende kunnskaper om barns helse og ernæring ("basic knowledge of children's health and nutrition"). Spørsmålet blir her om overvekt rammes av begrepene helse og ernæring?

Ordlyden "helse og ernæring" indikerer at bestemmelsen har et vidt anvendelsesområde. Ettersom overvekt kan ha betydning for barns helse og at ernæring kan være en årsak til overvekt, taler dette for at grunnleggende kunnskaper om overvekt rammes av ordlyden.

I sammenheng med art. 24 nr. 2 e) har Barnekomiteen i sine generelle kommentarer, uttalt at barn trenger informasjon og utdanning om alle helseaspekter, for å gjøre dem i stand til å foreta informerte valg i forhold til deres livsstil og tilgang til helsetjenester.¹⁰⁵ Videre uttales det at: "Information and life skills education should address a broad range of health issues, including: healthy eating and the promotion of physical activity, sports and recreation".¹⁰⁶

Ved at Barnekomiteen nevner det å spise sunt og fysisk aktivitet, støtter dette fortolkningen om at overvekt rammes av ordlyden i bokstav e). Det antas dermed at staten også gjennom tiltak etter bokstav e) har et ansvar for å beskytte barn mot overvekt.

Etter dette medfører statens anerkjennelse av barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard, et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme.

5.3 Særlig om artikkel 24 nr. 2 bokstav c)

5.3.1 Ansvarets innhold

Som vist ovenfor, har staten etter barnekonvensjonen artikkel 24 nr. 2 bokstav c) og e), et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme. Av hensyn til avhandlingens omfang, er det i det følgende valgt å bare foreta en nærmere redegjørelse av ansvaret etter bokstav c).

¹⁰⁵ GC-2013-15-CRC, avsnitt 59.

¹⁰⁶ *Ibid.*

Problemstillingen som her reises, er hva dette ansvaret kan innebære?

Etter art. 24 nr. 2 bokstav c) skal staten "arbeide for full gjennomføring" ("pursue full implementation") av barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og skal særlig treffe "egnende tiltak" ("appropriate measures") for å bekjempe sykdom og feilernæring. Det at statene skal "arbeide for full gjennomføring" av barnets rettighet, taler i lys av art. 24 nr. 4 for at staten er pålagt en forpliktelse for å realisere rettigheten gradvis.

Hva som ligger i uttrykket "egnede tiltak" må forstås i sammenheng med konvensjonens artikkel 4. I denne bestemmelsens første punktum fremholdes det at både lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak kan være egnet for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i konvensjon. For økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, fremgår det i annet punktum at tiltak skal treffes i størst mulig utstrekning innenfor de ressurser staten har til rådighet.

Dette tilsier at et egnet tiltak for det første vil bero på hvilke økonomiske, menneskelige og organisasjonsmessige ressurser staten har til rådighet.¹⁰⁷ Ettersom Norge er ett av verdens mest ressurssterke land taler dette for at staten langt på vei skal treffe tiltak for at barnets rettighet etter art. 24 skal kunne gjennomføres fullt ut. Videre peker ordlyden "egnede tiltak" på at tiltak må iverksettes i lys av hvilket resultat som ønskes oppnådd. Det vil si at hva som er et egnet tiltak, kan variere hvoretter staten skal bekjempe feilernæring for å forhindre underernæring, veksthemning eller overvekt.

I art. 24 nr. 2 bokstav c) er "bl.a." ("inter alia") det å stille tilstrekkelig næringsrike matvarer til rådighet, oppregnet som et egnet tiltak for å bekjempe sykdom og feilernæring. Etter ordlyden anses dette tiltaket bare å være ett av flere mulige egnede tiltak. Denne fortolkningen støttes av Barnekomiteens generelle kommentarer: "Measures for fulfilling States' obligations to ensure access to nutritionally adequate, culturally appropriate and safe food¹³ and to combat malnutrition will need to be adopted according to the specific context."¹⁰⁸

I Norge har befolkningen god tilgang på næringsrike matvarer, som blant annet fisk, kjøtt, ris,

¹⁰⁷ Smith (2008), s. 18 og Bendiksen (2008), s. 106.

¹⁰⁸ GC-2013-15-CRC, avsnitt 43.

poteter, frukt og grønnsaker. Imidlertid finnes det også mye industribearbeidet hurtigmat, søtsaker og sukkerholdig drikke i samfunnet, som gjennom de siste tiårene har blitt en del av det norske kostholdet. Slik mat anses som energifattig og inneholder store mengder salt, sukker og fett, og er videre ansett som en av årsaksfaktorene til vektutviklingen i befolkningen. Et kosthold preget av slike matvarer vil dermed kunne medføre feilernæring, til tross for at det er god tilgang på næringsrike matvarer.

Når konteksten her er barns beskyttelse mot overvekt og fedme, tilsier formålet om å bekjempe sykdom og feilernæring, at innholdet i statens forpliktelse også vil kunne innebære å begrense tilgjengeligheten av næringsfattige matvarer.

Som nevnt ovenfor har Barnekomiteen uttalt at fedme er et tema i tilknytning til feilernæring, og om usunn mat har komiteen videre uttalt følgende: "Children's exposure to 'fast foods' that are high in fat, sugar or salt, energy-dense and micronutrient-poor, and drinks containing high levels of caffeine or other potentially harmful substances should be limited. The marketing of these substances – especially when such marketing is focused on children – should be regulated and their availability in schools and other places controlled."¹⁰⁹

I følge Barnekomiteen kan altså regulering av markedsføring av usunn mat rettet mot barn være eksempel på et egnet tiltak for å bekjempe sykdom og feilernæring, i tillegg til å kontrollere tilgjengeligheten av slike matvarer i skoler.

Statens ansvar for å beskytte barn mot overvekt etter art. 24 nr. 2 bokstav c), anses dermed å kunne innebære tiltak for å begrense tilgjengeligheten av næringsfattig mat overfor barn.

5.3.2 Statens gjennomføring av ansvaret

Som nevnt ovenfor er Norge et resurssterkt land, noe som tilsier at det kan forventes mye av staten når det kommer til å gjennomføre barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard. Et særlig spørsmål som derfor kan stilles, er om staten synes å arbeide for full gjennomføring av denne rettigheten, ved å beskytte barn mot overvekt?

For å besvare dette, kan et eksempel på fra de siste årene være illustrerende. I juni 2012

¹⁰⁹ GC-2013-15-CRC, avsnitt 47.

sendte regjeringen et "forslag til ny regulering av markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke" ut på høring.¹¹⁰ Det ble her foreslått at det skulle vedtas en forskrift over blant annet hvilke mat- og drikkevarer som ikke skulle kunne markedsføres til barn og unge, bestemmelser om tilsyn, sanksjoner og klagemuligheter.

Den norske mat- og drikkevarebransjen ga i sine høringsuttalelser uttrykk for at de ønsket å være med på dette, som en del av løsningen på overvekts- og fedmeproblematikken knyttet til barn.¹¹¹ De signaliserte videre at de ønsket å etablere en forsterket bransjestyrt ordning for regulering av reklame for usunn mat og drikke rettet mot barn og ungdom.

Våren 2013 ble det i lys av dette etablert et nytt og forbedret bransjestyrt reguleringssystem for slik markedsføring. Reguleringen innebærer retningslinjer om blant annet forbud mot reklame særlig rettet mot barn under 13 år, og at bransjen skal vise aktsomhet ved markedsføring overfor ungdom.¹¹² Disse retningslinjene ble anerkjent av regjeringen, og regjeringen kom dermed til at forskriften foreløpig ikke skulle fastsettes. Regjeringen bestemte at den bransjesyrte ordningen i første omgang skal virke i to år, slik at systemet blir evaluert i 2015. Dersom evalueringen viser at markedsføringstrykket ikke reduseres tilstrekkelig, skal regjeringen vurdere forskriftsregulering på nytt.

Eksemplet synes å vise at staten følger med på samfunnsutviklingen og tar tak i de forhold som kan ha negativ påvirkning på barns helse. Dette tilsier at staten arbeider for full gjennomføring av barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard, ved å beskytte barn mot overvekt. Det faktum at det på nåværende tidspunkt ikke foreligger en forskrift som regulerer markedsføringen, anses ikke å svekke dette synet. Dette fordi forskriftsreguleringen vil vurderes på nytt, dersom den bransjestyrte ordningen ikke viser seg å være tilstrekkelig.

