

# Vårdprogram för barn och ungdomar med övervikt eller fetma i Södra Sjukvårdsregionen

Fastställt den 2006-12-01

Revideras senast den 2008-12-31



Barnöverviktsenheten Region Skåne  
i samarbete med  
**NOBIS**  
Barn & ungdomssjukhuset i Lund och  
Kompetenscentrum för obesitas (KOB)



## **Innehåll**

|  |    |
|--|----|
| <b><u>Inledning och syfte</u></b>  | 3  |
| <b><u>Sammanfattning</u></b>   | 3  |
| <b><u>Introduktion</u></b>   | 4  |
| <b><u>Hereditet kräver livslång behandling</u></b>   | 4  |
| <b><u>Definition av övervikt och fetma</u></b>   | 5  |
| Fettmätning och fettfördelning   |    |
| <b><u>Medicinsk utredning</u></b>  | 6  |
| Rutinutredning   |    |
| Bedömning och åtgärder rörande lipidrubbingar  |    |
| Bedömning och åtgärder vid nedsatt glukostolerans  |    |
| <b><u>Remissflöde</u></b>  | 8  |
| Skola och barnhälsovård  |    |
| Vårdcentraler – barnmottagningar – barnkliniker  |    |
| Distriktscentra  |    |
| Regioncentrum  |    |
| Indikationer för högspecialiserad vård inom Södra Sjukvårdsregionen bedrivet vid Barnöverviktsenheten Region Skåne |    |
| <b><u>Behandling</u></b>   | 9  |
| Familjebehandling  |    |
| Andra behandlingsmodeller på barn  |    |
| Gruppbehandling  |    |
| Tidig behandling – när?  |    |
| Läkemedel och kirurgi  |    |
| <b><u>Psykologiska ätstörningar</u></b>  | 12 |
| <b><u>Sällsynta syndrom</u></b>  | 13 |
| <b><u>Kost</u></b>   | 13 |
| <b><u>Fysisk aktivitet</u></b>   | 14 |
| <b><u>Arenor för prevention</u></b>  | 16 |
| Barnhälsovård  |    |
| Förskola   |    |
| Skolans insatser   |    |
| Tandhälsovård  |    |
| <b><u>Faktarutor</u></b>   | 21 |
| Förslag på kosttips till patienten   |    |
| Tips om fysisk aktivitet   |    |
| Allmänna tips  |    |
| <b><u>Referenser</u></b>   | 24 |
| <b><u>Bilagor</u></b>  | 25 |
| Mottagningar för barn med fetma i Skåne och aktuella remisskriterier   |    |
| Barnöverviktsenheten Region Skåne, Malmö   |    |
| Överviktsmottagningen vid Barn och Ungdomssjukhuset i Lund   |    |
| Överviktsteamet, barnmottagningen Ystad lasarett   |    |
| Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, Lasarettet, Trelleborg  |    |
| Barnöverviktsteamet, Lasarettet i Landskrona   |    |
| Överviktsteamet på Barn- och Ungdomskliniken, Helsingborgs Lasarett  |    |
| Överviktsteamet vid Barn och Ungdomsmedicinska kliniken i Ängelholm  |    |

## Inledning och syfte

Barnöverviktsenheten är sedan hösten 2001 en regiongemensam Barnöverviktsenhet och tillika kunskapscentrum inom Region Skåne. Barnöverviktsenheten har i uppdrag från Region Skåne att:

- Ha ett regionalt utvecklings- och samordningsansvar i Region Skåne rörande övervikt hos barn genom att:
  - Informera och sprida kunskap om sjukdomen barnfetma och dess konsekvenser hos barn och ungdomar.
  - Upprätthålla en dialog med barnhälsovård, skolhälsovård och andra befintliga och framtida samarbetspartners
  - Föra ut en evidensbaserad behandlingsmodell. Detta vårdprogram bygger på medicinsk familjeterapi (Flodmark 2001)
- Behandla barn och ungdomar med betydande övervikt

Syftet med vårdprogrammet är att samordna behandling och medicinsk utredning av fetma hos barn och ungdomar i Södra Sjukvårdsregionen. Detta är således en del i Barnöverviktsenhetens uppdrag och görs i samarbete med Nätverk för Obesitas i Skåne (NOBIS) och Kompetenscentrum för obesitas (KOB) i Lund.

## Sammanfattning

Olika typer av psykoterapi har använts vid behandlingen av barnfetma. Det bästa vore att kombinera de effektivaste delarna till ett gemensamt behandlingspaket. De mest effektiva behandlingsprogrammen för barn såsom familjeterapi och kognitiv beteendeterapi fokuserar på livsstilsförändringar kombinerade med ett icke skuldbeläggande förhållningssätt.

Vidare är åldern en avgörande faktor vid valet av behandling. Väsentligt att notera är att målet för behandlingen bör vara viktstabilisering och inte viktnedgång. Barn är växande individer och ett stillastående i vikt innebär en relativ minskning av andelen fettväv.

Pedagogiska program utövade i grupp är bäst i förskoleåldern för att senare följas av mer individuell behandling i förpuberteten dvs. fram till 10-11 års ålder. Ursprungsfamiljen är då viktig framförallt till 16 års ålder då den unge vuxne börjar kunna fatta sina egna beslut och ta eget ansvar. Dock kan ursprungsfamiljen ge ett avgörande stöd fram till 25 års ålder då den unge vuxne kanske själv bildat familj. Troligen kan familjeterapi vara av värde även i vuxen ålder även om detta inte har studerats. Det är lättare att vidmakthålla livsstilsförändringar som initieras i barnåren än i vuxen ålder. De kontrollerade studier som finns stödjer denna hypotes.

Framsteg inom genetiken kan komma att hjälpa oss men basen i all behandling kommer under överskådlig tid att vara förändringar av kost och motion. Vi måste börja tro på vad patienterna berättar för oss och hjälpa dem att ändra livsstil.

## Introduktion

Fetma hos barn och ungdomar har ökat kraftigt de senaste åren i många länder och så även i Sverige. Enligt den senaste skolundersökningen av alla tioåringar i Malmö har vart fjärde barn övervikt och 6 % av alla barn har utvecklat fetma. Det innebär en trefaldig ökning av fetma på femton år. Liknande siffror finns det från andra undersökningar i Sverige.

Risken för att drabbas av komplikationer i form av diabetes i tonåren eller som ung vuxen ökar kraftigt. Idag är diabetes typ 2 ovanligt bland barn men kraftigt ökande i USA, framförallt i vissa grupper av befolkningen.

## Hereditet kräver livslång behandling

Många olika behandlingar av fetma har studerats; det kan vara enbart kost, enbart motion, kirurgi eller läkemedel. Ingen av dem har ensam visat sig ge tillräcklig effekt. I stället är man överens om att kombinationer krävs och att behandlingen måste vara långsiktig. Detta är nu mer självklart sedan den genetiska effekten blivit allmänt accepterad av fetmaforskare. Givetvis måste en sjukdom som så starkt påverkas av generna få en livslång behandling. Ett starkt genetiskt inflytande utesluter inte ett starkt miljöinflytande. Att se fetma som en allergi mot kalorier för de som har detta problem är tilltalande. Givetvis kan fetma utvecklas ändå men kräver ett kraftigt ökat matintag eller låg fysisk aktivitet – oftast en kombination.

Ett vanligt synsätt är att när de överviktiga gått ned i vikt kan de utan fortsatt hjälp klara sig framöver. Detta är en tydlig effekt av teorierna inom beteendeterapi där man ser fetma som ett inlärt felaktigt beteende som kan läras bort. När detta är gjort är problemet borta. Tyvärr har det visat sig att det inte är så enkelt. Generna spelar oss där vid lag ett spratt. Vid varje tillfälle man går upp i vikt efter ett bantningsförsök ökar mängden fettväv. Detta försvårar nästa försök till viktnedgång. Skulle nästa bantningsförsök vara mindre framgångsrikt ökar detta risken för en ännu kraftigare viktökning och en högre vikt än den man startade med innan försöket. Således är fetma närmast en progressiv sjukdom. Detta är bakgrunden till att långsamma livsstilsförändringar bör rekommenderas, då de håller lättare av rent biologiska skäl.

