

VÅRDPROGRAM FÖR UPPSALA-ÖREBROREGIONEN

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar

– prevention och behandling

Gäller från den 1 juni 2017

Revideras senast juni 2019



Region Örebro län



Landstinget
DALARNA



Landstinget
i Värmland



LANDSTINGET
SÖRMLAND



Region Uppsala



Region
Gävleborg

Innehåll	Förord	3
	Arbetsgrupp för regionala vårdprogrammet	3
	Mål med vårdprogrammet	4
	Inledning	4
	Definition av övervikt och fetma hos barn	5
	BMI-gränser för övervikt, fetma och svår fetma 2–18 år	6
	BMI-kurvor	7
	Övergripande mål för prevention och behandling	8
	Ansvarsuppdelning – vårdnivåer	9
	Förebygga övervikt/fetma och främja hälsosamt beteende	10
	Exempel på konkreta råd	
	Barnhälsovårdens uppgifter	
	Elevhälsovårdens uppgifter	
	Sjukvårdens uppgifter	
	Vårdnivå 1 – barn- och elevhälsovård	11
	Åtgärder vid övervikt och fetma	
	Hur får man barn och föräldrar att ändra sitt beteende?	
	Konkreta råd	
	Hur bemöter man omotiverade barn/ungdomar (och föräldrar)?	
	När remittera till vårdnivå 2?	
	Vårdnivå 2 – primärvård/barnläkare i öppen vård	14
	Behandling av fetma	
	Provtagning	
	Gruppbehandling	
	När remittera till vårdnivå 3?	
	Vårdnivå 3 – barnklinik med fetmateam/regioncentrum	16
	Behandling av svår fetma	
	När överväga remittera till vårdnivå 4?	
	Vårdnivå 4 – rikscentrum/regioncentrum	16
	Mall för undersökning av barn med övervikt eller fetma	17
	Normalvärden för blodfetter 2–19 år	18
	Mer information för patienter och personal	19

Förord version 3, juni 2017

Det är angeläget med bred samsyn i hur prevention och behandling sker och därför också rimligt att ansvarsuppdelning mellan vårdnivåer är densamma i regionens landsting och att patienter har samma rätt till vård oavsett var man bor.

Resurserna för såväl prevention som behandling av barn- och ungdomsfetma är för små i alla kommuner och landsting /regioner, även om man på vissa håll har nått längre. Detta vårdprogram ska ses som ett gemensamt regionalt önskemål om hur en bra verksamhet bör utformas.

Första versionen av detta vårdprogram kom hösten 2008. Detta är den tredje reviderade versionen.

Data från det nationella barnobesitasregistret (BORIS) visar tydligt att tidigt insatt behandling är viktigt för att förhindra bestående fetma.

Erfarenheter visar att det är mycket svårt att skapa bestående effekt av fetmabehandling hos vuxna, vilket ökar skälen till goda resurser för behandling av fetma hos barn.

Kontaktpersoner för regionala vårdprogrammet

Landstinget Dalarna: Björn Pehrson, bjorn.persson@ltdalarna.se

Region Gävleborg: Gunilla Kördel, gunilla.kordel@regiongavleborg.se

Landstinget Sörmland: Zoi Papoutsi, zoi.papoutsi@dll.se

Region Uppsala: Anders Forslund, anders.forslund@akademiska.se

Landstinget i Värmland: Emma Wikholm, emma.wikholm@liv.se

Region Västmanland: Christina Lockley,
christina.lockley@regionvastmanland.se

Region Örebro län: John Ryberg, john.ryberg@regionorebrolan.se

Mål med vårdprogrammet

Alla som arbetar i vården ska få ökad kunskap om bemötande och behandling av barn och ungdomar med övervikt och fetma. Familjerna ska mötas av samma budskap oberoende av vilken vårdgivare i regionen de träffar.

Vårdprogrammets riktlinjer och modeller ska underlätta för alla vårdgivare att bedriva ett gott preventivt arbete, identifiera barn och ungdomar med övervikt och fetma och erbjuda dem behandling på rätt vårdnivå.

Ett vårdprogram visar i första hand hälso- och sjukvårdens roll och ansvar. Orsakerna till barn- och ungdomsfetma är dock multifaktoriella och berör hela samhället.

Inledning

Övervikt och fetma är idag ett stort folkhälsoproblem. Bakgrunden är att vi på kort tid fått en stor förändring i vår miljö och vårt beteende – vår livsstil har förändrats. I takt med att vi rör oss mindre har vi samtidigt ändrat våra matvanor och fått en ökad tillgänglighet till kalorier. Våra gener klarar inte av denna belastning, vilket får till följd att många blir överviktiga.

Övervikt och fetma hos barn har ökat kraftigt under de senaste decennierna. Data från regionen om fyraåringar visade i mitten av 2000-talet att upp mot 20 procent hade övervikt eller fetma. Andelen med fetma låg på 4–5 procent. I många landsting påbörjades vid den tiden ett tydligare förebyggande arbete på barnvårdscentralerna. De närmaste åren sjönk siffrorna långsamt men har nu stagnerat och på några håll har man de senaste åren sett en oroande tendens till ökning igen. Cirka 20 – 25 procent av ungdomar i 10-årsåldern i Sverige är överviktiga och drygt 3 procent lider av sjukdomen fetma.