¹¹⁰ Regjeringens nettside: *Høring – forslag til ny regulering av markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke.*

¹¹¹ Informasjonen i det følgende er hentet fra regjeringens nettside, *Regulering av markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge.*

¹¹² Matbransjens Faglige Utvalgs nettside, *Retningslinjer for markedsføring av mat og drikke rettet mot barn.*

6 Statens rettslige ansvar etter barnevernloven

6.1 Generelt om ansvaret

Barnevernloven bygger på at barneverntjenesten har et subsidiært ansvar for barn som ikke får tilfredsstillende omsorg fra sine foreldre.¹¹³ Problemstillingen som skal drøftes i kapittel 6, er om foreldrenes manglende oppfølging av overvekt hos barn, kan lede til tiltak fra barneverntjenesten. Før dette gjøres, skal det kort redegjøres for hva statens subsidiære ansvar generelt innebærer.

Av barnevernloven § 1-1 fremgår det at barneverntjenesten både er pålagt et forebyggende ansvar for barn generelt, og et spesielt ansvar for de enkelte barn som trenger hjelp. I det følgende er det barneverntjenestens særlige ansvar for barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, som skal drøftes. Hjemler som skal sikre at barnet får hjelp og omsorg til rett tid, finnes i barnevernloven kapittel 4. Ved anvendelse av bestemmelsene i dette kapitlet skal det legges "avgjørende vekt" på å finne tiltak som er til det beste for barnet, og derunder skal stabil og god voksenkontakt for barnet, samt kontinuitet i omsorgen vektlegges, jf. § 4-1.

I tråd med det mildeste inngreps prinsipp, er kapittel 4 videre oppbygd slik at barnevernet skal søke å hjelpe barn med de tiltak som er minst inngripende, før mer inngripende tiltak kan iverksettes. Barnevernloven bygger dermed på at hjelp og støtte i utgangspunktet skal baseres på frivillighet og samarbeid.¹¹⁴ Dette følger også av at offentlige inngrep i familielivet ikke skal gjøres i større grad enn nødvendig, jf. EMK art. 8.¹¹⁵

De tiltakene som her er aktuelle for å vurdere statens ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme, er hjelpetiltak og omsorgsovertakelse. I punkt 6.2 og 6.3 er det derfor disse som behandles nærmere.

¹¹³ Om barneverntjenestens subsidiære ansvar, se f.eks. Smith og Lødrup (2006), s. 224-239.

¹¹⁴ NOU 2012:5, s. 52.

¹¹⁵ *Ibid.*

6.2 Hjelpetiltak

6.2.1 Kan hjelpetiltak beskytte barn mot overvekt?

Hjemmelen for hjelpetiltak er barnevernloven § 4-4. Den 21. juni 2013 ble det vedtatt nokså store endringer av denne bestemmelsen.¹¹⁶ Endringene er per dags dato ikke trådt i kraft, slik at det fortsatt er § 4-4 slik den fremgår av loven fra 1992 som er gjeldende rett. I det følgende vil det likevel både bli sett på 1992-loven og endringsloven av 2013, siden endringsloven allerede er vedtatt, og at det kun er et tidsspørsmål før denne trår i kraft.¹¹⁷

Problemstillingen er her om hjelpetiltak kan beskytte barn mot overvekt og fedme?

Barneverntjenesten skal etter § 4-4 (1) bidra til å gi det enkelte barn gode levevilkår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Ved endringsloven av 2013 ble det tilføyd en ny setning i første ledd. Her fremgår det at hjelpetiltak skal ha som "formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien".¹¹⁸ Dette er i tråd med forarbeidene til nåværende § 4-4, som sier at hjelpetiltak både kan rette seg direkte mot barnets behov, og gå ut på å bedre foreldrenes omsorgsevner.¹¹⁹ I de tilfeller der foreldrenes omsorgsevner er sviktende vil formålet bak hjelpetiltak kunne være å forebygge omsorgssvikt.¹²⁰

Som vist i punkt 3.1.2 kan foreldrenes tilrettelegging og oppfølging av barnets kosthold og aktivitetsnivå, være avgjørende for om barnet utvikler overvekt. Videre kan overvekt utsette barnets helse for fare eller skade. I særlige tilfeller vil en omsorg som medfører overvekt hos barnet kunne omfattes av begrepet omsorgssvikt. En forbedring av foreldrenes omsorgsevne vil derfor kunne påvirke et barns vektproblemer, og bidra til en positiv endring hos barnet. Dette tilsier at hjelpetiltak kan beskytte barn mot overvekt og fedme.

Etter § 4-4 (2) er det angitt flere eksempler på mulige hjelpetiltak.¹²¹ Denne oppregningen er ikke uttømmende, slik at også andre tiltak enn de nevnte kan iverksettes.¹²² Ved endringsloven

¹¹⁶ Se Lov 21. juni 2013 nr. 63 om endringer i barnevernloven.

¹¹⁷ Det fremgår av endringsloven at "Loven gjelder fra den til kongen bestemmer", se kap. II nr. 1. Det er gjort forsøk på å finne ut noe mer om ikrafttredelsen, uten at dette har medført noen resultater.

¹¹⁸ Lov 21. juni 2013 nr. 63 om endringer i barnevernloven.

¹¹⁹ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 33.

¹²⁰ Stang (2007), s. 136.

¹²¹ Det bemerkes at frivillige hjelpetiltak både kan iverksettes der barnet bor fast og i samværshjemmet, jf. NOU 2012:5, s. 54, og Stang (2007), s. 160.

¹²² Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 33 og 107.

av 2013 er denne oppregningen av mulige hjelpetiltak fjernet. I stedet for eksemplifiseringen av mulige hjelpetiltak, er det som nevnt ovenfor, heller angitt hva som er formålet med hjelpetiltak i første ledd.

I forarbeidene fremheves det at endringen ikke innebærer en begrensning av hvilke hjelpetiltak som kan iverksettes, men at endringen er ment å medføre et større fokus på hva som er ønsket virkning av hjelpetiltak.¹²³ "Ved å tydeliggjøre formålet med tiltakene vil barneverntjenesten kunne oppleve å stå friere med hensyn til hva slags tiltak de velger. Samtidig vil en slik tydeliggjøring bidra til en større bevissthet rundt valg av tiltak."¹²⁴ Forarbeidene fastslår videre at tiltak som settes inn i hjemmet for å bidra til å forebygge at problemer eskaleres og utvikles til omsorgssvikt, bør bidra til å styrke foreldreferdigheter.¹²⁵ Slike tiltak kalles strukturerende tiltak og er ment å skape mer varige endringer i familien.¹²⁶

I realiteten vil en rekke ulike tiltak kunne iverksettes både etter den någjeldende § 4-4 og etter endringen fra 2013. I lys av avhandlingens tema vil hjelpetiltak som enten reduserer et barns overvekt eller forhindrer ytterligere vektøkning, kunne bidra til en positiv endring hos barnet. Ettersom overvekt kan være en konsekvens av sviktende omsorgsevne fra foreldrene når det kommer til barnets kosthold og aktivitetsnivå, anses strukturerende hjelpetiltak å være egnet for å oppnå hjelpetiltakenes formål. Dette fordi vektreduksjon eller forebygging av vektøkning gjerne krever en livsstilsendring.

Det kan tenkes at kostholdsveiledning kan bidra til at foreldrene klarer å sørge for et kosthold som er sunt, næringsrikt og tilpasset barnets behov. Et slikt hjelpetiltak vil kanskje også styrkes dersom dette kombineres med tilsyn i hjemmet. For eksempel slik at en tilsynsfører kontrollerer at kostholdsrådene blir fulgt i praksis. Et annet mulig hjelpetiltak er at barneverntjenesten hjelper foreldrene med å finne fritidsaktiviteter som barnet trives med, og eventuelt også bidrar økonomisk til dette, jf. 4-4 (3).

Barnevernloven §§ 3-2 og 3-3 inneholder bestemmelser om samarbeid med andre deler av forvaltningen og frivillige organisasjoner. I forarbeidene fremkommer det at det er nødvendig med et utstrakt samarbeid mellom ulike etater og organisasjoner for at barneverntjenesten skal

¹²³ Prop. 106 L (2012-2013), s. 150-151.

¹²⁴ *Op.cit.* s. 150.

¹²⁵ *Ibid.*

¹²⁶ *Op.cit.* s. 148-149.

kunne utføre de oppgaver de er pålagt.¹²⁷ Dette tilsier at hjelpetiltak kan iverksettes gjennom et samarbeid med barnevernet og andre etater. Flere kommuner har ulike tilbud for barn med overvektsproblemer.¹²⁸ Dersom barneverntjenesten informerer om disse, hjelper barn og foreldre med deltakelse i slike tilbud, eller gir økonomisk støtte i de tilfeller tilbudene koster penger, anses slike tiltak å kunne bidra til en positiv endring hos barnet og familien.