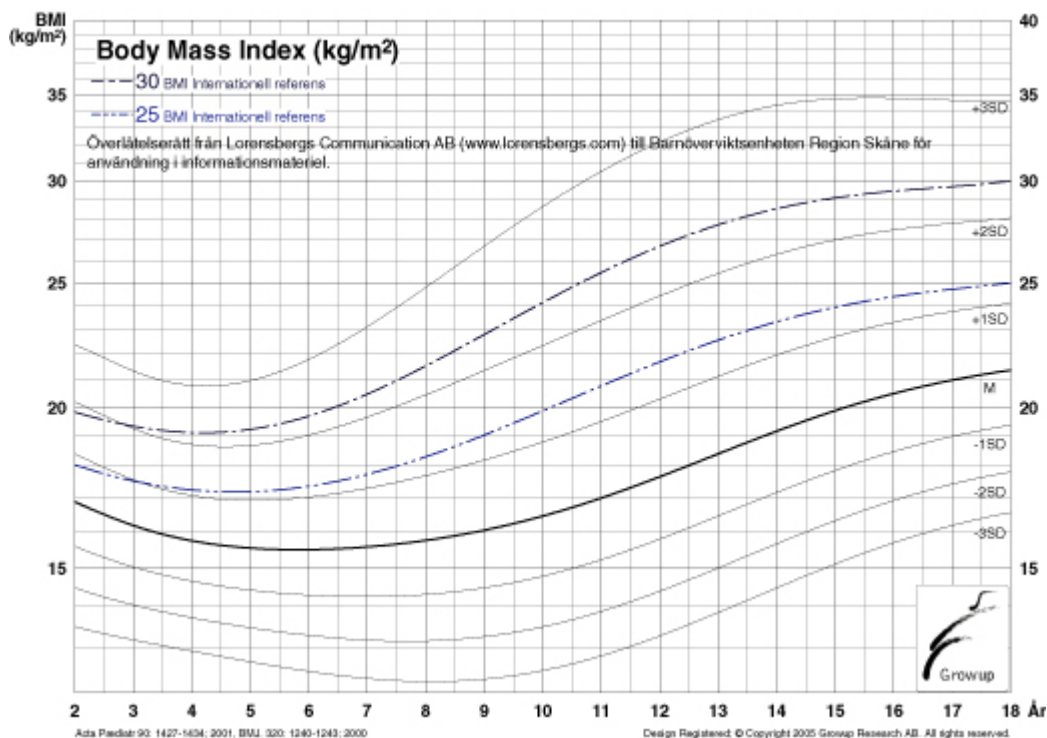
Ifall barnet har ärvt risken att utveckla fetma är det troligen inte tillräckligt att leva som normalviktiga gör – barnet måste leva hälsosammare än vad andra gör. Vår egen forskning har visat att man inte kan hjälpa någon om man själv tror att ens patient ljuger om sitt födointag medvetet eller omedvetet. Det är viktigt att ta vara på patientens berättelse. Genom en icke skuldbeläggande frågeteknik är det lättare att få fram den information som både behandlaren och familjen har nytta av.

## Definition av övervikt och fetma

BMI (Body Mass Index; vikten i kg delat med längden i meter i kvadrat) används för att i en stor befolkning kunna hitta de som har fetma eller övervikt. Fördelen är att mätningen är enkel och billig eftersom man endast behöver mäta vikt och längd. BMI är ett sätt att göra alla människor lika långa. På så sätt kan man lättare hitta de som har för mycket kroppsfett. BMI har olika gränser för barn och vuxna. För vuxna är gränsen för övervikt 25 och fetma 30.

För barn ligger gränsen för fetma vid iso-BMI 30 och övervikt vid iso-BMI 25. Denna gräns baseras på en internationell standard (Cole, Bellizzi et al. 2000),

**Fig 1** Den senaste BMI-kurvan för flickor, från 2 år.



## Fettmätning och fettfördelning

Vid en BIA (=Bioelectrical Impedance Assessment) mätning mäts kroppens impedans med elektroder på händer och fötter. Det finns numera även alltmer exakta mätare jämförbara med DEXA (se nedan) som möjliggör segmentell mätning, dvs ger en uppdelning på extremiteter och bål (Pietrobelli, Rubiano et al. 2004). Med hjälp av impedansen får man ett mått på vattenhalten i kroppen. Därefter kan man göra en uppskattning av mängden fettväv med hjälp av en formel. Metoden har precis som alla mått av kroppssammansättningar en osäkerhet. Den kan dock vara ett värdefullt tillägg för en erfaren fetmabehandlare. Metoden rekommenderas på alla enheter som behandlar barnfetma varje vecka. Den finns för närvarande tillgänglig på Regioncentret i Malmö. Där finns även en BodPod som mäter kroppssammansättningen med luftpletysmografi (Wells and Fuller 2001). Denna är för närvarande en referensmetod. Med DEXA (=Dual Energy X-ray Absorptiometry) mäter man med hjälp av röntgenstrålning främst hur mycket benmassa man har (Parker, Reilly et al. 2003). Indirekt kan man sedan räkna ut mängden fettväv i kroppen. Metoden har en osäkerhet eftersom man lätt hittar skillnader

mellan olika fabrikat och inställningar för undersökningen. Dock kan den precis som BIA vara ett hjälpmedel. En nackdel rörande barn är dock att man använder röntgenstrålning även om dosen är liten. Metoden rekommenderas främst för forskningsprojekt. Bilder tagna med magnetkamera (MRI=Magnetic Resonance Imaging) kan användas för att mäta det viscerala fett. Det är visat att bukomfång är ett gott mått på det viscerala fett (Brambilla, Bedogni et al. 2006). Samtidigt visade man att det subkutana fettet bäst uppskattas med BMI. Metoden rekommenderas endast för forskningsprojekt.

## **Medicinsk utredning**

### **Rutinutredning**

Barnfetma föreligger vid iso-BMI>30 (se nationella BMI-kurvor från Kommentus förlag).

Rutinprover fastevärden:

#### **Lipider:**

Kolesterol

HDL-kolesterol

LDL-kolesterol

TG

LDL/HDL kolesterol kvot

#### **Övrigt:**

ASAT

ALAT

GT

ALP

Bilirubin

Bilirubin konjug.

TSH

C-peptid

Insulin

Glukos

#### **Utvidgad utredning:**

Apo B

Apo A1



## Bedömning och åtgärder rörande lipidrubbnings (enhet mmol/l)

- Familjär Hyperkolesterolemi (FH)

LDL-kolesterol  $\geq 4,2$  (behandling) + prover på föräldrar

- Familjär kombinerad hyperlipidemi (FCH)

LDL-kolesterol  $\geq 3,4$  utökat lipidstatus på barn och föräldrar

-  HDL  TG HDL < 0,91 TG > 1,5 (>1,2 vid 2-9 års ålder)

Info per brev om livsstilsförändring (ökad fysisk aktivitet). Ingen ytterligare uppföljning

För lågt HDL (<0,91) krävs även att LDL/HDL kvoten  $\geq 3,0-4,0$

-  TG TG > 1,5 (>1,2 vid 2-9 års ålder)

Info per brev om livsstilsförändring. Ingen ytterligare uppföljning

Ref: (Courtney and Janssen 2006) Se: <http://circ.ahajournals.org>

## Bedömning och åtgärder vid nedsatt glukostolerans

### Peroral glukosbelastning

Dagvårdsprogram för modifierad peroral glukosbelastning med 0-värde och 120-minutersvärde för p-glukos, skrivs i de fall där:

Faste p-glukos  $\geq 5,5$  mmol/l

eller

Fasteinsulin  $\geq 25$  mIE/L och c-peptid  $\geq 1,3$  nmol/l om någon av nedanstående lipidrubbnings föreligger:

- FH
- FCH
- lågt HDL och högt TG
- högt TG

### Övrigt

Metforminbehandling kan initieras vid ökad glukosintolerans. Dessa patienter skall följas på diabetesmottagningen.

Acanthosis nigricansförändringar enbart, leder inte till p.o glukosbelastning.

Vid tecken på hyperandrogenism bör patienten ses på endokrinmottagningen.

## Remissflöde

### Skola och barnhälsovård

Remiss skrives av BVC-läkare eller sjuksköterska, skolläkare eller skolsköterska till närmsta barnmottagning/barnklinik. Till remissen skall bifogas barnets aktuella vikt- och längdkurvor samt vikt- och längduppgifter på föräldrarna. Uppgifter om skolform, till exempel särskola, krävs.

### Vårdcentraler - barnmottagningar – barnkliniker

Basal medicinsk utredning enligt bifogat PM. Grundläggande rådgivning och uppföljning. Uteslutande av endokrina sjukdomar.

### Distriktscentra

Tvärprofessionellt team bistår med evidensbaserad behandling.

### Regioncentrum

Tvärprofessionellt team bistår med evidensbaserad behandling för svårare fall. Genetisk screening. Ställningstagande till läkemedelsbehandling eller kirurgi. Metodutveckling och kvalitetssäkring.

### Indikationer för högspecialiserad vård inom Södra Sjukvårdsregionen bedrivet vid Barnöverviktsenheten Region Skåne

Gränserna nedan indikerar fetma med hög risk för allvarliga komplikationer, Vid samtidig förekomst av familjär hyperkolesterolemi och/eller hypertoni är risken hög för tidiga kardiovaskulära komplikationer. Bakgrunden är okänd i de flesta fall även om kända genetiska rubbningar finns i uppskattningsvis 5-10% av fallen. Behandling med läkemedel bör endast ske på centra som tar emot minst 100 nya fall per år. Bedömning inför kirurgi begränsas till centra som har minst 500 patienter inskrivna med pågående behandling.

| Ålder  | BMI   |
|--------|---|
| <7 år  | ≥25   |
| 7-8 år | ≥28   |
| 8-9    | ≥30   |
| 9-10   | ≥31   |
| 10-11  | ≥32   |
| 11-12  | ≥33   |
| 12-13  | ≥34   |
| 13-15  | ≥35   |
| >15 år | ≥40<br>eller<br>≥35 + familjär hyperkolesterolemi eller hypertoni (≥130/90) |

Vidare bör barn remitteras om de ligger över remissgränserna på [www.bravikt.info](http://www.bravikt.info) (något högre än isoBMI 30) när endera eller bägge föräldrarna har ett BMI $\geq$ 40.