Barn- och ungdomsfetma är en sjukdom som ofta är förenad med såväl fysiskt som psykiskt lidande. Idag vet vi också att fetma i barn- och ungdomsåren är en betydande riskfaktor för ökad sjuklighet i vuxen ålder och ger en sänkt förväntad livslängd. Det är därför angeläget att förebygga fetma och när sjukdomen väl uppstått erbjuda adekvat behandling.

Vårdprogram brukar ofta strukturera upp en befintlig verksamhet. Tyvärr är resurserna för prevention och behandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar fortfarande starkt begränsade. Viss förbättring har dock skett de senaste åren, men de regionala skillnaderna är alltför stora.

Det är mycket angeläget att behandlingsinsatser vid fetma utvärderas effektivt. BORIS (BarnObesitasRegistret I Sverige) är ett nationellt kvalitetsregister för barn- och ungdomsfetma. Det stöds av Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. Vi anser det angeläget att mottagningar och kliniker där man behandlar barn och ungdomar med fetma är anslutna till [BORIS](#).

All behandling av fetma bland barn och ungdomar måste vara långsiktig.

Varaktiga beteendeförändringar är grunden till framgång och utan dessa spelar det mindre roll vilka råd som ges. Det är viktigt att följa upp behandlingen av fetma och vara uppmärksam på eventuella ätstörningar. Forskningen visar dock att adekvat behandling av fetma inte ökar risken för att utveckla ätstörningar.

Det är viktigt att involvera hela familjen i behandlingen. På samma sätt som för barn med allergier behöver man begränsa exponeringen för det som barnet inte ”tål”. För barn med fetma kan det vara för mycket tv-tittande, godis, chips, läsk, tv- och dataspel.

I detta vårdprogram beskrivs hur barn och ungdomar med övervikt och fetma ska tas om hand på olika vårdnivåer. Det är mycket viktigt att det kontinuerligt finns en aktiv kommunikation mellan de olika nivåerna för att maximera behandlingseffekter och därmed hushålla med resurserna.

Definition av övervikt och fetma hos barn

Övervikt och fetma definieras vanligen med hjälp av BMI (Body Mass Index). BMI beräknas enligt formeln: $\text{vikt i kg} / (\text{längd i meter})^2$.

För vuxna ligger gränsen för övervikt vid BMI 25 och för fetma vid BMI 30. Barns kroppsproportioner förändras under uppväxten. Därför kan inte samma gränsvärden användas, utan gränserna har anpassats utifrån barnens ålder (se BMI-kurvor sid 7).

De gränsvärden man använder kallas ISO-BMI. BMI över ISO-BMI 25 definieras som övervikt och över ISO-BMI 30 definieras som fetma. Svår fetma definieras här som BMI över ISO-BMI 35.

Dessa gränser är epidemiologiska och inte individuella, d v s de säger inget om barnets kroppssammansättning eller metabola riskfaktorer. ISO-BMI är i nuläget det enklaste och bästa måttet för att i praktisk vardag ställa diagnos övervikt respektive fetma.

Man får dock inte glömma att man också måste titta på barnet. Till exempel kan en lång muskulös tonårskille hamna högt på BMI-kurvan och ändå inte ha övervikt.

BMI-gränser för övervikt, fetma och svår fetma 2–18 år

Flickor

Ålder	ISO-BMI 25 ¹	ISO-BMI 30 ¹	ISO-BMI 35 ²
2	18,1	19,1	21,1
3	17,7	19,4	20,7
4	17,4	19,2	20,6
5	17,2	19,2	20,8
6	17,3	19,6	21,6
7	17,7	20,4	22,9
8	18,3	21,4	24,5
9	19,0	22,7	26,4
10	19,8	24,0	28,4
11	20,7	25,3	30,1
12	21,6	26,5	31,7
13	22,5	27,6	32,9
14	23,3	28,4	33,8
15	23,9	29,0	34,3
16	24,3	29,4	34,5
17	24,7	29,7	34,8
18	25	30	35

Pojkar

Ålder	ISO-BMI 25 ¹	ISO-BMI 30 ¹	ISO-BMI 35 ²
2	18,4	20,0	21,2
3	17,9	19,5	20,8
4	17,5	19,2	20,6
5	17,4	19,3	20,8
6	17,5	19,8	21,7
7	17,9	20,6	23,1
8	18,4	21,6	24,6
9	19,1	22,7	26,4
10	19,8	24,0	28,4
11	20,5	25,1	30,0
12	21,2	26,0	31,2
13	21,9	26,9	32,2
14	22,6	27,6	33,0
15	23,3	28,3	33,6
16	23,9	28,9	34,0
17	24,5	29,4	34,4
18	25	30	35