I de tilfeller der barnets behov ikke kan løses ved andre hjelpetiltak, kan barneverntjenesten formidle plass i fosterhjem, institusjon eller omsorgssenter for mindreårige, jf. § 4-4 (5). Også slike tiltak kan bidra til en positiv endring hos barnet, da det er andre omsorgspersoner enn foreldrene som midlertidig skal sørge for at barnet blant annet får et kosthold og aktivitetsnivå som er tilpasset dets behov.

Som fremstillingen viser, er det flere mulige frivillige hjelpetiltak som kan bidra til en positiv endring hos barnet eller familien i de tilfeller barnet har overvektsproblemer. Hjelpetiltak anses dermed å kunne beskytte barn mot overvekt og fedme.

6.2.2 Barnet må ha et særlig behov

Det neste spørsmålet som må stilles, er hva som skal til for at hjelpetiltak kan iverksettes?

Etter ordlyden i bvl. § 4-4 (2), første punktum, skal hjelpetiltak iverksettes for barnet og familien når barnet på grunn av "forholdene i hjemmet eller av andre grunner" har "særlig behov" for det. Endringsloven av 2013 medfører ingen endringer av dette vilkåret.

Ordlyden tilsier at forholdene i hjemmet eller andre grunner i seg selv ikke kan begrunne hjelpetiltak. De må kunne knyttes til at barnet har et særlig behov for de tiltak bestemmelsen gir anvisning på.¹²⁹ Den vide ordlyden "forholdene i hjemmet eller av andre grunner" taler for at enhver situasjon eller tilstand som gjør at barnet har et hjelpebehov kan omfattes.

Eksempler i følge forarbeidene og litteraturen er blant annet sosiale problemer, sykdom og økonomi, samt den fysiske eller praktiske omsorgen av barnet, som mat og rutiner.¹³⁰ Dette tilsier barnets kosthold og aktivitetsnivå kan rammes av ordlyden. Når det gjelder overvekt,

¹²⁷ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 6.

¹²⁸ Se f.eks. internettlenker i kildelisten fra LHL Helse Røros Rehabilitering, Sandefjord kommune, Sykehuset i Vestfold og Valnesfjord Helseportssenter.

¹²⁹ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 32.

¹³⁰ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 32-33 og Stang (2007), s. 173.

kan dette være en konsekvens av flere ulike og sammensatte årsaker, som for eksempel kosthold, fysisk aktivitet, sykdom eller arvelige anlegg.¹³¹ På bakgrunn av den vide ordlyden anses også slike forhold å være omfattet av § 4-4 (2).

Ordlyden "særlig behov" taler for en skjønsmessig vurdering. Videre tilsier ordlyden at ikke alle typer eller tilfeller av behov vil utløse en tiltakspålykt. Dette fremgår av ordet "særlig", som dermed innskrenker bestemmelsens anvendelsesområde. Hva som mer konkret ligger i uttrykket særlig behov er ikke angitt i forarbeidene. I litteraturen har Stang lagt til grunn at barnet må ha et *"hjelpetbehov utover det som er vanlig for de fleste andre barn på samme alder"*.¹³²

Spørsmålet som her må reises, er om et barn som har utviklet overvekt på grunn forholdene i hjemmet eller av andre grunner, anses å ha et særlig behov for hjelp? Eller formulert på en annen måte; Har et overvektig barn et hjelpebehov utover det som er vanlig for de fleste andre barn på samme alder?

En undersøkelse fra 2012 viser at 15,8 prosent av tredjeklassingene var overvektige.¹³³ For ungdomskolen og den videregående skolen viser undersøkelser fra perioden 2006 til 2008 at andelen barn med overvekt var henholdsvis 21 og 26 prosent.¹³⁴ Hvis en ser på de overvektige barna, blir spørsmålet om disse har et hjelpebehov utover det som er vanlig for de fleste barn på samme alder?

Overvektige barn anses å ha et hjelpebehov som under- eller normalvektige barn ikke har, ettersom overvekt kan medføre negative psykiske og fysiske konsekvenser. Siden andelen tredjeklassinger, ungdomsskole- og videregående elever med under- eller normalvekt var henholdsvis 84,2, 79 og 74 prosent, tilsier dette at overvektige barn har et hjelpebehov utover det som er vanlig for de fleste andre barn på samme alder. Av denne grunn anses overvektige barn å kunne ha et særlig behov for hjelp.

I denne sammenheng kan det likevel stilles spørsmålstegn ved Stangs forståelse av hva som bør anses som et "særlig behov". Dersom vektutviklingen gjennom de siste 30 årene fortsetter,

¹³¹ Se punkt 2.3.

¹³² Stang (2007), s. 174.

¹³³ Se punkt 2.2.

¹³⁴ *Ibid.*

vil trolig andelen barn med overvekt i fremtiden være større enn andelen per i dag. Det kan da tenkes at det vanlige vil være at barna er overvektige. Skjer dette, kan en antagelig ikke lenger si at et overvektig barn har et hjelpebehov utover det som er vanlig for de fleste andre barn på samme alder. Konsekvensen vil dermed kunne bli at overvektige barn ikke anses å ha et særlig behov.

Å sammenligne et barns hjelpebehov med andre barns behov vil etter dette kunne medføre at barn som kan trenge hjelp i fremtiden ikke oppfyller vilkårene for hjelpetiltak. En slik forståelse kan i enkelte tilfeller virke mot barnevernlovens og hjelpetiltakenes formål. I tråd med barnets beste tilsier dette at barnets behov må vurderes individuelt, uavhengig av andre barns situasjon, og at Stangs fortolkning av uttrykket "særlig behov" i denne sammenheng er egnet for en viss modifikasjon.

Det er utarbeidet måleenheter for barn som angir kroppsmassen i forhold til høyde.¹³⁵ Denne måleenheten er veiledende for om et barn anses å ha normalvekt, overvekt eller fedme av ulike grader. Hva disse grenseverdiene fastslår som normalvekt, avhenger ikke av hva som i praksis er vanlig blant andre barn i samme aldersgruppe. De knytter seg derimot til de konsekvenser ulike vektclasser kan ha for helsen.¹³⁶ Et "særlig behov" må derfor i denne sammenheng anses å knytte seg til det allerede eksisterende materialet av hvilken vekt som er ansett å være normalt for barn i en viss alder med en viss høyde. De barn som etter denne måleenheten får et resultat som indikerer overvekt eller fedme, er ikke normalvektig, og vil sådan kunne ha et særlig behov.

Per dags dato synes det imidlertid ikke å spille noen rolle om en legger til grunn Stangs fortolkning av uttrykket "særlig behov", eller om en legger til grunn målerverdiene for kroppsmassen i forhold til høyde. Tolkningsresultatet blir det samme; altså at barn med overvekt kan ha et særlig behov for hjelp.

¹³⁵ Se punkt 2.1.

¹³⁶ FHI's nettside, *Kroppsmasseindeks (KMI) og helse*.

6.2.3 Frivillighet og tvang

Som det fremgår ovenfor, har staten etter § 4-4 et ansvar for å beskytte barn mot overvekt og fedme. Spørsmålet som her reises, er om dette ansvaret innebærer en reell beskyttelse?

Av det som er gjennomgått i punkt 6.2.1 synes hjelpetiltak etter § 4-4 (2) å være et egnet til å beskytte barn mot overvekt. Ordlyden "skal" i § 4-4 (2) indikerer at barneverntjenesten er forpliktet til å iverksette tiltak i de tilfeller vilkårene er oppfylt, noe som tilsier at ansvaret innebærer en reell beskyttelse. Til tross for dette, er hjelpetiltak etter annet ledd i utgangspunktet frivillig for barnet og familien.¹³⁷ For at hjelpetiltak skal kunne iverksettes kreves det samtykke fra foreldrene og barnet selv etter fylte 15 år.¹³⁸ Samtykkekravet innebærer dermed en mulighet til å motsette seg at hjelpetiltak iverksettes.¹³⁹

Frivillighetskravet er i forarbeidene begrunnet med at det er antatt at et samarbeid mellom familien og barnevernet er best egnet for å hjelpe barnet.¹⁴⁰ Det at hjelpetiltak i utgangspunktet skal være frivillig følger også av det mildeste inngreps prinsipp. Kravet til samtykke er dermed godt begrunnet i legitime hensyn. Likevel synes denne løsningen i noen tilfeller å stride mot barnets beste, da dette kan avskjære muligheten for hjelpetiltak etter § 4-4 (2). Dette tilsier at forpliktelsen til å iverksette hjelpetiltak i enkelte tilfeller ikke innebærer en reell beskyttelse.