## Behandling

### Familjebehandling

Familjen är basen för barnets psykologiska utveckling och en huvudfaktor för att avgöra barnets livskvalitet. Familjeterapi har använts för barn med beteendemässiga och känslomässiga problem men även för barn med kroniska sjukdomar.

Familjens betydelse har visats av flera. I en studie av Flodmark (1993) var behandlingen en kombination av strukturell familjeterapi och lösningsfokuserad korttidsterapi (Flodmark, Ohlsson et al. 1993). I en annan studie av Rudolf (2006) har det lösningsfokuserade arbetssättet förmedlats till personal utan vårdutbildning i barnets omgivning (Rudolf, Christie et al. 2006). Det som familjerna vanligen ville diskutera var svårigheterna att genomföra rekommenderade kost och motionsförändringar, inte själva rekommendationen i sig. Fokus lades på att hitta lösningar då det var väsentligt att lyssna på familjens svårigheter. Det fanns alltid en önskan hos familjerna att hjälpa sitt barn att stabilisera sin vikt. Ofta användes hemuppgifter till nästa samtal. Särskilt viktigt var barnets tankar och värderingar. Integreringen av familjeterapi inom somatiken kallas familjebehandling där somatiskt utbildad personal utbildas i familjeterapeutiska tekniker. På så sätt skapas bättre förutsättningar för ett professionellt samtal och möte med patienten. Då familjeterapi gavs anpassades de individuella råden till familjens behov. Detta förhållningssätt ligger i användandet av själva modellen och verkar leda till mer realistiskt genomförda program än som hittills prövats. Efter inflytande från beteendeterapi har fokus många gånger legat på vilka tekniker man skall använda i stället för att hitta ett övergripande koncept som håller på lång sikt.

Baserad på tidigare forskning utvecklade Barnöverviktsenheten Region Skåne en behandling, SOFT-modellen (Standardiserad Obesitas Familjeterapi), en vetenskapligt utvärderad modell som är bra för både övervikten och välbefinnandet (Nowicka and Flodmark 2004). Modellen bygger på lösningsfokuserad familjeterapi, där varje barn ses i ett större sammanhang. Barnets omgivning är mycket viktig för hur behandlingen fungerar och det är familjens och barnets egna resurser som leder fram till en förändring.

### Att tänka på vid familjebehandling

- Ge familjen en lågintensiv icke- ifrågasättande kontakt
- Identifiera familjens resurser och bekräfta dem
- Visa respekt för familjen och använd inte något verktyg som kan uppfattas som skuldbeläggande
- Bjud in för familjen viktiga individer
- Försök identifiera hela systemet som barnet lever i och relatera till dess kontext
- Acceptera individens definition av sitt problem
- Använd positiva omformuleringar
- Betona positiva lösningar

- Starta med enkla lösningar. Visa uppskattning
- Diskutera realistiska mål för viktkontrollen
- Informera om tiden som krävs för att på lång sikt uppnå målet
- Förmedla budskapet att kontrollera sin vikt kräver hårt arbete

### **Andra behandlingsmodeller på barn**

Beteendeterapi har använts på barn av Epstein i USA. Detta har visat både betydelsen av föräldrarnas medverkan och att effekten hos barn kan vara längre än hos vuxna. I hans undersökningar finns effekt även efter 10 år att jämföra med 2-3 år hos vuxna. (Epstein, Valoski et al. 1990) Vid studier av vuxenfetma krävs i regel fler samtal samtidigt som effekten är kortvarigare. Ingen effekt kunde visas ifall barnen inte sågs tillsammans med en förälder.

Caroline Braet i Belgien har visat att kognitiv beteendeterapi kan ha effekter hos barn (Braet and Van Winckel 2000). Insatserna är dock mera omfattande. Epstein använde ett samtal i veckan i åtta veckor följt av ett samtal i månaden i sex månader. Detta gör 14 samtal totalt. Braet använde sig av totalt 30 samtal. Kognitiv beteendeterapi har dock visat långtidsresultat i upp till fem år vilket stödjer Epsteins undersökning. Braet använde sig således av en manual för 12 sessioner med självinstruktioner, självobservationer, självutvärdering och självbelöningar. Man använde sig också av förebilder och hemläxor. Man betonade en hälsosam livsstil för att motverka risken för ätstörningar. Endast 9 % av barnen låg i riskzonen för att utveckla en ätstörning vilket var lägre än förväntat. Kognitiv beteendeterapi och beteendeterapi har visat långtidsresultat i upp till tio år vilket är längre än i vuxenstudier, där effekten försvinner efter två till tre år.

De program som utgår från olika psykologiska teorier såsom familjeterapi, beteendeterapi och kognitiv beteendeterapi har av naturliga skäl skillnader. Det finns dock stora likheter i form av gemensamma beteendestrategier, pedagogiska inslag, en måttlig kalorireduktion och fokus på att öka motivationen. Vidare är målet viktstabilisering hos växande barn, inte viktnedgång, vilket medför att man växer sig normalviktig. Skillnaderna ligger i betoningen av familjens och nätverkets betydelse i familjeterapiprogrammet jämfört med beteendeterapimodellerna.

### **Gruppbehandling**

Termen gruppbehandling innebär att man endast beskriver vem man träffar och ej själva metodiken. Detta kan leda till viss oklarhet beträffande vilken psykologisk metodik som används. Generellt stödjer inte forskningen att gruppbehandling är överlägsen individuell behandling. Grupper som är mer homogena t.ex. rörande kön, ålder och social bakgrund verkar vara mer tillgängliga för behandling.

Gruppbehandling är ofta något som föreslås när man skall behandla fetma eftersom det finns så många patienter att behandla. Detta är inte nödvändigt i sig för en kostnadseffektiv modell. En effektiv teambehandling med familjeterapeutisk och lösningsfokuserad korttidsterapi kan vara kostnadseffektiv (Nowicka and Flodmark 2005). Den psykologiska metodik som man använder vid gruppträffarna måste evidensbaseras för patientgruppen.

## **Tidig behandling – när?**

Tidig behandling är att föredra och flera studier pekar på att resultaten då blir bättre. Förr var det omdiskuterat att behandla så tidigt som i 10 års åldern. Fetma hos barn debuterar normalt mellan 5 och 10 års ålder. Ifall bägge föräldrarna har fetma är risken 15 gånger högre för barnet att bli överviktigt som vuxen och då är det motiverat med tidigare åtgärder även om barnets fetma inte är så uttalad. Har barnet fetma och är över 10 år är risken för fetma i vuxen ålder ökad 15 gånger oavsett om föräldrarna har fetma eller ej.

Under puberteten gör hormonomställningarna att övervikten blir mer svårbehandlad. Det är då bra om ett behandlingsprogram kommit igång tidigare. En tonåring skall ju också frigöra sig från sina föräldrar och det är då lämpligt om man redan innan dess hunnit diskutera och lägga upp ett bra program för sitt barn.

## **Läkemedel och kirurgi**

### **Läkemedel**

Farmakabehandling av barn i Sverige bör i dag enbart ske vid regionala enheter eller behandlingsverksamheter som har stor erfarenhet av olika former av behandling och som har stora patientvolymen (över 100 inskrivna patienter). Konsensus äger rum kring läkemedelsbehandling nationellt.

För barn med olika störningar och syndrom, exempelvis barn med ADHD, mental retardation, barn med Laurence Moon BardetBiedls syndrom och Prader Willi krävs det stora insatser för att nå ett bestående bra resultat med livsstilsförändringar. Detta gäller även för tonåringar med svår fetma och instabil psykosocial familjesituation. Läkemedelsbehandling kan därför för dessa patientgrupper vara ett tänkbart komplement.

För närvarande finns två läkemedel för fetmabehandling på den svenska marknaden, Reductil® och Xenical®. Inget av dem är godkänt för barn eller ungdomar.

Xenical®, orlistat, är en lipashämmare som hämmar upptaget av fett i tarmen så att vattentunna diarréer uppstår om man äter för mycket fett. Effekten är därför dubbel, dels får man ett minskat upptag av fett, dels avhåller sig många patienter från att äta mycket fett pga obehaget med diarréerna. Preparatet är godkänt för ungdomar från 12 års ålder i USA men ej i Europa sedan man visat en måttlig effekt.

Reductil®, sibutramin, är en ospecifik serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare som dämpar hunger och har en viss effekt på den basala energiförbrukningen.

Biverkningarna av Reductil® är främst muntorrhet, förstoppning och lindrig blodtrycksstegring. Blodtrycket bör noggrant följas, framförallt i början av behandlingen. Preparatet interagerar med andra serotoninåterupptagshämmare och man bör därför undvika behandling med Reductil® när patienter står på SSRI-preparat och centralstimulerande medel som exempelvis Concerta®. Detta begränsar möjligheten att använda preparatet för barn med exempelvis Prader Willis syndrom som inte sällan står på SSRI-preparat. Sammanfattningsvis har Reductil® en mycket bra effekt på enstaka patienter medan Reductil® endast har en måttlig effekt för stora delar av patienter med fetma. Trots några enstaka studier på barn är det inte någon godkänd indikation för barn och ungdomar varken i Europa eller i USA, varför man endast bör använda preparatet på speciella indikationer (t ex organisk hjärnskada) och i samråd med specialistklinik.