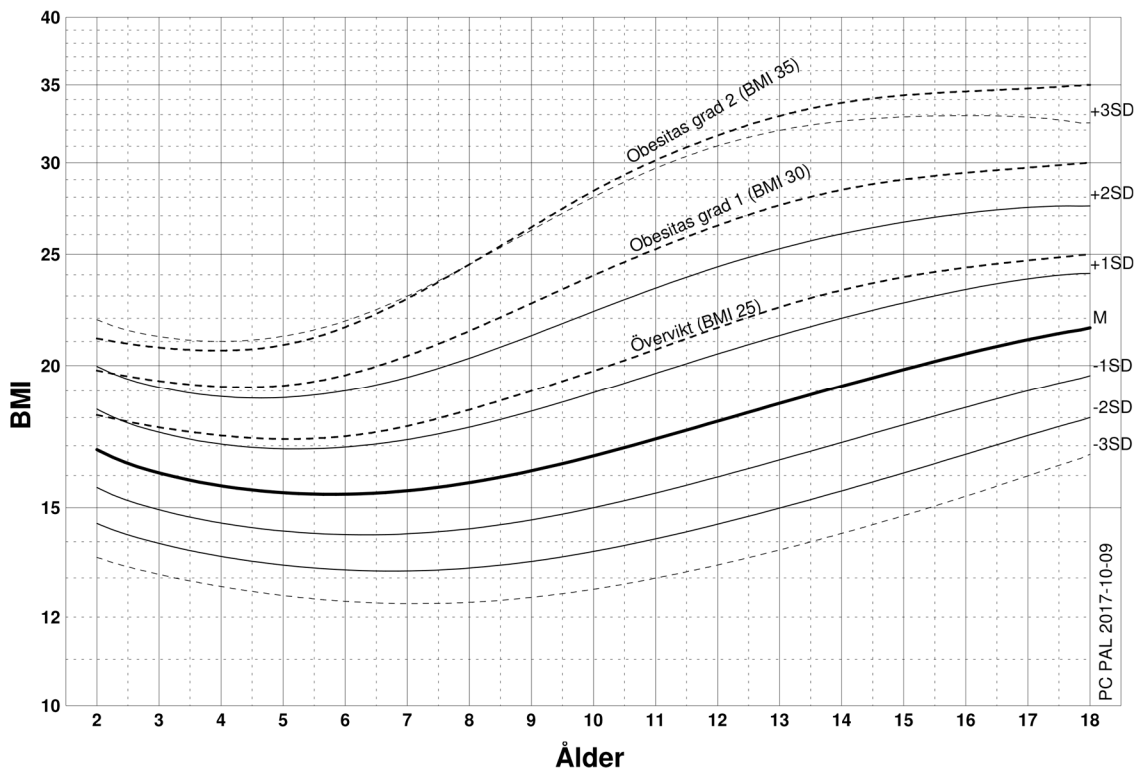
Ref. Cole TJ et al *Pediatr Obes*, 7(4):284-94, 2012

Prognos

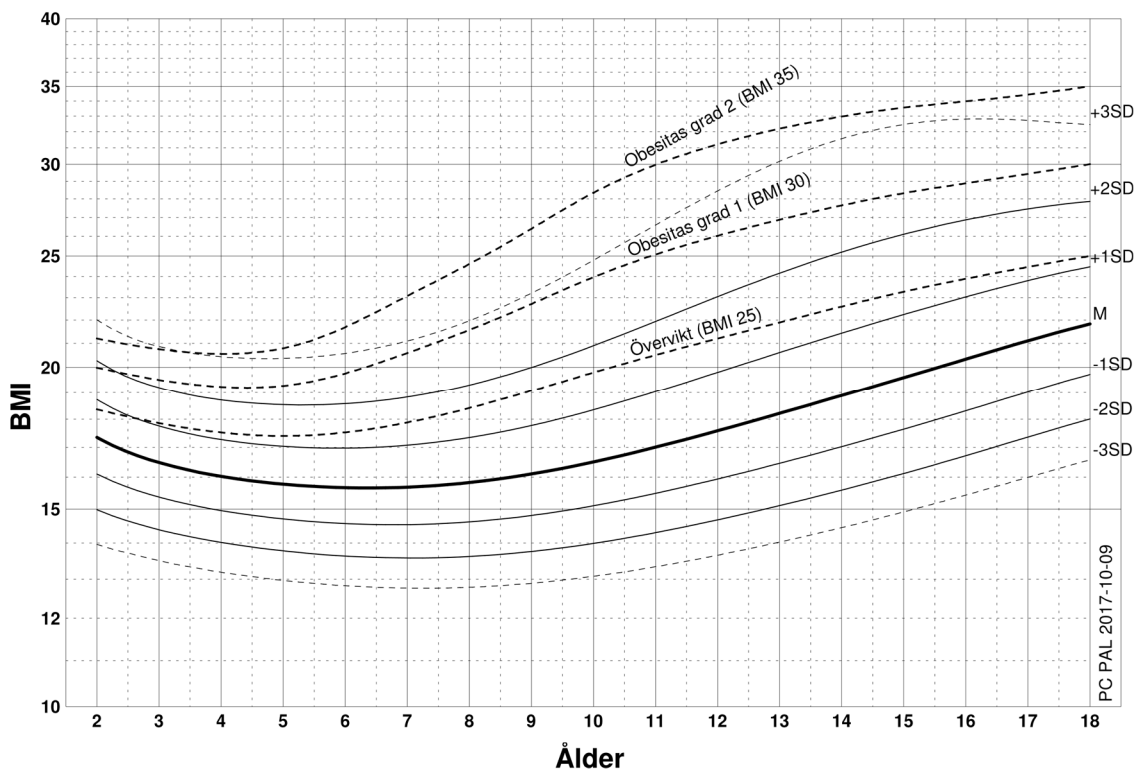
Ju äldre barnet är och ju högre BMI det har, desto större är risken att övervikten blir bestående.