Svakheten ved at hjelpetiltak etter § 4-4 (2) krever samtykke er i noen grad avhjulpet ved at fylkesnemnda om nødvendig kan fatte vedtak om tvunget hjelpetiltak, jf. § 4-4 (4).¹⁴¹ Ettersom barnet i slike tilfeller kan få hjelp, selv om foreldrene eller barnet selv motsetter seg hjelpetiltak, trekker dette i retning av en bedre beskyttelse for barnet. Imidlertid er det etter denne bestemmelsen ikke tilstrekkelig at vilkårene i annet ledd er oppfylt. Fjerde ledd oppstiller et tilleggsvilkår om at det må være "nødvendig" å fatte vedtak om tvunget hjelpetiltak. Dette innebærer at vilkårene for hjelpetiltak etter fjerde ledd er noe forhøyet sammenlignet med annet ledd.

¹³⁷ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 33 og NOU 2012:5, s. 53.

¹³⁸ Foreldrenes samtykkekompetanse er et uttrykk av foreldreansvaret, mens barnets samtykkekompetanse fremgår av dets partsrettigheter, jf. bvl. § 6-3. Om samtykkekompetansen, se f.eks. Lindboe (2012), s. 72-73.

¹³⁹ Det er imidlertid fra flere hold blitt argumentert for at denne frivilligheten ikke alltid er like reell. Dette fordi en motsettelse fra foreldrenes eller barnets side kan medføre at de senere blir stilt overfor et forslag om tvangsvedtak. Se for eksempel Sosiallovutvalgets mening i Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 31.

¹⁴⁰ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 33 og NOU 2012:5 s. 52.

¹⁴¹ Pga. tvangstiltakenes inngrepende karakter er det en rettsikkerhetsgaranti at kompetansen til å fatte vedtak om dette er pålagt fylkesnemnda i stedet for barneverntjenesten.

Videre er det heller ikke alle hjelpetiltak som kan iverksettes ved tvang. I motsetning til annet ledd er mulige hjelpetiltak etter fjerde ledd sterkt begrenset. Av fjerde ledd første punktum fremgår det at mulige tiltak er "opphold i barnehage eller andre egnede dagtilbud". Andre egnede dagtilbud kan være fritidshjem, deltakelse i undervisning, eller lignende.¹⁴²

For et barn som har overvektproblemer, vil neppe disse tiltakene være særlig egnet til å avhjelpe problemene, eller bidra til en positiv endring hos barnet eller familien. Dette taler for at hjelpetiltak etter § 4-4 (4), første punktum, likevel ikke styrker barnets beskyttelse mot overvekt og fedme.

Etter § 4-4 (4), andre punktum kan tilsyn pålegges av fylkesnemnda dersom vilkårene for omsorgsovertakelse i § 4-12 er oppfylt. Vilkaene i § 4-12 er strenge, slik at det skal mye til for å oppfylle vilkaene. Årsaken til at vilkaene for å pålegge tilsyn i hjemmet er strengere enn de øvrige tiltakene, er i følge forarbeidene at tilsyn er et mer inngripende tiltak.¹⁴³ Når det her er tale om barn med særlig behov for hjelp på grunn av overvekt, kan det stilles spørsmål om tvunget tilsyn er et egnet hjelpetiltak?

Tilsyn er en form for kontrollfunksjon der en tilsynsfører kontrollerer at barnet har trygge oppvekstvilkår og at foreldrene følger opp eventuelle andre hjelpetiltak.¹⁴⁴ Tilsynsføreren kan nok også komme med råd og veiledning, jf. § 4-4 (1). I de tilfeller tilsyn blir pålagt av fylkesnemnda kan det likevel tenkes at foreldrene og barnet ikke er særlig villige til å motta råd og veiledning, og rette seg etter dette. Tilsyn som da kun går ut på kontroll, anses ikke å være spesielt egnet for å beskytte barn mot overvekt.

Hvorvidt statens ansvar etter § 4-4 innebærer en reell beskyttelse, synes etter dette å være avhengig av om det samtykkes til hjelpetiltak eller ikke. I tilfeller der frivillige hjelpetiltak kan iverksettes, anses forpliktelsen å innebære en reell beskyttelse, mens det for de situasjoner der samtykke ikke gis, fremstår resultatet å være motsatt.

¹⁴² Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 31.

¹⁴³ *Op.cit.* s. 33.

¹⁴⁴ *Op.cit.* s. 31.

6.3 Omsorgsovertakelse

Problemstillingen er her om overvekt hos barn kan lede til omsorgsovertakelse?

Omsorgsovertakelse reguleres av barnevernloven § 4-12, og i første ledd bokstav a) til d) er det angitt fire alternative grunnvilkår.¹⁴⁵ For denne avhandlingen er det bokstav a), første alternativ, som er relevant. Vilkåret er her at det må være "alvorlige mangler ved den daglige omsorg" som barnet får.

Hva som menes med den "daglige omsorg" må ses i sammenheng med foreldrenes omsorgsplikt og beslutningsmyndighet etter bl. § 30. Som tidligere gjennomgått har foreldrene gjennom disse et ansvar for å beskytte barnet mot overvekt. Dette tilsier at en omsorg som ikke beskytter barnet tilstrekkelig mot overvekt kan være en mangel ved den daglige omsorg.

Imidlertid følger det av bestemmelsens ordlyd at ikke enhver mangel eller svikt ved den daglige omsorgen kan begrunne omsorgsovertakelse. Dette fordi manglene må være "alvorlige". Ordlyden taler dermed for at terskelen for omsorgsovertakelse er høy. I forarbeidene er det forutsatt at situasjonen må være "forholdsvis klart uholdbar".¹⁴⁶ Det presiseres også at ethvert avvik fra såkalte vanlige normer eller situasjoner ikke vil berettige omsorgsovertakelse.

Spørsmålet blir her om overvekt hos barnet kan anses som alvorlige mangler ved den daglige omsorg?

Av juridisk litteratur fremgår det at bokstav a) tar sikte på å ramme omsorgssvikt.¹⁴⁷ Omsorgssvikt kan defineres ved at "de som har omsorgen for barnet, påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare".¹⁴⁸ På bakgrunn av de fysiske og psykiske konsekvenser overvekt kan medføre, tilsier dette at en omsorg som ikke beskytter barnet tilstrekkelig mot overvekt, kan omfattes av begrepet omsorgssvikt.

¹⁴⁵ For en nærmere redegjørelse av omsorgsovertakelse, se f.eks. Lindboe (2012) s. 83-108.

¹⁴⁶ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 110.

¹⁴⁷ Lindboe (2012), s. 85.

¹⁴⁸ Stang (2007), s. 134.

Hva som mer konkret kreves for at alvorlige mangler kan anses å foreligge, er vanskelig å fastslå sikkert. Når problemstillingen her er knyttet til overvekt, tilsier ordlyden "alvorlige mangler ved den daglige omsorg", at vurderingen for det første må bero på hva årsaken til overvekten er.

Hvis barnets overvekt utelukkende er oppstått på grunn av dårlig kosthold og inaktivitet, vil dette kunne være alvorlige mangler ved den daglige omsorg, ettersom dette kan medføre at barnets helse utsettes for fare eller skade. Imidlertid er det ikke bare kosthold og inaktivitet som kan være årsaker til overvekt.¹⁴⁹ Overvekt kan også være utslag av en rekke sammensatte årsaker. I de tilfeller der overvekten skyldes sykdom, arvelige anlegg eller andre årsaker, kan en ikke si at dette er mangler ved den daglige omsorgen. Selv om årsaken ikke kan knyttes til omsorgen, vil foreldrene likevel være forpliktet til å hjelpe barnet med dets overvektproblemer. Det stilles derfor i slike tilfeller særlige krav til foreldrene.¹⁵⁰ Det som her kreves av foreldrenes omsorg, kan for eksempel være særlig tilrettelegging og oppfølging av kosthold og fysisk aktivitet, medisinsk behandling, eller det å oppsøke hjelp. Dersom foreldrene gir barnet den hjelpen det trenger, vil dette være forsømmelser ved omsorgen, som igjen kan anses som alvorlige mangler ved den daglige omsorg.

For å vurdere om disse årsakene til barnets overvekt kan anses som alvorlige mangler ved den daglige omsorg, synes det videre nærliggende å knytte disse opp mot graden og eventuelle konsekvenser av overvekten.

Normen for hva som er vanlig vekt for et barn angis av måleenheten ISO-BMI.¹⁵¹ Det vanlige i følge denne måleenheten, er en vekt som ligger innenfor grenseområdet normalvekt. Overvekt hos et barn vil dermed være et avvik fra denne BMI-normen. Ettersom ethvert avvik fra det vanlige ikke kan berettige omsorgsovertakelse, tilsier dette at det kreves noe mer enn at barnet har utviklet overvekt, for at det kan anses å foreligge alvorlige mangler.

Denne fortolkningen støttes av ordlyden i § 4-12 (1) bokstav a), som tilsier at vurderingen av om det foreligger alvorlige mangler ved den daglige omsorg, må bero på en nåtidsvurdering.

¹⁴⁹ Se punkt 2.3.