Ett tredje läkemedel, Rimonabant, är nyligen registrerat. Det verkar viacannabinoid-receptor 1 som blockeras så att aptiten dämpas med effekt kanske främst rörande suget efter sötsaker och kolhydrater. Hos vuxna har depression varit en inte ovanlig biverkan och innan det kan användas på barn krävs ytterligare erfarenheter.

### **Fetmakirurgi**

Fetmakirurgi är den behandlingsform som hos vuxna har den kraftfullaste effekten på både fetman, livskvaliteten och markörer för framtida sjuklighet men kan inte användas mer än för en begränsad grupp med BMI >40. Långtidseffekterna rörande överlevnad håller på att kartläggas. ”Gastric banding” ger minst ingrepp och kan förefalla mest attraktiv för barn dock är biverkningsfrekvensen hög t ex pga. kräkningar samtidigt som effekten kan begränsas av småätande. ”Gastric bypass” är ett betydligt större ingrepp och positiva effekter har rapporterats men endast i fall-rapporter. Detta innebär att fetmakirurgi för barn inte kan rekommenderas. För närvarande pågår en nationell studie där effekten av laparoskopisk gastric bypass ska studeras på ungdomar i åldern 13-18 år med svår fetma där annan behandling misslyckats. Först när denna undersökning utvärderats går det att avgöra om fetmakirurgi har en plats vid behandling av fetma i ungdomsåren.

Kirurgisk behandling är kontraindicerad vid störd aptitreglering t ex vid hjärnskador eller syndrom. Den viktiga frågan är hur ungdomar kan föreställa sig känslan att inte kunna äta så mycket man vill samtidigt som man kan ha en orealistisk syn på hur operationen kommer att lösa andra fetmarelaterade problem utan någon egen aktiv insats att förändra sitt beteende. Sannolikt kan nya läkemedel inom de närmsta åren ge tydligare effekter och i så fall kanske kirurgi blir en mindre nödvändig behandlingsform.

### **Psykologiska ätstörningar**

Fetma är en sjukdom som inte självklart är kopplad till någon psykologisk avvikelse. Många använder felaktigt termen ätstörning kopplat till fetma. Denna term bör endast användas enligt de kriterier som tillämpas inom psykiatrin när man ställer diagnosen ätstörning.

De ätstörningar som är beskrivna är bulimia nervosa och anorexia nervosa. Anorexia nervosa är inte kopplat till övervikt per definition. Det finns också en blandgrupp kallad Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS). Dessa diagnoser kommenteras inte vidare nedan.

Ett förslag på en ny psykologisk ätstörning är hetsättningsstörning ”binge eating disorder” (BED). Så som den ursprungligen definierades har den inte blivit accepterad som en stabil psykologisk ätstörning. Den kan ses som en mild form av bulimia nervosa dock utan kompensatoriska beteenden såsom frivilligt framkallade kräkningar. Vidare blir 80 % friska inom fem år. Det talar emot en psykologisk rubbning för alla som idag uppfyller kriterierna för BED.

Bulimia nervosa kan vara förenat med normal vikt pga. de kompensatoriska beteendena. Man räknar inte med denna sjukdom förrän i 15-16 års ålder. Tidigare undersökningar har använt dåligt kontrollerade formulär när det gäller att diagnostisera ätstörningar. Detta har lett till att man överskattat psykologiska ätstörningar vid fetma. Man trodde att 20-50 % av dem som sökte till en obesitasklinik hade sådana problem. Nya

undersökningar med korrekt metod visar att det rör sig om ca 7 %. Studier på yngre barn med specialgjorda tester visar att frekvensen ligger i samma storleksordning.

Det är också viktigt att veta att ätstörningar inte ökar efter behandling mot fetma. Oron gällde främst en förmodad risk att utveckla anorexia nervosa. Detta har tidigare använts som argument mot att behandla barnfetma överhuvudtaget. Notabelt är att medan övervikt drabbar mer än 20 % av våra barn drabbas endast 0,3 % av anorexia nervosa. Det är således minst lika angeläget att behandla fetma hos barn som psykologiska ätstörningar.

Ätstörningar hos tonåringar kräver givetvis behandling inom barn- och ungdomspsykiatri. Dessa fall är sällsynta men eftersom effektiv behandling finns bör man vara uppmärksam på diagnosen. Detta är ett skäl till varför behandling hos t ex Viktväktarna ej kan rekommenderas till barn.

## Sällsynta syndrom

Slutligen, vid syndrom som Prader-Willi där det även ingår ett förståndshandikapp är behandlingen svårare. I många fall är familjeterapi användbar men extra stöd i hemsituationen är nödvändigt. Om detta ej är möjligt kan dagvårdsprogram krävas.

## Kost

Hos barn är det känt att en kost som följer allmänna nationella kostrekommendationer i allmänhet och begränsas till 1500 kcal med 30 energiprocent fett under puberteten är en kost som sannolikt inte påverkar vare sig pubertetsutvecklingen eller längdtillväxten nämnvärt. Därför bör denna energinivå rekommenderas. Det finns inte något stöd i forskningen för att en sammansättning av kosten som avviker från den rekommenderade skulle göra det lättare att stabilisera sin vikt på lång sikt. Detta gäller omtalade dieter som lanserade av Atkins, Montignac m fl. Det finns inte tillräckliga evidens för att kosten med lågt glykemiskt index ger en bättre viktkontroll hos barn. Således bör barn med fetma följa de Svenska näringsrekommendationerna med fokus på en välbalanserad och varierad kost (Livsmedelsverket 2005). Den riktiga utmaningen för vårdgivare ligger i hur dessa rekommendationer anpassas och förmedlas i behandlingssituationen, speciellt när det gäller områden som lightprodukter, läskedrycker, sötsaker och snabbmat.

Till en början bör en bedömning av det aktuella nutritionsintaget och matvanorna genomföras. Bedömningen bör inkludera barnets aktuella måltidsmönster (frukost, lunch, middag och alla mål där emellan), uppskattning av portionsstorleken, livsmedelsval (lätt- och lightprodukter, nyckelhålmärkta produkter), intag av grönsaker och frukt, intag av sällanmat (eller med andra ord utrymmesmat, dvs. sötsaker, chips, godis m.m.) samt dryckesvanor.

Kostrådgivning skall anpassas till varje familjs behov och möjligheter för bästa behandlingseffekt. Den viktigaste principen är att ta hänsyn till patientens individuella matvanor för att hitta vägen till barnets eget matprogram (Nowicka 2005). Varje barn har sina speciella förutsättningar och möjligheter att åstadkomma en förändring och förbättring, och därför är ett individuellt kostprogram ett effektivare sätt än ett generellt program i form av detaljerade listor.

”Man kan äta allt, men inte alltid” är en bra regel och begreppen ”vardagsmat” och ”sällanmat” är användbara i behandlingen. Att diskutera med barnen vilken mat som hör till vardagen och vad vi äter vid festliga tillfällen är värdefullt. Av vikt är även att komma överens inom familjen hur ofta man ska ha fest. Förr i tiden var läskedrycker något som serverades vid speciella tillfällen. De senaste undersökningarna har visat att barn dricker läskedryck flera gånger i veckan (Enghardt Barbieri, Pearson et al. 2006) Liknande förändringar har skett när det gäller godis och chips. Samtidigt är det viktigt att behålla en sund balans mellan ofta och sällan; följaktligen mellan vardagsmat och sällanmat.

Barnens konsumtion av läskedrycker har ökat under de senare åren. Denna ökning av energiintaget hos barn kan i så fall delvis förklara ökningen av barnfetma. Många forskare har larmat att läskedrycker spelar en mycket viktig roll i utvecklingen av övervikt och att minskning av konsumtionen bör rekommenderas. Dessutom ersätter läskedrycker andra drycker som vatten eller mjölk, en viktig kalciumkälla. Lightdrycker kan ersätta läskedrycker men bör inte vara en ersättning för vatten som skall vara förstahandsalternativet.

Pulverkost rekommenderas inte generellt för individer under 18 års ålder. Ofta är argument för användande att om man snabbt går ned i vikt i början har det så stora positiva effekter att resterande behandling blir lättare. Detta motsägs dock av hittillsvarande forskning där man t.ex. inte får ett bättre långtidsresultat av beteendeterapi om man går ned kraftigare i början med hjälp av näringspulver (VLCD) (Wadden, Sternberg et al. 1989). Man använder begreppet very low calorie diet (VLCD) om pulverkosten som används innehåller under 800 kcal/dygn och Low calorie diet (LCD) om kaloritalet ligger mellan 800-1600kcal/dygn.