Barn vars förväntade BMI-nedgång vid 1 års ålder bryts genom en för tidig uppgång under perioden fram till 4 års ålder anses utgöra en riskgrupp för tidig fetmautveckling (se BMI-kurvor på nästa sida).

BMI-kurvor flickor



BMI-kurvor pojkar



Karlberg J, Luo ZC, Albertsson-Wikland K; Acta Paediatr 90: 1427-1434, 2001.
Cole TJ, Lobstein T; Pediatr Obes 2012; 7: 284-294.

Övergripande mål för prevention och behandling

Grundläggande strategi för såväl prevention som behandling av övervikt är att åstadkomma en balans mellan matvanor och fysisk aktivitet. Prevention riktar sig till alla och syftar till att öka medvetenheten om sunda levnadsvanor i hela samhället.

Målet med behandlingen är att bromsa vikt- och BMI-utvecklingen för barn med övervikt eller fetma. För yngre barn innebär det i praktiken att öka långsammare eller stå stilla i vikt. För tonåringar med svår fetma är målet en långsam viktnedgång, men man kan sällan nå normalvikt. En fysiskt inaktiv tonåring med svår fetma som uppnår ett mer aktivt liv och kommer ned till ”bara” övervikt, gör betydande långsiktiga hälsovinster.

För att nå dessa mål är det viktigt att genom en bestående beteendeförändring få en varaktig balans mellan energiförbrukning och energiintag. I programmet finns konkreta råd om hur man kan öka energiförbrukningen genom olika aktiviteter och minska energiintaget genom kostförändringar.

Idag känner man till ett stort antal gener som är sammankopplade med fetma. Dessa gener påverkar såväl fysiologi som psykologi och gör att känsligheten för att utveckla fetma varierar hos olika individer. På grund av detta har vissa personer svårare att påverka sin situation. Man kan förklara det med att olika människor har olika känslighet för kalorier. Ett överintag av kalorier kan hos en människa ge större viktuppgång än hos en annan.

Man har rätt att uppfatta detta som orättvist. Även om det inte är patientens eller föräldrarnas ”fel” att man har lätt att utveckla fetma, har man ändå ansvar för att komma till rätta med problemet. Att avlasta skuld men inte ansvar är ofta en viktig nyckel till en framgångsrik behandling av fetma. Oavsett ”känslighet” gäller att alla går ned i vikt om de lyckas öka energiförbrukningen och/eller minska energiintaget, dvs. åstadkomma en negativ energibalans.

Barn och ungdomar med fetma har ofta lägre självkänsla än normalviktiga kamrater. Att stärka självkänslan och verka för ett sunt förhållningssätt till kost och fysisk aktivitet är också en viktig del av behandlingen. Även om målen inte uppnås avseende vikten, så minskar risken för komplikationer av fetma vid ett mer fysiskt aktivt liv.

Ansvarsuppdelning - vårdnivåer

Vårdnivå 1 – barn- och elevhälsovård

- Generell primärprevention.
- Uppmärksamma barn och ungdomar med okomplicerad övervikt¹ (ISO-BMI 25–30), för att bromsa eventuell BMI-acceleration som kan leda till fetma.
- Åtgärder vid okomplicerad fetma² (över ISO-BMI 30) i minst sex månader.

Vårdnivå 2 – primärvård/barnläkare i öppen vård

- Utredning, konsultation och behandling av barn och ungdomar:
 - med okomplicerad fetma² (över ISO-BMI 30) som har behandlats i minst 6 månader utan effekt
 - med övervikt/fetma och uttalade riskfaktorer³.
- Vid avplanad längdtillväxt, avvikande utveckling eller misstanke om endokrin störning ska utredning ske i samråd med barnläkare.

Vårdnivå 3 – barnklinik med fetmateam/regioncentrum

- Utredning, konsultation och behandling av barn och ungdomar:
 - med svår fetma (över ISO-BMI 35)
 - med komplikationer⁴ på grund av sin övervikt/fetma.
- Dessutom utvecklingsarbete samt stöd och utbildning till nivå 1 och 2.

Vårdnivå 4 – rikscentrum/regioncentrum

Behandling av barn och ungdomar med extremt svår fetma och komplicerande sjukdom efter särskild utredning och utebliven behandlingseffekt på nivå 3.

Det ska kontinuerligt finnas ett samspel mellan vårdnivåerna.

En stor del av åtgärderna vid, och uppföljningen av, övervikt och fetma kommer att ske hos barn- och elevhälsovården samt vårdnivå 2. De andra nivåerna ska vara stöd, komplement och remissinstanser där utredning och tillfällig intensiv behandling kan ske. Vissa barn kan behöva följas under en längre tid på nivå 3 men även då är samspelet med nivå 1 och 2 av stort värde.

¹Okomplicerad övervikt = barn och föräldrar utan riskfaktorer.

²Okomplicerad fetma = barn och föräldrar utan riskfaktorer.

³Riskfaktorer = förälder eller syskon med fetma, diabetes typ 2, högt blodtryck, tidig hjärtinfarkt och/eller höga blodfetter.

⁴Komplikationer = till exempel diabetes typ 2, högt blodtryck, leverpåverkan och/eller höga blodfetter.