¹⁵⁰ Se punkt 3.1.2.

¹⁵¹ Se punkt 2.1.

Overvekt er som tidligere nevnt ingen sykdom, men en risikofaktor for en rekke helseplager og sykdommer. Selv om overvekt dermed kan sies å sette barnets helse i fare, synes det i denne sammenhengen ikke riktig å si at barnets situasjon i slike tilfeller er forholdsvis klart uholdbar. Dette fordi det ikke er noen garantier for at barnet fortsetter å være overvektig i tiden fremover, eller at risikoen realiseres. Ettersom omsorgsovertakelse er et så inngripende tiltak, vil det i slike tilfeller kunne bryte med det mildeste inngreps prinsipp. Det anses dermed som at overvekt i denne sammenheng normalt ikke vil være alvorlige mangler ved den daglige omsorg.

For at barnets situasjon skal kunne anses som forholdsvis klart uholdbar, synes det etter dette som om barnets helse i mer eller mindre grad må ha blitt utsatt for skade. I de tilfeller foreldrene ikke beskytter barnet tilstrekkelig mot overvekt, og overvektsrelaterte helseplager til en viss grad har realisert seg, vil en antagelig kunne si at det foreligger alvorlige mangler ved den daglige omsorg.

Etter dette anses overvekt hos et barn i enkelte tilfeller å kunne anses som alvorlige mangler ved den daglige omsorg.

For at omsorgsovertakelse skal kunne vedtas, oppstiller § 4-12 (2) et tilleggsvilkår. Av første punktum fremgår det at vedtak om omsorgsovertakelse bare kan treffes når det er "nødvendig" ut fra den situasjon barnet befinner seg i. Dette vilkåret tydeliggjør alvorligheten av omsorgsovertakelse, i tillegg til at den understreker at terskelen for inngrep er høy.

Spørsmålet som her må stilles, er om omsorgsovertakelse grunnet barnets overvekt kan være nødvendig?

Hva som er "nødvendig" må ses i sammenheng med annet punktum, som sier at vedtak om omsorgsovertakelse ikke kan treffes dersom det kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet ved blant annet hjelpetiltak etter § 4-4. Forarbeidene fremholder at det "som regel" skal gjøres "forsøk" med hjelpetiltak før vedtak om omsorgsovertakelse fattes.¹⁵² Dersom hjelpetiltak ikke fører frem, eller forsøk med hjelpetiltak anses nytteløst, vil nødvendighetsvilkåret være oppfylt.¹⁵³ Annet punktum må dermed ikke forstås slik at omsorgsovertakelse er betinget av at

¹⁵² Ot.prp.nr. 44 (1991-1992), s. 110.

¹⁵³ *Op.cit.* s. 41.

hjelpetiltak har vært iverksatt. Det at hjelpetiltak alltid må vurderes før omsorgsovertakelse kan vedtas, er et utslag av det mildeste inngreps prinsipp og det grunnleggende prinsippet om at foreldrene selv sørger for sine egne barn. I forarbeidene fremheves det at utgangspunktet er at svikt hos foreldrene primært bør søkes bedret ved hjelpetiltak, til tross for at problemene kanskje er av alvorlig karakter.¹⁵⁴

Det som her må vurderes, er om hjelpetiltak kan skape tilfredsstillende forhold for barnet. Som det fremgår ovenfor, anses frivillige hjelpetiltak å kunne være egnet for å hjelpe barnet. For tvungne hjelpetiltak synes egnetheten av disse å være mer usikker. Hvis situasjonen er så alvorlig at vilkårene i § 4-12 (1) bokstav a) er oppfylt, er det trolig noe tvilsomt at tvungne hjelpetiltak vil kunne sikre barnet en tilfredsstillende omsorg.

I de tilfeller der hjelpetiltak er eller blir iverksatt som et alternativ til omsorgsovertakelse, vil det imidlertid være en grense for hvor lang tid disse bør vare. I juridisk litteratur anses grensen for omsorgsovertakelse nådd dersom foreldrene ikke kan klare omsorgsoppgavene uten hjelpetiltak i overskuelig fremtid.¹⁵⁵

Omsorgsovertakelse på grunn av barnets overvekt synes etter dette å kunne være nødvendig dersom hjelpetiltak over lengre tid ikke har vært tilstrekkelig til å skape tilfredsstillende forhold for barnet, eller dersom hjelpetiltak ikke er ansett som egnet for å oppnå dette resultatet. Overvekt hos barn antas dermed å kunne lede til omsorgsovertakelse.

6.4 Oppsummering

Oppsummeringsvis vil foreldrenes manglende oppfølging av overvekt hos barn, kunne lede til både hjelpetiltak og omsorgsovertakelse.

På grunn av de helsemessige konsekvensene overvekt kan medføre, anses overvektige barn å kunne ha et særlig behov for hjelpetiltak etter § 4-4. Som vist ovenfor, kan hjelpetiltak iverksettes både med og uten samtykke fra foreldrene og barnet. I de tilfeller der hjelpetiltak iverksettes med samtykke, synes det å være flere egnede tiltak for å beskytte barn mot overvekt. Når det gjelder tvungne hjelpetiltak er alternativene for mulige tiltak sterkt

¹⁵⁴ Ot.prp.nr. 44 (1991-1992) s. 41.

¹⁵⁵ Stang (2007), s. 135.

begrenset, i tillegg til at vilkårene her er strengere enn for de frivillige. Dette medfører en usikkerhet knyttet til om tvungne hjelpetiltak er egnet for å beskytte barn mot overvekt.

I særlige tilfeller anses overvekt å være et resultat av alvorlige mangler ved den daglige omsorg, slik at også omsorgsovertakelse etter § 4-12 (1) bokstav a) kan iverksettes. Det er imidlertid grunn til å bemerke at terskelen er høy, slik at overvektsrelaterte helseproblemer antageligvis må ha realisert seg til en viss grad. Videre kan omsorgsovertakelse bare skje, dersom det ikke kan skapes tilfredsstillende forhold for barnet, ved blant annet hjelpetiltak. I tilfeller der omsorgsovertakelse fremstår som nødvendig vil et slikt tiltak kunne beskytte barn mot overvekt.

7 Betydningen av overvekt i saker fra fylkesnemnda

7.1 Innledning

Gjennom avgjørelser omhandlende omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12 (1) bokstav a), skal det i det følgende synliggjøres hvilken betydning overvekt hos barn synes å ha ved vurdering av hjelpetiltak og omsorgsovertakelse i praksis.

Det er funnet noen saker fra lagmannsretten omhandlende omsorgsovertakelse, hvor det fremgår at barna var overvektige.¹⁵⁶ Imidlertid sier disse avgjørelsene lite om hvilken betydning barns overvekt har i slike saker. Det er derfor valgt å bruke avgjørelser fra fylkesnemnda for å synliggjøre denne betydningen.¹⁵⁷ Siden praksis fra fylkesnemnda har liten rettskildemessig verdi, vil vedtakene kun anvendes som et empirisk materiale for å belyse problemstillingen.

Alle vedtakene som omtales inneholder opplysninger om at barna hadde overvektsproblemer. Likevel var dette verken det eneste, eller avgjørende momentet for omsorgsovertakelse. Gjennomgående viser vedtakene at overvekt ofte var et problem sammen med dårlig hygiene, dårlig tannhelse og manglende oppfølging av skole. I flere av sakene hadde foreldrene psykiske problemer og/eller rusproblemer, slik at det også var alvorlige mangler ved den kontakt og trygghet barna trenger etter sin alder og utvikling, jf. bvl. § 4-12 (1) bokstav a), annet alternativ. I det følgende vil det kun bli sett på de delene av vedtakene som omhandler barnas overvektsproblematikk.

¹⁵⁶ Se LG-1998-417, LB-2001-1922, LF-2003-977, LH-2003-136, LB-2003-7790 og LB-2006-28102. Det er ikke funnet noen relevante saker fra Høyesterett eller tingretten omhandlende omsorgsovertakelse av overvektige barn.

¹⁵⁷ Se FNV-2003-162-NOR, FNV-2007-396-OSL, FNV-2008-103-BUS, FNV-2011-262-OPP, FNV-2012-242-OPP, FNV-2012-325-HSF. For et annet eksempel, se FNV-2009-94-OPP.

7.2 Overvekt er et relevant moment for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse

Gjennomgående synes praksis fra fylkesnemnda å vise at overvekt hos barn er et relevant moment for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse. En sak fra Oppland og Hedmark i 2011 er illustrerende for dette.¹⁵⁸ Saken omhandlet omsorgsovertakelse for en jente på 6 ½ år, som blant annet hadde et betydelig overvektsproblem.