VLCD används ofta på vuxna men även på barn främst i USA. Effekterna hos vuxna är inte imponerande ens när man kombinerar dem med beteendeterapi. Sådan terapi ger ingen ytterligare viktneidgång mer än de första ett till två åren. Därefter upphör skillnaden. Troligen ligger kroppens motreglerande system bakom det faktum att effekterna är övergående. Det verkar inte vara möjligt för en vuxen att gå ned mer än 10-15 % av sin ursprungsvikt. När det gäller barn och pulverkost saknas godtagbara långtidseffekter när man tar hänsyn till effekt, risk för näringsbrister och följsamhet. Pulverkost kan inte rekommenderas i allmän behandling utan detta bör endast ske i forskningsprojekt.

Sammanfattningsvis är det bästa rådet att man kan äta en normalt sammansatt kost men med ett måttligt lägre antal kalorier. Olika typer av kosttillskott, näringspreparat eller extrema kosten saknar evidens för att kunna rekommenderas. Detta gäller i synnerhet barn där det kan finnas en risk att man påverkar barnets normala både fysiska och psykiska utveckling.

## **Fysisk aktivitet**

När det gäller yngre barn är lek den mest naturliga motionen. Barn är maximalt aktiva upp till skolstart ifall de inte hindras av sociala omständigheter såsom att föräldrarna inte vågar låta barnen leka ute pga. områdets otrygghet eller trafikproblem. Ett annat hinder är givetvis någon kronisk sjukdom som påverkar prestationsförmågan. Ett vanligt

exempel är astma där man måste se till att denna är välbehandlad så att den inte hindrar barnets spontana behov av rörelse.

Ålder och kön har också betydelse för motionsvanor. Pojkar är mer aktiva än flickor, i alla åldersgrupper. Flickor i alla åldrar är mindre involverade i aktiviteter av hög intensitet. Dessutom blir barn mindre aktiva med stigande ålder. Detta gäller huvudsakligen pojkar. Speciellt är det aktiviteter med hög intensitet som minskar.

Tv-tittande har många gånger blivit identifierat som en stor riskfaktor på grund av dess dämpande effekter på barnets fysiska aktivitet. Tv-tittande har en negativ hälsoeffekt inte bara genom att det ersätter fysisk aktivitet och minskar ämnesomsättningen i vila utan också genom ett ökat kaloriintag som kan orsakas av tv-reklam för energirik mat. En begränsning av barnens totala mediatid till som mest två timmar per dag är att rekommendera (Krebs and Jacobson 2003). Två timmar framför tv:n varje dag blir ändå fjorton timmar i veckan vilket motsvarar nästan två arbetsdagar. Datoranvändning gör dessutom att den totala skärmtiden ökar, speciellt kopplat till så kallade nätspel.

Barn och ungdomar bör vara fysiskt aktiva minst 60 minuter per dag. Intensiteten bör vara måttlig till hög och ge lätt andfäddhet samtidigt som aktiviteten kan delas upp på flera korta perioder - tre eller fler tillfällen av aktivitet per dag. Nordiska Näringsrekommendationerna betonar att aktiviteterna bör vara så varierade som möjligt för att skapa optimala förutsättningar till att utveckla den fysiska förmågan, såsom kondition muskelstyrka, vighet, snabbhet, rörlighet, reaktionstid och koordination (Nordic Council of Ministers 2005). Aktiviteterna bör präglas av lek och rörelseglädje (Statens Folkhälsoinstitut 2003).

Fettförbrännande motion är låg- till måttligt intensiv och behöver endast ge en lätt andfäddhet. Exempel på bra aktiviteter är att cykla, promenera eller simma. Således behöver man inte någon speciell träningslokal för att göra detta. Då man önskar en optimal fettförbränning är idealet en aktivitet som varar länge och är utan avbrott, gärna minst 45 minuter. Intensiteten skall vara låg- till måttlig eftersom kroppen byter förbränningssystem när belastningen blir för hård och då bränner man förhållandevis mindre fett.

Vilken fysisk aktivitet är då att rekommendera? Det är viktigt att betona att både vardagsaktiviteter och motion är lika viktiga. Att promenera tre km extra varje dag ger en viktnedgång på 5 kg efter 6 månader. Ett annat alternativ är att cykla till skolan. En ändring av livsstilen som har effekt varje dag ger på lång sikt tydliga skillnader i viktutvecklingen.

Skolgymnastiken är ett bra tillfälle där barn får röra på sig regelbundet och prova på olika sporter och aktiviteter. För de barn som inte är aktiva i någon idrottsförening kan skolgymnastiktimmen vara den enda formen av högintensiv fysisk aktivitet i deras vardag. Skolgymnastiken bör ge utrymme för barn med olika rörelseförmåga.

Målet med viktprogrammet vad gäller fysisk aktivitet är att barnet inspireras till en aktiv livsstil, inte bara under själva programmet, utan flera år framöver, helst resten av livet. Därför är ett strukturerat motionsprogram inte den bästa lösningen för att förbereda unga människor för motion och aktivitet som till naturen är ostrukturerad i vuxenlivet. I stället är det viktigt att redan tidigt uppmärksamma alla möjligheter till rörelse och aktivitet, den så kallade vardagsmotionen, både innan skolan, under skoltiden, på fritiden samt på helger och lov (Nowicka and Flodmark 2006).

## Arenor för prevention

För att kunna motverka den snabba ökningen av barnfetma krävs insatser från många olika instanser. Nedan beskrivs hur man kan arbeta hos olika aktörer.

### Barnhälsovård

Ett av barnhälsovårdens mål är att förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn. BHV i Skåne har i linje med detta initierat ett utvecklingsarbete med syfte att grundlägga en hälsosam livsstil i barndomen. Vår målsättning är att erbjuda en tydlig struktur i hälsosamtal grundat på evidensbaserad kunskap.

### Grunda sunda vanor – Prevention av övervikt och fetma i barnhälsovården Skåne

Ett av barnhälsovårdens mål är att förebygga fysisk och psykisk ohälsa hos barn. BHV i Skåne har i linje med detta initierat ett utvecklingsarbete med syfte att grundlägga en hälsosam livsstil i barndomen. Vår målsättning är att erbjuda en tydlig struktur i hälsosamtal grundat på evidensbaserad kunskap.

**Målgrupp:** Alla barn i åldersgruppen 0-6 år i Skåne, dvs. cirka 77 000 barn med familjer.

**Mål:** Att minska förekomsten av övervikt och hindra uppkomsten av fetma bland barn i Skåne genom att:

- Under hela förskoleåldern stimulera och ge stöd till familjer att utveckla goda mat- och rörelsevanor.
- Identifiera riskgrupper för övervikt och fetma och initiera åtgärder.

### Vårdnivå BHV:

- Grundlägga goda vanor för alla barn.
- Identifiera barn i riskzonen för fetma och ge dessa familjer ökat stöd.
- I vissa fall ta initiativ till behandling.

### Förhållningssätt:

Motivera, utgå från familjens behov och förutsättningar.

Förmedla delaktighet och ansvar.

Undvika att skuldbelägga barn och föräldrar.

### Vid vilken ålder bör prevention respektive insatser påbörjas?

- Preventiva insatser som att uppmärksamma föräldrar på vikten av goda kostvanor och fysisk aktivitet bör vara grundläggande under hela förskoleperioden.
- Samtal om livsstil och hälsa bör ske vid varje ordinarie hälsobesök.
- Strukturerat hälsosamtal med hälsoprofil utföres vid 2½-3 års ålder.
- Barnets BMI registreras vid 4 års ålder.

**Före 4 års ålder:** Vanligen ingen diagnos eller åtgärd. Samma råd till alla föräldrar.

**4-6 års ålder :** Uppmärksamma barn med fetma. Särskild rådgivning till föräldrarna. Läkarkontakt.

### Kvalitetskriterier:

- Alla familjer ska erbjudas hälsosamtal/hälsoprofil vid 2½-3 års ålder.

- 95 % av alla BHV journaler ska innehålla uppgifter om barnets BMI vid 4 års ålder.

*Utvecklingsenheterna för BHV Region Skåne 2006-03-29.*

## **Förskola**

Inga behandlingsåtgärder bör vidtas före fyra års ålder om ärftlighet saknas. Istället ges förebyggande råd om kost och rörelse vid samtal inom barnhälsovården eller i förskolans miljö. Mellan fyra och tio år ligger fokus på prevention i förskolan eller i skolan. Skolsköterskan eller barnhälsovårdssjuksköterskan får ge grundläggande råd. Ifall någon av föräldrarna har fetma (BMI>30) bör dock familjen få medicinsk familjeterapi. Risken är då stor hos barnet för fortsatt övervikt i vuxen ålder.

I förskolan kan pedagogiska metoder användas för barn i grupp. I dessa åldrar lär sig barnen många olika färdigheter och att lägga till en hälsosam livsstil rörande kost och motion kan vara till nytta. Barn i denna ålder är vana vid att lära sig nya kunskaper i grupp och tar gärna efter vuxna som fungerar som modeller. Måltiden blir ett pedagogiskt instrument. Det är viktigt att också utnyttja utemiljön. Vid preventiva åtgärder behöver inte de överviktiga barnen känna sig utpekade. Utifrån ett folkhälsoperspektiv kan man motivera att alla barn får del av betydelsen av bra mat och fysisk aktivitet.

## **Skolans insatser**

Skolan är en viktig bas för behandling. Skolsköterskorna i Sverige har stora möjligheter att bedriva hälsoarbete. Hälsofrämjande skola och hälsosamtal är en god utgångspunkt för att motverka och starta tidiga interventioner när det gäller barnfetma.