Förebygga övervikt/fetma och främja hälsosamt beteende

Redan under det första levnadsåret bör man med alla föräldrar samtala om hälsosamma levnadsvanor. Genom ett generellt program till alla familjer undviker man att peka ut någon. De råd som ges bör vara enkla och konkreta och av sådan karaktär att alla kan följa dem utan att det innebär en risk att vissa barn istället blir undernärda. Att från början etablera goda vanor är mycket lättare än att senare ändra dåliga vanor. Därför är det viktigt att redan under graviditeten samtala om dessa frågor.

Exempel på konkreta råd

Aktivitetsråd

- Undvika inaktivitet och stimulera vardagsaktivitet – låta små barn klä sig själva, använda vagn i mindre utsträckning, låta äldre barn gå/cykla till olika aktiviteter.
- Barn under 2 år bör endast undantagsvis se på tv.
- Barns och ungdomars skärmtid bör begränsas till max två timmar/dag
- Stimulera till rörelseglädje och utomhusaktiviteter.

Kostråd

- Mat på regelbundna tider, 3 huvudmål och 2–3 mellanmål.
- Ett mellanmål kan t ex bestå av 1 frukt eller 1 smörgås och 1 glas mjölk.
- Ät frukt och grönsaker varje dag.
- Ät frukost.
- Vatten eller mjölk till maten.
- Godis, läsk, saft, glass och kaffebröd bara en gång i veckan, exempelvis som lördagsgodis, men även då i begränsad mängd.

Andra faktorer

- Viktigt att diskutera hur barn och ungdomar får tillräckligt med sömn.
- Stress, mobbing och andra faktorer som påverkar den psykiska hälsan kan också bidra till viktuppgång.

Barnhälsovårdens uppgifter

- Regelbundet samtala om sunda levnadsvanor redan från början, gärna i föräldragrupp.
- Erbjud alla föräldrar ett hälsosamtal när barnet är i ettårsåldern.
- Regelbunden dialog kring kost och aktivitet/utevistelse samt värdering av tillväxtkurvor och BMI i samband med BVC-besöken.

Elevhälsovårdens uppgifter

- Övervakning av barns och ungdomars tillväxt och viktutveckling rekommenderas via återkommande mätningar av längd, vikt och BMI, dessvärre nu bara i förskoleklassen, skolår 2, 4, 7 och 1 i gymnasiet. Önskvärt är dock årlig kontroll av längd och vikt. De nuvarande rekommendationerna från Socialstyrelsen samt i skollagen om intervallen mellan mätningarna anser vi vara alldeles för glesa.
- I samverkan med skolpersonal, skolledningar och elever verka för goda mat- och motionsvanor i skolan genom hela skoltiden. Bra mat, bra matsalsmiljöer, tillräckligt med tid för att äta, en timmes samlad rörelse per dag under skoldagen. Ingen onyttig mat, läsk, snacks eller godis i skolorna.
- Samverkan med föräldrar, barn och ungdomar i de individuella hälsosamtalen och till exempel vid föräldramöten. Föräldrarna är avgörande resurser för barnet och de viktigaste förebilderna när det gäller att skapa goda mat- och motionsvanor.

Sjukvårdens uppgifter

- Att uppmärksamma barn med begynnande eller etablerad övervikt/fetma och ansvara för att fortsatt handläggning sker på rätt vårdnivå.
- Inom barnhabiliteringen finns barn som kräver speciell uppmärksamhet och mer individuellt omhändertagande. Detsamma kan gälla barn och ungdomar med neuropsykiatrisk problematik.

Vårdnivå 1 – barn- och elevhälsovård

Åtgärder vid övervikt och fetma

Innan man vidtar åtgärder är det utöver en kroppsundersökning viktigt att ha en bild av barnets situation med avseende på:

- Hereditet (föräldrar med högt blodtryck, fetma, diabetes).
- Missbruksproblematik (hos föräldrar till barn men även hos tonåringar).
- Relationer.
- Kost- och motionsvanor.
- Fritidsintressen.
- Skärmtid t ex vid TV, dator, surfplatta och telefon.
- Mobbning.
- Deltagande i skolidrott.
- Förhållningssätt till ätande och fysisk aktivitet.
- Sömn

Längd och vikt mäts, BMI beräknas och tillväxtkurvan värderas. För mer information, se statusmall sid 17.

Fetma är en sjukdom som ska behandlas. Övervikt innebär ofta en risk att utveckla fetma. Det centrala är då att uppmärksamma och åtgärda en vikt-/BMI-acceleration. En övervikt där barnet följer sin viktkanal kanske inte alls kräver åtgärder.

I kroppsundersökning ingår att notera fettfördelning, eventuell förekomst av striae, acantosis nigricans, gynekomasti, samt för barn i skolålder också blodtrycksmätning och pubertetsbedömning.

Endokrina rubbningar och andra bakomliggande sjukdomar som orsak till fetma är mycket ovanliga. Vid övervikt utan tydliga tecken på annan sjuklighet finns det ingen anledning att göra någon laboratorieutredning. Viktacceleration i kombination med avplanande längdtillväxt hos barn är en varningssignal och då ska utredning ske i samråd med barnläkare.

Barn med tidig debut av fetma särskilt i kombination med hereditet ska ses som en riskgrupp där tidig information och eventuell intervention är angelägen.

Hur får man barn och föräldrar att ändra sitt beteende?