Av fylkesnemndas merknader fremgår det følgende: "For å unngå at Jente på sikt får store helsemessige og sosiale problemer på grunn av overvekt, er det viktig at vekten stabiliseres ved at hun får riktig kosthold og blir stimulert til og får mulighet til fysisk aktivitet."

Fylkesnemnda la til grunn at moren ikke hadde evnet å sørge for å gi jenta et sunt og riktig kosthold, noe som hadde medført et betydelig overvektsproblem. Det ble fremhevet at jenta hadde vært undersøkt av en lege som utelukket at overvekten hadde en somatisk bakgrunn. Selv om overvekten på det tidspunktet ikke ble ansett å være kroppslig farlig, ble det uttalt at den "på lang sikt [vil] være farlig for Jentes helse. Alvorlig overvekt vil ha negativ betydning både medisinsk, fysiologisk og sosialt."

Ved vurderingen av om omsorgsovertakelse var nødvendig etter § 4-12 (2), ble det vektlagt at det hadde vært satt inn en rekke hjelpetiltak. Det var blant annet iverksatt kostholdsveiledning for moren og praktisk bistand fra barneverntjenesten og andre hjelpeinstanser. På bakgrunn av at moren ikke hadde vist evne til å nyttiggjøre seg av hjelpetiltakene, anså fylkesnemnda det slik at ytterligere hjelpetiltak ikke ville være tilstrekkelig for å gi jenta en tilfredsstillende omsorgssituasjon hos moren.

Denne saken viser at overvekt er et relevant moment for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse. Videre viser saken at det både legges vekt på årsaken til barnets overvekt, og hvilke konsekvenser dette kan medføre.

¹⁵⁸ FNV-2011-262-OPP.

7.3 Overvektens årsaker og konsekvenser

I likhet med saken ovenfor, viser flere andre saker at overvektens årsaker og konsekvenser er relevante momenter.¹⁵⁹ Et eksempel på dette er et vedtak fra fylkesnemnda i Oppland og Hedmark i 2012.¹⁶⁰ Fra sakens bakgrunn fremgår det at sykehuset hadde avdekket at guttens overvekt var et resultat av et større energiinntak enn energiforbruk, og at sykdomspress dermed ikke var årsak til overvekten. Det ble fremhevet at gutten hadde risiko for utvikling av type 2 diabetes, høyt blodtrykk og belastningsskader i bena.

Fylkesnemnda la til grunn at guttens betydelige overvekt var en følge av at foreldrene ikke hadde evnet å etablere en god struktur og gode rutiner med hensyn til kosthold og aktivitet. Videre ble det ansett dokumentert at foreldrene ikke evnet å sørge for at gutten fikk den nødvendige behandlingen for hans overvekt, og at de selv ikke evnet å gjøre noe med situasjonen rundt matinntak og aktivitet i hjemmet. Fylkesnemnda la også vekt på en sakkyndigvurdering hvor det fremgikk at gutten hadde utviklet alvorlig fedme med "stor risiko for følgesykdommer på sikt".

Nemnda la altså til grunn at guttens overvekt skyldtes svikt i foreldrenes omsorgsevner, og sammen med andre momenter ledet dette til omsorgsovertakelse.

7.4 Varigheten av hjelpetiltak

I tråd med det mildeste inngreps prinsipp og det biologiske prinsipp skal svikt ved foreldrenes omsorg i utgangspunktet søkes forbedret i hjemmet før omsorgsovertakelse kan skje. Praksis fra fylkesnemnda viser at slike hjelpetiltak tidvis pågår i lang tid, uten at det virker som om tiltakene er tilstrekkelige for å skape tilfredsstillende omsorg for barna.

Eksempelvis kan det vises til en sak fra fylkesnemnda i Nordland i 2003.¹⁶¹ Saken gjaldt omsorgsovertakelse for en 13 år gammel jente. Jenta hadde vært overvektig helt siden fireårsalderen, og ved omsorgsovertakelsen var hun 163 cm høy og veide 86 kilo.

Fylkesnemnda gjennomgikk de hjelpetiltakene som hadde vært prøvd i flere år. Dette gjaldt

¹⁵⁹ Se f.eks. FNV-2007-396-OSL, FNV-2008-103-BUS og FNV-2003-162-NOR.

¹⁶⁰ FNV-2012-242-OPP. Denne saken omtales også i punkt 7.4.

¹⁶¹ FNV-2003-162-NOR.

blant annet veiledning fra ernæringsfysiolog, fysioterapi og opphold ved helsesportssenter. Ingen av tiltakene hadde medført endring av overvekten. Nemnda fant derfor at moren ikke hadde evnet å følge opp jentas vektproblemer, og sammen med andre momenter utgjorde dette grunnlag for omsorgsovertakelse.

Denne saken viser at jenta før omsorgsovertakelsen hadde vært overvektig i 9 år, og at vekten fortsatte å øke, til tross for hjelpetiltak gjennom en årrekke.

Et annet tilfelle som er illustrerende for at hjelpetiltak pågår over flere år, uten å være tilstrekkelig for å skape tilfredsstillende forhold i hjemmet, er en sak fra fylkesnemnda i Oppland og Hedmark i 2012.¹⁶² Saken omhandlet omsorgsovertakelse av to barn, hvor gutten på 15 ½ hadde overvektproblemer.

Sakens bakgrunn viser at foreldrene hadde fått råd og veiledning om mat og grensesetting, før gutten begynte på skolen. Det fremgår videre at skolens helsesøster hadde regelmessig kontakt med gutten, da hun var bekymret for at gutten ikke fikk den hjelpen han trengte når det gjaldt vektøkning og grensesetting i forhold til måltider. Barneverntjenesten kom i kontakt med guttens familie i 2008. I de fire påfølgende årene ble det iverksatt hjelpetiltak. Disse omhandlet blant annet videre oppfølging fra helsesøster, og miljøterapi for å styrke foreldrerollen ved grensesetting og veiledning om matvaner og fritid. Til tross for hjelpetiltakene ble gutten i følge en lege i januar 2011 ansett å ha et behov for betydelig vektreduksjon. Han var da 171 cm høy og veide 132 kilo. Videre fremgår det av en spesialistuttalelse at gutten hadde utviklet en betydelig overvekt og sekundære belastningsplager rent fysisk.

Da saken kom opp for fylkesnemnda i 2012 anførte barneverntjenesten at "den manglende foreldrestyringen gitt seg utslag i at foreldrene ikke har greid å gi Gutt den nødvendige støtten i forhold til utviklingen av overvekt som i dag påfører han stor helsemessig risiko". Videre mente barneverntjenesten at foreldrene viste begrenset innsikt og forståelse av barnets behov. Det ble fremholdt at de hjelpetiltak som hadde vært iverksatt, i liten grad syntes å ha økt foreldrenes forståelse og evne til å gi barnet forsvarlig omsorg. Barneverntjenesten var derfor av den oppfatning at ytterligere hjelpetiltak ikke ville avhjelpe situasjonen i nødvendig grad, men la derimot til grunn at "en utprøving av ytterligere hjelpetiltak [vil] medføre en stor

¹⁶² FNV-2012-242-OPP. Det bemerkes at både foreldrene og 15-åringen samtykket til omsorgsovertakelse.

risiko for utvikling av ytterligere helseproblemer".

Denne saken viser at gutten hadde hatt et vektproblem i mange år. Til tross for råd, veiledning og hjelpetiltak i en rekke år, hadde gutten før omsorgsovertakelsen utviklet betydelig overvekt og sekundære belastningsskader.

Sakene ovenfor synes å illustrere at hjelpetiltakenes varighet medfører at barnets helsesituasjon utvikler seg så langt at begjæring om omsorgsovertakelse blir fremmet i siste liten. En lignende sak omhandlende omsorgsovertakelse av en gutt på 12 år, synes å bekrefte denne oppfatningen.¹⁶³ Fylkesnemnda uttalte i denne saken at gutten "ikke har tid til å vente på at evnetulle hjelpetiltak skal få effekt".

7.5 Oppsummering

Den gjennomgatte fylkesnemndspraksis viser for det første at overvekt er et relevant moment for hjelpetiltak og omsorgsovertakelse. Det legges vekt på årsaken til barnas overvekt, og i de tilfeller overvekten kan knyttes til kosthold og aktivitet, vurderes det om dette skyldes svikt i foreldrenes omsorgsevner. Avgjørelsene viser videre at det både legges vekt på konsekvenser som har oppstått og faren for ytterligere helseproblemer i fremtiden.

Praksisen viser også at hjelpetiltak i noen tilfeller går over flere år, uten at barnas helsesituasjon forbedres. Barnas overvekt utvikler seg dermed langt, og i noen av de gjennomgatte sakene hadde barna før omsorgsovertakelse utviklet fedme og sekundære belastningsskader.

¹⁶³ FNV-2012-325-HSF.