Vi rekommenderar en screening i skolan rörande fetma senast i årskurs fyra (10-11 år). I denna ålder har all fetma debuterat. Barn med övervikt (BMI 25-26) får grundläggande råd medan barn med ett BMI över 26 inremitteras för familjeterapibehandling. Detta gäller även de överviktiga barnen ifall de har förhöjt LDL-kolesterol eller förhöjt blodtryck. Forskningsprojekt pågår, rörande fetma i fyra- till femårsåldern, för att utvärdera effekterna av screening med åtföljande åtgärder. Vid vägning och mätning enligt basprogrammet är det också bra att vara uppmärksam på om barnet/ungdomen hastigt ökar i vikt och byter kanal trots att längden ligger kvar i sin tidigare kanal.

En viktig samarbetspartner är skolrestaurangerna. I Malmö skolrestauranger har en speciell skolkost för överviktiga som omfattar en lunch på 450 kcal (mot normalt 600-625 kcal) inklusive ett knäckebröd och ett glas lättmjölk. Detta motsvarar en lämplig lunch vid dagsintag på 1500 kcal vilket är rekommendationen. Fetthalten är 30 energiprocent (obs ej viktprocent som ofta anges på livsmedel och underskattar mängden fett). Barnen får sin mat lagad i 10 produktionskök efter noggrann kaloriberäkning och sedan transporterad till över 80 skolor i Malmö. Barnet får på så sätt sin egen portion upplagd och kan då lättare vänja sig vid en rimlig portionsstorlek. Skulle skolrestaurangpersonalen se att barnet tar extra rapporterar de till skolsköterskan eller till föräldrarna. Sådana händelser kan sedan diskuteras hemma eller vid våra familjesamtal så att föräldrarna får hjälp med en rimlig gränssättning. Ett vanligt fel är att man ger för lite mat om man inte serverar en kaloriberäknad kost. Risken blir då att barnen överäter när de kommer hem från skolan.

Skolkafeterior serverar sällan nyttiga alternativ. Det är då viktigt att det ges bättre ekonomiska villkor så att detta kan erbjudas. Även om det finns en godiskiosk utanför skolans område bör skolan värna om sin roll som en god förebild.

För att kunna ge utrymme för barn med olika rörelseförmåga är det viktigt att anpassa utbudet i skolgymnastiken. Andra viktiga insatser är att uppmuntra barnen till rörelse även under skoltid och på rasterna. Exempel på detta kan vara hälsopromenader, simundervisning och en lekbefrämjande skolgård. Bunkefloprojektet i Malmö är ett försök att integrera skolans insatser med samhället i övrigt.

Särskilda insatser krävs vid andra samtidiga handikapp t.ex. Prader Willis syndrom (se faktaruta "Behandlingsrekommendation för barn och ungdomar med fetma"). Resursen finns oftast redan men ibland saknas nödvändig kunskap om hur man skall hantera fetma, i synnerhet om den kombineras med en annan sällsynt sjukdom.

### **Ett exempel från skolhälsovården:**

#### **Malmö kommun**

En skolmiljö som stimulerar goda mat- och motionsvanor skapas av elever, skolpersonal och skolledning tillsammans. Skolans generella primärprevention av övervikt och fetma innefattar bra mat och matsalsmiljöer, tillräckligt med tid för att äta och en timmes samlad rörelse under skoldagen. En bra utemiljö på skolorna stimulerar till lek och rörelse. Skolhälsovården verkar för att "kioskmat", läsk och godis inte ska förekomma på skolan.

Via föräldrautbildning och i de individuella hälsosamtalen betonas föräldrarnas möjlighet att påverka till goda mat- och motionsvanor.

Skolhälsovården uppmärksammar elevernas tillväxt och utveckling genom regelbundet åter-kommande mätningar av längd, vikt och BMI från förskoleklass till och med gymnasiet.

Hälsosamtalet, ett i varje stadium, innefattar samtal omkring relationer, kost- och motions-vanor, fritidsintressen, TV-Video-Dataspel och deltagande i skolgymnastik. Riskfaktorer för utveckling av övervikt och fetma som ärftlighet och sociala förhållanden uppmärksammas.

Kontakten med skolhälsovården är långsiktig, under hela skoltiden. Om ett försök till beteendepåverkan påbörjas erbjuds eleven återkommande uppföljning och stöd. Målsättningen vid behandling av övervikt är att med små steg åstadkomma förändringar på lång sikt. Elever som uppfyller remisskriterierna för fetma erbjuds remiss till Barnöverviktsenheten Region Skåne. Intyg till Malmö skolrestauranger för specialkost kan skrivas av skolläkare.

En sammanställning av samtliga skolelevers BMI i samband med hälsobesöket i ÅK 4 utförs en gång per år och redovisas i Malmö stads välfärdsbokslut.

*Stefan Kling, skolläkare Malmö kommun*

## **Ett exempel på samverkan:**

### **Svedala kommun**

I ett samverkansprojekt mellan Region Skåne och Svedala kommun har det utarbetats arbetsmetoder för primär och sekundär prevention mot övervikt hos barn. Aktörer är barnhälsovård, skolhälsovård, förskola och skola. Det har även under projektet utarbetats en handlingsplan för barn med övervikt/fetma i Svedala kommun.

### **BVC i Svedala**

Medverkan av dietist finns nu i samtliga föräldragrupper när barnen är 8 månader. Samtal förs därefter kring kost- och rörelsevanor vid de ordinarie besöken när barnen är 2½, 4 och 5 år.

Barn med övervikt/fetma identifieras och familjen erbjuds individuell hjälp med upprepade samtal om kost- och rörelseförändringar. Målsättningen är att familjen arbetar med små förändringar i taget. I samband med detta erbjuds ett läkarbesök till de barn som har fetma.

Möjlighet finns att starta mamma-viktgrupper. Syftet är dels individuell hjälp till mammorna, dels påverka vanor/livsstil till hela familjen.

### **Förskolan**

Förskolan satsar på rörelseaktivitet för alla barn. Man har även sett över kosten så att den är mer näringsriktig.

### **Skolhälsovården**

Skolhälsovården erbjuder hälsosamtal i förskoleklass med förälder och i åk 4 och 7 endast med eleven. Där diskuteras bl. a. livsstilsfrågor som omfattar kost- och motionsvanor.

De elever som har övervikt/fetma erbjuds tillsammans med vårdnadshavare upprepade samtal med kost- och motionsråd. Vi arbetar efter de principer som Barnöverviktsenheten Region Skåne rekommenderar med att stabilisera BMI och detta gör vi efter lösningsfokuserad modell. Läkarbesök erbjuds till de barn som uppnår gränsen för fetma. På de elever som uppfyller remisskriterier, skickas dessutom en remiss till Barnmottagningen i Trelleborg eller Barnöverviktsenheten i Malmö.

På samtliga elever i Svedala kommun i åk 4 och 7, sammanställs BMI-värdet och lagras i en databas. Detta med början år 2006.

### **Skolan**

Under skoldagen finns ett ökat fokus och medvetenhet på rörelse i förskoleklass – åk 5.

Skollunchens energiinnehåll följer livsmedelsverkets rekommendationer för en genomsnittslunch under en vecka. Detta förutsätter att eleverna äter en normalportion lagad mat, en portion grönsaker (100g) 2 dl lättmjölk samt 2 knäckebröd med lättmargarin.

Tidigare har eleverna ätit mindre grönsaker än rekommendationen. För att förbättra detta har en grönsaksbuffé införts. Utbudet av grönsaker har utökats och tillgänglighet och uppläggning förbättrats. Detta har fått till följd att grönsakskonsumtionen mer än fördubblats.

**Kontaktpersoner:**

Gunilla Nilsson, BVC Svedala tel.040-55 66 13, [gunilla.nilsson@skane.se](mailto:gunilla.nilsson@skane.se)  
Karin Schiller Skolsköterska tel.040-55 75 30, [karin.schiller@svedala.se](mailto:karin.schiller@svedala.se)

**Tandhälsovården**

För barn med förändrade kost och/eller dryckesvanor är det viktigt att uppmärksamma och ta ställning till om skador på barnets tänder uppstått. Vid frekvent ätande, konsumtion av läskedrycker och juicer faller munnens pH värde snabbt till under den kritiska gräns som innebär att tändernas mineraler löses upp. Detta leder till syraattacker på tänderna.

I första hand angrips de ytor på tänderna som inte kan inspekteras med blotta ögat. I en till synes hel och ren mun kan därför omfattande tandskador finnas dolda. Det är lämpligt att konsultera med barnets ordinarie tandläkare för en professionell bedömning av risken för tandskador. Barnet och föräldrarna bör dessutom erbjudas saklig information om hur mat- och dryckesvanor hänger ihop med tandproblem. Information, helst skriftlig, om hur tänder kan stärkas och skyddas bör alltid lämnas till barnet och dess föräldrar (Jensen 1999; Marshall, Broffitt et al. 2005; Palmer 2005).