- *Föräldrarna är centrala i behandlingen.* Det innebär stora krav att förändra hela familjens livsstil. Det handlar om att föregå med gott exempel, att ägna mer tid åt fysisk aktivitet i vardagen och att etablera bra måltidsvanor. Föräldrarna måste också ta ansvaret att sätta gränser för barnet och ha tid för bra belöningar, till exempel roliga aktiviteter. Man ska undvika att belöna eller straffa med mat eller sötsaker.
- *Övriga nätverk* (mor- och farföräldrar, barnomsorg, skol- och fritidspersonal och andra som barnet umgås med) bör vara införstådda med att barnet måste ändra livsstil. För dem gäller det att stötta barnet och familjen i deras arbete mot nya vanor. Återigen är det viktigt att föräldrar, barnomsorg, skola, kommun med flera samverkar.
- *Motiverande samtal (MI).* Syftet är att föräldrarna/barnet ska ta ställning till om och hur deras vanor/livsstil ska kunna förändras till det bättre. Metodiken bygger på att sätta föräldrarna/patienten i centrum och utgå från deras nuvarande vanor, kunskap och åsikter. Vid behov, och efter att ha fått lov, kompletterar man med relevanta fakta.

Man följer upp vad föräldrarna därefter anser om sin/barnets livsstil eller vanor. Man frågar om föräldrarnas/patientens beredskap att vidta förändringar och vad som skulle kunna vara genomförbart för att nå målet. Föräldrarna bör också fundera över vilka svårigheter det skulle kunna medföra och hur de skulle kunna bemästras. De får hjälp att sätta delmål i form av små förändringar och en tidpunkt när de ska påbörjas. Det är viktigt att följa upp och belöna deras försök och att stödja föräldrarna att sätta gränser.

- *Det är viktigt att skraddarsy målen,* och att behålla motivationen genom att exempelvis sätta upp många små mål som är relativt lätta att uppnå. Undvik fixering vid vikten. Formulera istället positiva beteenden som delmål. Det kan vara att äta en viss mängd grönsaker och frukt, godis bara på lördagar, gå i trappor, cykla eller gå till skolan. Man bör även diskutera det långsiktiga målet med behandlingen – att barnet ska få en normal BMI-utveckling.
- *Belöna uppnådda mål, även de små, och särskilt tätt i början.* Om målen uppnås relativt lätt kan man glesa ut belöningarna och höja svårighetsgraden. Se det som en steg man ska uppför. Kanske kan man inte klättra hela tiden utan måste ibland ta ett steg ner och stanna där en tid.
- *Speciellt viktigt är att barnen får känna sig delaktiga i sin behandling.* Låt gärna det äldre barnet komma med egna idéer om aktiviteter och vilken belöningen ska bli när målet nås. Även om förslagen kan verka lite tokiga blir barnet mer motiverat och förstår bättre konsekvenserna av sitt beteende. Det är förstås bäst med en motionsaktivitet, men det mesta går att få rörelse till – man kan exempelvis gå eller cykla till och från biobesök.

För många kan en aktivitetsdagbok vara en hjälp. Där registrerar man det beteende man vill ändra. På detta sätt kan man också lättare utvärdera vad som fungerar bra, respektive mindre bra och ta upp detta till diskussion för att modifiera behandlingen. En dagbok kan till exempel vara i form av ett schema där man skriver upp vilka tankar och känslor man har och hur det känns i kroppen. Vad var roligt och vad var mindre roligt? I en dagbok kan man enkelt sätta upp mål och använda sig av dem i behandlingen för att visa på förändringar – även små sådana. På detta sätt peppas/motiveras individen till fortsatt förändring.

Konkreta råd

I dialog med barn och föräldrar kan man diskutera möjliga förändringar. Man kan utgå från råden som gäller för prevention, sid 8 och 10. Resonera med föräldrar och barn hur man på olika sätt kan påverka ”energiutgifter” och ”energiinkomster”. Om barn och föräldrar efterlyser hjälp kan man komma med konkreta förslag på aktivitetsmängd per dag.

- För äldre barn kan man exempelvis föreslå att mäta aktiviteten med stegräknare och successivt öka antalet steg.
- Friskis & Svettis, Friluftsförbundet, idrottsföreningar med flera erbjuder aktiviteter för barn från 2 år och uppåt, se sidan 19.

Diskutera olika sätt att minska energiintaget:

- Ta endast *en* portion mat med tallriksmodellen (se länkar sidan 19) som stöd.
- Om man tidigare ätit flera portioner kan man initialt övergå till att starta måltiden med grönsaker. Det ger volym åt maten och ökad mättnad. Därefter tar man en portion enligt tallriksmodellen.
- Vatten som måltidsdryck och törstsläckare.
- Lightläsk ger färre kalorier men bör ändå begränsas till någon gång i veckan.
- Undvik efterrätt på vardagarna.
- ”Fredagsmys” eller ”lördagsgodis” så att man lättare kan hålla koll på inte bara godis utan även chips, glass och kakor.

Uppföljning sker tätt i början, gärna varannan vecka, minst en gång i månaden. Därefter kan man glesa ut besöken till en gång varannan månad. Det är viktigt att barn och föräldrar blir sedda och får feedback på sitt ändrade beteende.