8 Avsluttende vurderinger

8.1 Er dagens rettslige vern tilstrekkelig for å beskytte barn mot overvekt og fedme?

Som fremstillingen ovenfor viser, har både foreldre og staten et rettslig ansvar for å beskytte barn mot overvekt. Problemstillingen er nå om dette rettslige vernet er tilstrekkelig for å beskytte barn mot overvekt og fedme.

Når det gjelder foreldrenes ansvar, synes det rettslige vernet etter barneloven §§ 30 og 42 innholdsmessig å være tilstrekkelig for å kunne beskytte barn mot overvekt. Det som imidlertid kan anses som en svakhet, er at omsorgsplikten og beslutningsmyndigheten er meget generelt utformet i lovteksten. Videre sier de øvrige rettskildene lite eller ingenting om problematikken rundt overvekt. Dette innebærer at det kan være vanskelig for foreldrene å vite at ansvaret innebærer en plikt til å beskytte barnet mot overvekt, og hva som kreves for å oppfylle denne forpliktelsen. Det må imidlertid bemerkes at det trolig er et fåtall av foreldre som har satt seg inn i §§ 30 og 42. Hva som da fremkommer av rettskildene, vil antageligvis i realiteten spille en liten rolle for hvordan foreldrene utøver omsorgsansvaret.

Et annet forhold som i noe større grad kan synes å svekke barns vern, er at det ikke er tilknyttet noen direkte sanksjoner til manglende overholdelse av foreldrenes ansvar. I helt særlige tilfeller kan det tenkes at foreldrene kan bli holdt erstatnings- eller strafferettslig ansvarlig for barnets overvekt. Likevel synes ikke dette å være særlig praktisk.

Gjennomgangen av lagmannsrettspraksis synes heller ikke å vise at overholdelsen av beskyttelsesplikten blir tillagt særlig vekt i tvister om foreldreansvar, fast bosted og samvær. Det eneste som da kan gi barnet praktisk beskyttelse mot overvekt i de tilfeller foreldrene svikter i sitt ansvar, er staten.

Som vist er det flere frivillige hjelpetiltak som kan være egnet til å bedre barnets situasjon. Praksis fra fylkesnemnda viser imidlertid at frivillige hjelpetiltak tilknyttet barns overvektsproblemer i mange tilfeller ikke er tilstrekkelig for å hjelpe barnet. Dette fordi frivillige hjelpetiltak gjerne går over flere år, og at barnets overvekt til tross for dette fortsetter å utvikle seg. I slike tilfeller er ikke frivillige hjelpetiltak tilstrekkelig for å beskytte barn mot overvekt. Det faktum at hjelpetiltak i utgangspunktet forutsetter samtykke er også

problematisk, i tilfelle slikt samtykke ikke gis. Tvungne tiltak synes heller ikke å være spesielt egnet for å hjelpe barn med overvektspolmerer.

Omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12 (1) bokstav a), kan være egnet for å hjelpe overvektige barn. Terskelen for omsorgsovertakelse er imidlertid høy, noe som er godt begrunnet i rettsikkerhetsgarantier, og det biologiske prinsipp. Det som likevel svekker oppfatningen av at omsorgsovertakelse kan beskytte barn mot overvekt, er at fylkesnemndspraksis viser at noen barn allerede har utviklet fedme og sekundære belastningsskader før vedtak treffes. Dette tilsier at barns beskyttelse gjennom omsorgsovertakelse inntreer på et sent tidspunkt. Det er videre noe bekymringsverdig at overvekt, som tidligere nevnt, verken var det eneste eller avgjørende momentet for omsorgsovertakelse i den gjennomgatte fylkesnemndspraksisen.¹⁶⁴

Samlet sett synes ikke barns rettslig vern mot overvekt og fedme å være tilstrekkelig.

8.2 Hvordan kan vernet styrkes?

Den største svakheten ved dagens rettslige vern mot overvekt og fedme hos barn, synes å ligge i den snevre adgangen til å iverksette tvangstiltak. Dersom barns beskyttelse skal styrkes må det for det første være en større begrensning for hvor lenge frivillige hjelpetiltak kan pågå. Tvungne tiltak bør kunne iverksettes på et tidligere tidspunkt i de tilfeller der frivillige hjelpetiltak ikke har tilstrekkelig positiv påvirkning på barnet eller foreldrene. Videre burde flere hjelpetiltak kunne pålegges ved tvang. Flere mulige tvungne hjelpetiltak vil redusere muligheten av at omsorgsovertakelse vedtas på grunn av at frivillige hjelpetiltak enten ikke er tilstrekkelig for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg, frivillige hjelpetiltak motsettes, eller at tvungne hjelpetiltak ikke anses å være egnet for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg. Det antas dermed at det i det minste må til en utvidet oppregning av mulige tvungne hjelpetiltak, for at barns rettslige vern mot overvekt og fedme skal kunne styrkes.

På et mer overordnet nivå, er det nærliggende å tenke at det finnes to hovedårsaker til at barn utvikler overvekt. Den ene er sviktende omsorgsevner hos foreldrene, og den andre er mangel

¹⁶⁴ Se punkt 7.1. Det bemerkes imidlertid at det ikke er uvanlig at familier mottar flere hjelpetiltak samtidig, noe som kan være forklarende for at omsorgsovertakelsene i de den nevnte praksis ble vedtatt på grunnlag av flere forhold sammenlagt. Se Prop.106 L (2012-2013), s 65 for statistikk om flere hjelpetiltak samtidig.

på grunnleggende kunnskap om overvekt, dens årsaker og konsekvenser. Dersom det siste er tilfellet, vil økt informasjon om overvekt, særlig til foreldre og barn, kunne bidra til å styrke barns vern mot overvekt og fedme.

9 Kildeliste

9.1 Lover

Lov 17. mai 1814 Kongeriget Norges Grundlov.

Lov 22. mai 1902 nr. 10 Almindelig borgelig Straffelov (straffeloven).

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barneloven).

Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven).

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven).

Lov 13. juni 1969 nr. 26 om skadeserstatning (skadeserstatningsloven).

Lov 21. juni 2013 nr. 63 om endringer i barnevernloven.

9.2 Konvensjoner

Convention of the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, Roma, 4. november 1950 (Den Europeiske menneskerettskonvensjon, EMK).

Vienna Convention on the Law of Treaties, 23. mai 1969 (Wien-konvensjonen).

Convention on the Rights of the Child, 20. november 1989 (Barnekonvensjonen).

9.3 Offentlige dokumenter

Norges offentlige utredninger

NOU 1977:35 Lov om barn og foreldre (barneloven).

NOU 2008:9 Med barnet i fokus – en gjennomgang av barnelovens regler om foreldreansvar, bosted og samvær.

NOU 2009:8 Kompetanseutvikling i barnevernet.

NOU 2012:5 Bedre beskyttelse av barns utvikling.

Proposisjoner

Ot.prp.nr. 44 (1991-1992) Barneverntjenester (barnevernloven).

Ot.prp.nr. 56 (1996-1997) Om lov om endringer i lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barnelova)

Ot.prp.nr. 62 (1979-1980) Om lov om barn og foreldre (barneloven)

Prop. 106 L (2012-2013) Endringer i barnevernloven.

9.4 Lagmannsrettspraksis

LG-1998-417.	LH-2003-136.	LF-2010-130773.
LG-1999-1053.	LB-2003-7790.	LG-2010-83078.
LF-2000-1.	LB-2006-28102.	LB-2011-188282.
LB-2001-1922.	LF-2007-46255.	LG-2012-7769.
LF-2003-977.	LH-2008-70089.	

9.5 Fylkesnemndspraksis

FNV-2003-162-NOR.	FNV-2012-242-OPP.
FNV-2007-396-OSL.	FNV-2012-325-HSF.
FNV-2008-103-BUS.	FNV-2009-94-OPP.
FNV-2011-262-OPP.	

9.6 Generelle kommentarer fra Barnekomiteen

GC-2013-15-CRC: CRC – General Comment No. 15: *The right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health* (Article 24).

9.7 Juridisk litteratur

Aall (2004): All, Jørgen, *Rettsstat og menneskerettigheter*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2004, 3. utgave 2011.

Andenæs (2004): Andenæs, Johs., *Alminnelig strafferett, 5. utgave ved Magnus Matningsdal og Georg Fredrik Rieber-Mohn*, Universitetsforlaget AS 2004, 5. utgave 2004, 4. opplag 2010.

Backer (2008): Backer, Inge Lorange, *Barneloven, Kommentarutgave*, Universitetsforlaget 2008, 2. utgave 2008.

Bendiksen (2008): Bendiksen, Lena R.L., *Barn i langvarige fosterhjems plasseringer – foreldres ansvar og adopsjon*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2008.