## Faktarutor

### Behandlingsrekommendation för barn- och ungdomar med fetma

| Typ av fetma  | Rekommenderad behandling  | Nästa steg   |
|---|---|--|
| A. Barnfetma 4-10 års ålder                                     | Pedagogiska metoder i förskolan och i skolan. Råd om kost och motion kan ges i grupp.                                   | Familjeterapi<br>Kognitiv beteendeterapi   |
| B. Ungdomsfetma 10-18 år  | Övervikt behandlas i skolhälsovården<br>Fetma behandlas inom sjukvården med familjeterapi eller kognitiv beteendeterapi | Svår fetma behandlas med familjeterapi och socialt stöd via nätverksträffar Läkemedel och kirurgi endast vid specialiserade centra |
| C. Ätstörningar hos ungdomar med fetma över 15 års ålder        | Barn- och ungdomspsykiatri  |  |
| D. Syndrom med förståndshandikapp (t ex Prader Willis syndrome) | Familjeterapi<br>Stöd i hemmet socialt och pedagogiskt  | Dagvårdsprogram<br>Sluten sjukvård med miljöterapi   |

## Förslag på kosttips till patienten

- Ät regelbundet: frukost, lunch och middag varje dag samt mellanmål.
- Ät endast *en* portion.
- Energiintag på ca. 1500 kcal/dag är lagom.
- Följ tallriksmodellen, även när du äter spagetti och köttfärssås.
- Man ska inte bli mätt av ett mellanmål, men mindre hungrig.
- Frukt är det bästa mellanmålet.
- Ät grönsaker till varje måltid.
- Välj nyckelhålmärkta livsmedel
- Är du törstig: drick vatten.
- Byt från standard- och mellanmjölk till lättmjölk.
- Högst tre glas lättmjölk om dagen är lagom.
- Begränsa drycker med tillsatt socker som juice, saft, chokladdryck och läsk, till högst ett glas om dagen. Lightdrycker är ett alternativ till dessa drycker.
- Använd lättmargarin.
- Vid matlagning använd flytande margarin i stället för olja.
- Allt kan ätas men inte alltid, alltså begränsa sällanmaten (dvs. godis, chips, kakor, glass, pizza, hamburgare och korv) till en gång i veckan och till fest.
- Tre frukter om dagen är lagom.
- Om du inte äter skollunch försök att äta något annat i stället, helst en smörgås och en frukt.
- Byt godis och chips mot popcorn. Kaloriinnehållet per 100 gram är lika stort men det är svårare att överäta popcorn.
- Gör inte många förändringar i maten på en gång. Välj den lättaste förändringen först, låt det bli en vana innan du lägger till nästa förändring.

## Tips om fysisk aktivitet

- Aktiviteterna bör präglas av lek och rörelseglädje.
- Minst 60 minuter varje dag av rörelse rekommenderas för barn.
- Begränsa tid framför en skärm (dator och tv) till högst två timmar per dag.
- Man ska vara aktiv så att man blir åtminstone lätt andfådd.
- Det är viktigt att sätta upp realistiska mål när det kommer till aktivitetsnivå, så att den nya livsstilen blir en naturlig del av vardagen.
- Klubbidrott är ett bra komplement till vardagsaktiviteter.
- Man behöver inte äta mer efter ett hårt träningspass. I stället ökas förbränning under flera timmar efteråt. Den bästa fettförbrännande motionen är den som endast gör att man blir lätt andfådd t.ex. när du cyklar, simmar eller promenerar.
- Vardagsmotion, som cykling och promenader till och från skolan är mycket effektiv. Att gå 4 km extra varje dag innebär -1 kg fettväv i månaden!
- Det är viktigt att alltid komplettera kostreduktion med motion. I annat fall riskerar man att minska muskelmassan. Det är mycket hälsosamt att byta fett mot muskler även om vikten inte går ned lika mycket!

## Allmänna tips

- Ge inte upp! Många barn blir av med sin övervikt, i synnerhet yngre barn och om det inte finns i släkten.
- Den naturliga viktupplevelsen i puberteten kan inge en känsla av att det är hopplöst. Fortsatt kamp lönar sig dock på några års sikt!
- Familjeterapi hjälper under barnåren och är en hjälp till självhjälp.
- Om du undrar om ditt barn är överviktigt vänd dig till barnhälsovården eller skolhälsovården.
- Se till att ditt barn fortsätter vara fysiskt aktivt även efter 7 till 10-års ålder och låt gärna barnet prova olika aktiviteter. Vid kraftig övervikt är cykling, promenader och simning speciellt bra motionsformer.
- Skydda ditt barns tänder genom regelbundna kontroller hos en tandläkare.

## Referenser

- Braet, C. and M. Van Winckel (2000). "Long-term follow-up of a cognitive behavioral treatment program for obese childr." Behavior Therapy **31**: 55-74.
- Brambilla, P., G. Bedogni, et al. (2006). "Crossvalidation of anthropometry against magnetic resonance imaging for the assessment of visceral and subcutaneous adipose tissue in children." Int J Obes (Lond) **30**(1): 23-30.
- Cole, T. J., M. C. Bellizzi, et al. (2000). "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey." Bmj **320**(7244): 1240-3.
- Courtney, J. J. and I. Janssen (2006). "Distribution of Lipoproteins by Age and Gender in Adolescents." Circulation **28**.
- Enghardt Barbieri, H., M. Pearson, et al. (2006). Riksmaten 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Livsmedelsverket.
- Epstein, L. H., A. Valoski, et al. (1990). "Ten-year follow-up of behavioral, family-based treatment for obese children." Jama **264**(19): 2519-2523.
- Flodmark, C. E. (2001). "Famijeterapi tillämplig även i somatiska vården. Studieöversikt över medicinsk orienterad famijeterapi [Family therapy appropriate even in somatic care. Study review of medically oriented family therapy]." Läkartidningen **98**(1-2): 30-4.
- Flodmark, C. E., T. Ohlsson, et al. (1993). "Prevention of progression to severe obesity in a group of obese schoolchildren treated with family therapy." Pediatrics **91**(5): 880-4.
- Jensen, M. E. (1999). "Diet and dental caries." Dent Clin North Am **43**(4): 615-33.
- Krebs, N. F. and M. S. Jacobson (2003). "Prevention of pediatric overweight and obesity." Pediatrics **112**(2): 424-30.
- Livsmedelsverket (2005). "Svenska näringsrekommendationer."
- Marshall, T. A., B. Broffitt, et al. (2005). "The role of meal, snack, and daily total food and beverage exposures on caries experience in young children." J Public Health Dent **65**(3): 166-73.
- Nowicka, P. (2005). "Dietitians and exercise professionals in a childhood obesity treatment team." Acta Paediatr **94**(Supplement 448): 23-29.
- Nowicka, P. and C. E. Flodmark (2004). "Obesity treatment reduces BMI, increases lean body mass and improves quality of life." Int J Obes **28**(Supplement 1): S193.
- Nowicka, P. and C. E. Flodmark (2005). "Family Weight Programme - an intervention that stabilized BMI in obese adolescents with family therapy in group meetings." Obesity Research **13**(A205): 788-P.
- Nowicka, P. and C. E. Flodmark (2006). Barnövervikt i praktiken. Lund, Studentlitteratur.
- Palmer, C. A. (2005). "Dental caries and obesity in children: different problems, related causes." Quintessence Int **36**(6): 457-61.
- Parker, L., J. J. Reilly, et al. (2003). "Validity of six field and laboratory methods for measurement of body composition in boys." Obes Res **11**(7): 852-8.
- Pietrobelli, A., F. Rubiano, et al. (2004). "New bioimpedance analysis system: improved phenotyping with whole-body analysis." Eur J Clin Nutr **58**(11): 1479-84.
- Rudolf, M. C. J., D. Christie, et al. (2006). "Watch it: a community based programme for obese children and adolescents." Arch Dis Child.
- Wadden, T. A., J. A. Sternberg, et al. (1989). "Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective." Int J Obes Relat Metab Disord **2**: 39-46.
- Wells, J. C. and N. J. Fuller (2001). "Precision of measurement and body size in whole-body air-displacement plethysmography." Int J Obes Relat Metab Disord **25**(8): 1161-7.

## **Bilagor:**

### **Mottagningar för barn med fetma i Skåne och aktuella remisskriterier**

#### Barnöverviktsenheten Region Skåne, Malmö

##### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

Barnöverviktsenheten är sedan hösten 2001 en regiongemensam Barnöverviktsenhet och tillika kunskapscentrum inom Region Skåne. Barnöverviktsenheten har i uppdrag från Region Skåne att:

- Ha ett regionalt utvecklings- och samordningsansvar i Region Skåne rörande övervikt hos barn genom att:
  - Informera och sprida kunskap om sjukdomen barnfetma och dess konsekvenser hos barn och ungdomar.
  - Upprätthålla en dialog med barnhälsovård, skolhälsovård och andra befintliga och framtida samarbetspartners
  - Föra ut en evidensbaserad behandlingsmodell. Detta vårdprogram bygger på medicinsk familjeterapi (Flodmark 2001)
- Behandla barn och ungdomar med betydande övervikt

Barnöverviktsenheten Region Skåne använder sig av en arbetsmetod som bygger på familjeterapi och tar fasta på barnets och familjens egna resurser. Metoden är lösningsfokuserad, det betyder att den fokuserar på att hitta lösningar i stället för att lägga vikt vid problemen. Vi som arbetar med modellen representerar flera olika yrkesgrupper (barnläkare, barnsjuksköterska, dietist, idrottsvetare och psykolog). Vid första besöket träffar patienten hela teamet, för medicinsk utredning och individuell målsättning. Återbesök sker sedan i olika konstellationer utifrån familjens behov.