För att flytta fokus från våg till vardag behövs kanske inte vägning vid varje besök. Viktkontroller bör inte heller ske i hemmet. Vårdpersonal bör uppmuntra små förändringar i beteendet samt modifiera råden utifrån vad som skett under tiden mellan träffarna. Har ingen förändring skett så bör man uppmärksamma detta så snart som möjligt för att kunna jobba med motivation. Om barnet inte svarar på behandling, diskutera med barnet och föräldrarna vad som kan vara problemet. Det är svårt att bryta inlärd vanor, diskutera eventuellt kompistryck, har övriga familjen andra mat- och motionsvanor? Diskutera vilka livsmedel som finns hemma och föreslå att godis, läsk, kakor, chips och liknande inte bör finnas i hemmet. Frukt och grönsaker ska finnas tillgängliga.

Hur bemöter man omotiverade barn/ungdomar (och föräldrar)?

Om barnet ligger nära ISO-BMI 25 och det inte finns andra riskfaktorer kan man försöka bibehålla en dialog med familjen men i övrigt avvakta med åtgärder. Om barnet snabbt närmar sig ISO-BMI 30 bör man försöka intensifiera dialogen och få till en öppenhet för förändring.

När remittera till vårdnivå 2?

- Vid okomplicerad fetma² (över ISO-BMI 30) som har behandlats i minst 6 månader utan effekt.
- Vid övervikt/fetma och uttalade riskfaktorer³.
- Vid avplanad längdtillväxt, avvikande utveckling eller misstanke om endokrin störning ska utredning ske i samråd med barnläkare.

Vad ska remissen innehålla?

- Tillväxtkurvor inklusive sifferuppgifter från födelsen och framåt.
- Hereditet avseende riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom, typ 2-diabetes, blodfettrubbning och fetma.
- Föräldrarnas längd och vikt.
- Tidigare behandlingsinsatser och resultat.
- Status enligt mall, se sid 17.

Vårdnivå 2 – primärvård/barnläkare i öppen vård

Behandling av fetma

Metoden är densamma som inom barn- och elevhälsovård (sid. 11–14) men här sker även en noggrannare utredning av barnet. Följ upp vad som gjorts tidigare och ta en fördjupad anamnes avseende puberteten, psykosocial miljö och ätstörningar. Ofta är det motivationen som saknas och det är viktigt att försöka få hela familjen motiverad. Identifiera de huvudsakliga barriärerna för beteendeförändring. Ytterligare information om fetmabehandling och fetmasjukdomens betydelse för sjukdom på sikt är av värde. Remiss till dietist för noggrannare utredning av matvanor och kunskap om kost. Ett mer individuellt kostprogram kan då sättas samman. Varje patient bör få en individuell genomgång av motions- och aktivitetsvanor då dessa är väl så viktiga att förändra. Överväg remiss till sjukgymnast eller annan aktivitetsspecialist.

²Okomplicerad fetma = barn och föräldrar utan riskfaktorer.

³Riskfaktorer = förälder eller syskon med fetma, diabetes typ 2, högt blodtryck, tidig hjärtinfarkt och/eller höga blodfetter.

Provtagning

- Endokrin orsak: TSH, fritt T4.
- Komplikation till fetman: fasteglukos, fasteinsulin, HbA1c, ASAT, ALAT, triglycerider, kolesterol, HDL, LDL (normalvärden blodfetter se sid 18).

En av anledningarna till provtagning är att värdera olika riskfaktorer. Fasteinsulin är vanligen förhöjt vid fetma. Ibland kan man ha till exempel fasteinsulin som en feedback på om det har skett beteendeförändringar, framför allt avseende fysisk aktivitet.

Uppföljning sker lämpligen tätt i början. Därefter kan man successivt glesa ut besöken till en gång varannan månad om det fortsätter att gå åt rätt håll. Om patienten svarar på behandlingen kan barn- eller elevhälsovården ta över ansvaret för behandlingen.

Om behandlingen inte fungerar kan det behövas vidare remittering till vårdnivå 3. Vid remiss till högre vårdnivå är det viktigt för såväl patient som personal att bibehålla kontakt med remitterande nivå. Överväg kontakt med barnpsykiatrisk kompetens och/eller socialtjänst vid exempelvis nedstämdhet, neuropsykiatrisk problematik eller omsorgssvikt.

Gruppbehandling

Gruppbehandling kan vara ett bra alternativ för att optimera resurser och ge barn och familjer kunskap och färdigheter om kost och fysisk aktivitet. Även föräldragrupper inriktade på gränssättning kan vara av värde. Gruppens medlemmar kan ge varandra stöd och inspiration. Se sid 19 för exempel.

När remittera till vårdnivå 3?

- Barn med svår fetma (över ISO-BMI 35).
- Barn med komplikationer⁴ på grund av sin övervikt/fetma.

Vad ska remissen innehålla?

- Tillväxtkurvor inklusive sifferuppgifter från födelsen och framåt.
- Hereditet avseende riskfaktorer för hjärt- kärlsjukdom, typ 2-diabetes, blodfettrubbning och fetma.
- Föräldrarnas längd och vikt.
- Tidigare behandlingsinsatser och resultat.
- Utredningsresultat.
- Status enligt mall, se sid 17.

⁴Komplikationer = till exempel diabetes typ 2, högt blodtryck, leverpåverkan och/eller höga blodfetter.