Bernt (2007): Bernt, Jan Fritjof, *Hva handler denne boken om*, i Jan Fritsjon Bernt og Synne

- Sæther Mæhle, Rett, samfunn og demokrati, Gyldendal Norsk Forlag AS 2007, 1. Utgave 2007.
- Eckhoff (2001): Eckhoff, Torstein, *Rettskildelære*, 5. utgave ved Jan E. Helgesen, Universitetsforlaget 2001.
- Eckhoff og Smith (2006): Eckhoff, Torstein og Eivind Smith, *Forvaltningsrett*, Universitetsforlaget, 8. utgave, revidert av Eivind Smith, 2006, 2. opplag 2008.
- Halvorsen (2008): Halvorsen, Marit, *Barns rett til helsetjenester*, i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen*, Universitetsforlaget 2008, 3. opplag 2011.
- Haugli (2008): Haugli, Trude, *Hensynet til barnets beste*, i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen*, Universitetsforlaget 2008, 3. opplag 2011.
- Hedlund (2008): Hedlund, Mary-Ann, *EMK artikkel 8 og forholdet til barn – noen utvalgte temaer*, i Mary-Ann Hedlund (red.), *Barnerett – i et internasjonalt perspektiv*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2008.
- Holgensen (2008): Holgensen, Gunn, *Barnerett*, Høyskoleforlaget 2008.
- Høstmælingen m.fl. (2008): Høstmælingen, Njål, Elin Saga Kjørholt, Kirsten Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen, Barns rettigheter i Norge*, Universitetsopplaget 2008, 3. opplag 2011.
- Lassen og Stang (2008): Lassen, Rikke og Elisabeth Gording Stang, *Barns rett til familie og omsorg, særlig om barnevernet*, i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen*, Universitetsforlaget 2008, 3. opplag 2011.
- Lindboe (2012): Lindboe, Knut, *Barnevernrett*, Universitetsforlaget 2012, 6. utgave 2012.
- Lødrup (2009): Lødrup, Peter, *Lærebok i erstatningsrett, 6. utgave, Med bistand av Morten Kjelland*, Gyldendal Norsk Forlag AS 2009, 6. utgave, 1. opplag 2009.
- Nygaard (2004): Nygaard, Nils, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, Universitetsforlaget AS 2004, 2. utgåve 2004, 2. opplag 2005.
- Smith (2008): Smith, Lucy, *FNs konvensjon om barnets rettigheter*, i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.), *Barnekonvensjonen*, Universitetsforlaget 2008, 3. opplag 2011.
- Smith og Lødrup (2006): Smith, Lucy og Peter Lødrup, *Barn og foreldre*, Gyldendal Norsk Forlag AS 2006, 7. utgave, 1 opplag 2006.
- Stang, (2007): Stang, Elisabeth Gording, *Det er barnets sak, Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*, Universitetsforlaget 2007.

9.8 Internettlenker

ABC Nyheter, <http://www.abcnyheter.no/>:

Dårleg kosthold er omsorgssvikt,

<http://www.abcnyheter.no/nyheter/helse/2012/07/11/darleg-kosthold-er-omsorgssvikt> (sist sett 13.12.13).

Fedme knyttes til omsorgssvikt,

<http://www.abcnyheter.no/nyheter/vitenskap/100716/fedme-knyttes-til-omsorgssvikt> (sist sett 13.12.13).

Bergensavisen, <http://www.ba.no/>:

Mistet omsorgen for sønnen, <http://www.ba.no/nyheter/article6888269.ece> (sist sett 13.12.13).

Dagbladet, <http://www.dagbladet.no/>:

Nasjonal omsorgssvikt,

<http://www.dagbladet.no/2012/08/31/kultur/debatt/kronikk/barn/fedme/23199623/> (sist sett 13.12.13).

Forskning.no, <http://www.forskning.no/>:

Foreldrene har ansvar for barnas overvekt,

<http://www.forskning.no/artikler/2013/oktober/368735> (sist sett 13.12.13).

LHL Helse Røros Rehabilitering, <http://www.lhl.no/roros-rehabilitering/>:

Family – tilbud til overvektige barn og deres foreldre,

http://www.lhl.no/roros-rehabilitering/vaart_tilbud/sykelig_overvekt/family/ (sist sett 13.12.13).

Matbransjens Faglige Utvalg (MFU), <http://www.mfu.as/mfu/>:

Retningslinjer for markedsføring av mat og drikke rettet mot barn,

<http://www.mfu.as/36575-Retningslinjer-for-markedsforing> (sist sett 13.12.13).

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI), <http://www.fhi.no/>:

Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos barn og unge,

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6308&List_6212=6218:0:25,6320:1:0:0:::0:0 (sist sett 13.12.13).

Fakta og helsestatistikk om overvekt og fedme hos voksne,

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6306&MainContent_6263=6464:0:25,6307&List_6212=6218:0:25,6317:1:0:0:::0:0 (sist sett 11.12.13).

Forskning på overvekt ved avd. for folkesykdommer,

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6464&Main_6157=6261:0:25,5555&MainContent_6261=6464:0:25,5572&List_6212=6218:0:25,6710:1:0:0:::0:0&Content_6464=6430:85802::1:6182:6:::0:0 (sist sett 13.12.13).

Kroppsmasseindeks (KMI) og helse,

<http://www.fhi.no/tema/overvekt-og-fedme/kroppsmasseindeks-kmi> (sist sett 13.12.13).

Om Nasjonalt folkehelseinstitutt, <http://www.fhi.no/om-fhi/nasjonalt-folkehelseinstitutt> (sist sett 13.12.13).

Resultater fra Barnevekststudien 2008 – 2012: Stabil andel barn med overvekt,

<http://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/resultater> (sist sett 13.12.13).

Norsk helseinformatikk (NHI), <http://nhi.no/>:

Beregning av KMI eller ISO-KMI,

<http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/kalkulatorer/kmi-kroppsmasseindeks-3263.html> (sist sett 13.12.13).

Hva er årsaken til overvekt?

<http://nhi.no/livsstil/kosthold/overvekt/overvekt-hva-er-det-1496.html?page=3> (sist sett 13.12.13).

Hvordan legge grunnlaget for barnets helse?

<http://nhi.no/forside/hvordan-legge-grunnlaget-for-barnets-helse-40505.html> (sist sett 13.12.13).

Regjeringen, <http://www.regjeringen.no/>:

Meld. St. 34 (2012-2013), Melding til Stortinget, Folkehelsemeldingen, God helse – felles ansvar,

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818> (sist sett 13.12.13)

Høring – forslag til ny regulering av markedsføring rettet mot barn og unge av usunn mat og drikke, <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2012-2/horing---forslag-til-ny-regulering-av-ma/horingsbrev.html?id=684713> (sist sett 13.12.13)

Regulering av markedsføring av usunn mat og drikke rettet mot barn og unge,
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/andre/brev/utvalgte_brev/2013/regulering-av-markedsforing-av-usunn-mat.html?id=729187 (sist sett 13.12.13)

Sandefjord kommune, <http://www.sandefjord.kommune.no>:

Full Fres!

<http://www.sandefjord.kommune.no/Tjenester/Helse/Frisklivssentralen/Full-Fres---treningsgruppe-for-barn/> (sist sett 13.12.13).

Store medisinske leksikon, <http://sml.sn.no> :

Epidemiologi, <http://sml.sn.no/epidemiologi> (sist sett 13.12.13).

Sykehuset i Vestfold, <http://www.siv.no/Sider/side.aspx>:

Senter for sykkelig overvekt – barn og ungdom,

<http://www.siv.no/omoss/avdelinger/senter-for-sykkelig-overvekt-barn-ung/Sider/enhet.aspx> (sist sett 13.12.13).

Tv2, <http://www.tv2.no/>:

Foreldre mister omsorgen fordi barna er for tjukke,

<http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/foreldre-mister-omsorgen-fordi-barna-er-for-tjukke-3575215.html> (sist sett 13.12.13).

Valnesfjord Helseportssenter, http://www.vhss.no/?ac_id=1&ao_name=hjem:

Intensiv trening for barn og unge med overvekt,

http://www.vhss.no/?a_id=1483&ac_parent=112 (sist sett 13.12.13).

Verdens helseorganisasjon (WHO), <http://www.euro.who.int/en/home>:

Data and statistics, The challenge of obesity – quick statistics,

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (sist sett 13.12.13).

Introducing WHO/Europe, <http://www.euro.who.int/en/about-us> (sist sett 13.12.13).

Obesity, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/obesity>
(sist sett 13.12.13).

Verdens matvareprogram (WFP), <http://no.wfp.org/>:

Feilernæring og underernæring, <http://no.wfp.org/sult/feilernæring> (sist sett 13.12.13).

Sultleksikon, <http://no.wfp.org/node/16161> (sist sett 13.12.13).