Vårdnivå 3 – barnklinik med fetmateam/regioncentrum

Behandling av svår fetma

Även här är basen densamma som för vårdnivå 1 och 2, sid 11–14, men här sker ytterligare utredning. Här tas nya prover enligt ovan. Dessutom övervägs prolaktin, D-vitamin, urat, kreatinin, cystatin C, PCO-utredning, glukosbelastning, midjemått eller annan antropometrisk utredning, mätning av kroppssammansättning, arbetsprov och ultraljud lever/hjärta. Här kan också övervägas genetisk diagnostik för påvisande av syndrom (exempelvis Prader Willi) eller monogen fetma (exempelvis MC4R-mutation eller leptinavvikelser).

Behandling bör ges av ett team som arbetar med övervikt/fetma och har tillräckligt mycket tid avsatt för att kunna analysera problemen från många olika synvinklar. I detta team bör ingå läkare, sjuksköterska, dietist, psykolog, kurator och sjukgymnast. Hos teamet sker kontinuerliga återbesök, ofta i nära samarbete med vårdnivå 1 eller 2. Behandlingen utvärderas fortlöpande och man tar ställning till om avsedd effekt uppnåtts.

På denna nivå kan man överväga behandling med läkemedel, beteendeorienterad terapi, VLCD (very low calorie diet), utprovning av nya behandlingsformer och lägerverksamhet. I dagsläget utförs mycket sällan fetmakirurgi på ungdomar under 18 år.

När överväga remittera till vårdnivå 4?

- Barn med extrem fetma och komplikationer trots tidigare utredning och behandling på vårdnivå 1, 2 och 3.

Vårdnivå 4 – rikscentrum/regioncentrum

Här övervägs ytterligare utredning och screening för fetmaassocierade gendefekter. Fortsatt kontakt med hemlandstinget är nödvändig under behandling på vårdnivå 4.

Behandling som på vårdnivå 3 samt deltagande i studier för utprovning av nya behandlingsformer.

Mall för undersökning av barn med övervikt eller fetma

Längd, vikt, beräkning av BMI

Pricka in på tillväxtkurvan och värdera utvecklingen över tiden, från födelsen och framåt.

Allmäntillstånd

Fettfördelning?

Bukomfång?

Förekomst av acantosis nigricans?

Striae?

Kroppsbehåring (hirsutism)?

Gynecomasti?

Thyroidea

Munhåla och svalg

Översiktligt tandstatus (karies)? Överväg remiss till Tandvården.

Trånga förhållanden – snarkning? sömnapné?

Hjärta

Lungor

Blodtryck

Mätes sittande, höger överarm, medelvärde av tre mätningar, med rätt manschettstorlek som noteras tillsammans med blodtrycksvärdet.

(för normalvärden, se www.blf.net/nefrolog/dok/hypertoni_utr_beh.doc)

Buk

Leverförstoring?

Pubertetsstatus

Tannerstadier, tidig/sen pubertet, menarche, menstruationrubbnings, hypogonadism?

Normalvärden för blodfetter 2–19 år

(Efter Courtney J. Joliffe and Ian Janssen Circulation 2006;114:1056-1062)

	Normalt	Gränsvärde	Patologiskt
Total kolesterol (mmol/L)	< 4,40	4,40–5,15	≥ 5,18
LDL-kolesterol (mmol/L)	< 2,85	2,85–3,34	≥ 3,37
HDL-kolesterol (mmol/L)	> 1,66	1,55–0,91	< 0,91
Triglycerider (mmol/L)			
2–9 år	< 0,85	0,85–1,12	≥ 1,13
10–19 år	< 1,02	1,02–1,46	≥ 1,47

Mer information för patienter och personal

Aktivitet

www.friskissvettis.se

www.frilufts.se

www.gymnastik.se

www.rf.se

www.simforbundet.se

www.svenskidrott.se

www.fyss.se

Kost

www.slv.se

Livsmedelsverket

www.ica.se

Receptdatabas

www.coop.se

Receptdatabas

Gruppbehandling

Detta har prövats på många håll i behandling av barn och ungdomar med fetma.

Exempel på detta är Unni Bonnedal i Göteborg, Viktiga gruppen i Uppsala, SOFT-modellen i Skåne och Södertäljemodellen.

Övrigt

www.e-boris.se

BarnObesitasRegistret I Sverige

www.barnfetma.barnlakarforeningen.se

www.rikshandboken.se

Barnhälsovårdens nationella riktlinjer

www.socialstyrelsen.se

Sök på motiverande samtal och levnadsvanor barn

www.1177.se

Sök på övervikt hos barn

Litteratur

- Elisabeth Arborelius: Varför gör dom inte som vi säger?
Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor.
- William R. Miller och Stephen Rollnick: Motiverande samtal.
- Gunilla Lindeberg: Runda barn.
- Anna-Karin Lindroos, Stephan Rössner: Fetma, från gen- till samhällspåverkan.
- Ingela Melin: Obesitas – Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt baserad på beteendemodifikation och konventionell behandling.
- Paulina Nowicka, C-E Flodmark: Barnövervikt i praktiken.
- Sofia Trygg Lycke: Motiverande samtal och behandling vid övervikt och fetma: Vuxna, ungdomar och barn
- Martin Forster: Fem gånger mer kärlek