Metoden har utvärderats vetenskapligt på Barn- och ungdomscentrum i Malmö med start 1986. Modellen har visat goda resultat för både vikten och välbefinnandet hos barn och ungdomar med övervikt och fetma.

##### **Remisskriterier:**

Remisskriterier finns på Barnöverviktsenhetens hemsida, [www.bravikt.info](http://www.bravikt.info)

##### **Kontakt:**

Barnöverviktsenheten Region Skåne, UMAS, Ing. 108, plan 2, 205 02 Malmö  
Tel: 040-338300 (mån.- fre. 10-11)

## Överviktsmottagningen vid Barn och Ungdomssjukhuset i Lund

### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

Överviktsmottagningen har sedan hösten 2005 haft en ökande verksamhet. Arbetsmetoden bygger på familjeterapi och tar fasta på barnets och familjens egna resurser. Metoden är lösningsfokuserad, det betyder att den fokuserar på att hitta lösningar i stället för att enbart lägga vikt vid problemen.

Vi som arbetar med modellen representerar flera olika yrkesgrupper (barnläkare, barnsjuksköterska, dietist, idrottsledare och psykolog). Under sista året har överviktsmottagningen i Lund haft 465 besök.

Forskningsverksamhet bedrivs kontinuerligt.

**Remisskriterier:** Lund har samma remisskriterier som Malmö; hemsida, [www.bravikt.info](http://www.bravikt.info)

### **Kontakt:**

Barn och Ungdomssjukhuset Lund 046/171000 Mott 046/178018

## Överviktsteamet, barnmottagningen Ystad lasarett

### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

Överviktsteamet får remisser från skolhälsovården, barnhälsovården och en del självremisser. Vidare fås remisser från barn- och ungdomshabiliteringen. Uppagningsområde är Ystad, Sjöbo och Skurups kommuner, dessutom även Tomelilla och Simrishamns kommuner. Enligt Folkhälsoinstitutets 2004-2005 års uppdatering av "Övervikt bland barn", visade siffrorna för Ystadeleverna i årskurs 4 att 17,5 % hade övervikt och 7,7 % hade fetma.

Överviktsmottagning sker varannan måndag. Utöver denna mottagningsdag har undersköterskan motivationsbesök 2-3 dagar per vecka, och även läkarbesök och individuella dietistbesök sker under annan tidsbeställd mottagning.

Vid det första bedömningsamtalet medverkar läkare och undersköterska. Här går vi igenom hereditet, tidigare sjukdomar, sociala faktorer, fysisk aktivitet och inaktivitet, matvanor, inställning till överviktsproblematiken och dessutom en somatisk undersökning. I vissa fall, men inte längre rutinmässigt kompletterar vi med blodprovstagning, t ex thyroideastatus. Vi erbjuder ett individuellt dietistsamtal, inför detta skall en mat- och aktivitetsdagbok fyllas i för 3 eller 4 dagar. Dagboken med instruktion om ifyllande lämnas i samband med första bedömningsamtalet. Efter dietistbesök erbjuds fortsatta motivationsbesök hos undersköterskan med 3-4 veckors mellanrum, i vissa fall 4-6 veckors mellanrum. Förutom att prata om framgångar och motgångar, kollas även längd, vikt och blodtryck.

Vi erbjuder gruppaktiviteter, vilket innebär "pröva på aktiviteter" tillsammans med två instruktörer från Friskis&Svettis 1 gång per vecka. Vidare ingår 6 eftermiddagsträffar på ett år där dietisten jobbar med matutställningar enligt specifika teman, samt vi har motivationsövningar och motionsteman. Föräldrarna är med sista halvtimmen för en genomgång vad ungdomarna fått lära sig. Vidare ingår 4 föräldrträffar på ett år. De som inte väljer gruppaktiviteterna, eller ej faller inom rätt åldersgrupp eller har funktionshandikapp som ej möjliggör deltagande, erbjuds matradsgrupp för barn och

föräldrar. På matrådsgruppen går matutställningar som vi hade i samband med gruppträffarna igenom. De minsta barnen har en egen matrådsgrupp. Ungdomar med svåra gränssättningsproblem, som har svårt att hantera hunger och sug, erbjuds Reductilbehandling. Ungdomar med insulinresistens och högt blodtryck erbjuds Metformin i samråd med barnendokrinolog. Tonåringar med grav fetma erbjuds VLCD i form av Modifast. Behandlingen påbörjas ineliggande, där även motionsaktiviteter ingår. Sedan har vi en tät kontakt (1 ggr/vecka) där även blodprovstagning ingår.

#### **Remisskriterier:**

Remisskriterier är iso-BMI för fetma enligt Cole-index, eller iso-BMI för övervikt om genetiska riskfaktorer såsom typ 2 diabetes eller tidig hjärtkärl sjukdom.

**Kontakt: Anki Petersen, usk; tel 0411-75170**

Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, Lasarettet, Trelleborg

#### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

Huvudansvarig för verksamheten är barnsjuksköterska Titti Strand (med fortbildning inom barnfetmaområdet och handledning från Barnöverviktsenheten och f d öl Nils Falk) tillsammans med öl Eva Edlund. Patientbesöken delas mellan samtliga barnläkare.

Behandlingsmetoden är inspirerad av den sk SOFT-modellen.

Första besök hos barnläkare. Genomgång av hereditet för fetma och övriga riskfaktorer som hjärtkärlsjukdom, typ II diabetes, högt blodtryck, rökning mm. Bedömning av kost och motionsvanor, livsstil och attityder. Somatiskt status m längd, vikt, pubertet, blodtryck och bukomsfång. I regel fastebloodprover: P-glukos, kol, HDL, TG, TSH, fritt T4. Förklaring att övervikten endast kan bättras genom livsstilsförändringar med en förbättrad balans mellan tillförd och förbrukad energi och att vi kan hjälpa familjen med detta.

Uppföljning av sjuksköterska. Gles kontakt under lång tid med mycket lågt bortfall.

Noggrannare kostgenomgång och hjälp att stegvis genomföra lämpliga livsstilsförändringar. Fokusering på positiva faktorer. Hjälpmedel: stencilmaterial och Barnöverviktsenhetens broschyr. Möjlighet att remittera till Barnfysioteket.

För närvarande finns ej möjlighet till team-arbete, men vi hoppas kunna engagera dietist, sjukgymnast och kurator i verksamheten.

Under 2005 genomfördes 16 ny- och 42 återbesök hos läkare och 68 besök hos sjuksköterska med övervikt/fetma som huvuddiagnos. Första halvåret 2006 genomfördes 5/16 läkarbesök och 35 sjuksköterskebesök. Under denna tid har vi dock haft vakanser på såväl läkar- som sköterskesidan, men hoppas nu kunna minska väntetiderna.

#### **Remisskriterier:**

Boende i Svedala, Trelleborg och Vellinge kommuner 4 – 18 år

Vid autoremiss isoBMI >30 eller föräldraBMI >30 + isoBMI >25

Vid remiss från vårdcentral/skola/BVC kan även barn med mindre uttalad övervikt tas emot.

Remisser skall innehålla tillväxtkurvor och gärna redogöra för redan prövade åtgärder.

#### **Kontakt:**

Titti Strand, barnsjuksköterska

Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, Lasarettet, 231 85 TRELLEBORG

0410/55215

[titti.strand@skane.se](mailto:titti.strand@skane.se)

## Barnöverviktsteamet, Lasarettet i Landskrona

### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

Arbetsmetoden innebär att hela familjen involveras i livsstilsförändringen, att familjen fås att utnyttja sina egna resurser och på så sätt hitta vägar för dem att förändra sin livsstil på ett sätt som kan få dem att lyckas långsiktigt.

Remiss inkommer från annan instans eller egen remiss, och bedöms av barnläkare. Ett inledande besök sker hos barnläkare med medicinsk undersökning, tagning av vikt, längd, BMI och bukomfång, blodprovstagning samt planering av fortsatt behandling. Barnläkare håller i den medicinska uppföljningen. Vidare besök och samtal sker på mottagningen.

Barnsjuksköterska håller i regelbundna motiverande, stödjande och informerande samtal samt vikt- och längd- och BMIkontroller. Dietist medverkar vid ovanstående besök vid behov, alternativt håller enskilda samtal med familjen. Idrottsledare från Korpen håller i fysiska aktiviteter en dag i veckan för de barn som önskar. Barnsjuksköterska och dietist anordnar gruppinformation till barn och föräldrar. Besöksfrekvensen avgörs främst av familjens behov, likväl som uppföljningsperioden.

### **Remisskriterier:**

Remisskriterier är under framtagande. I nuläget tas alla remisser emot.

### **Kontakt:**

Barnöverviktsteamet, Barnmottagningen, Lasarettet i Landskrona, Box 541, 261 24 Landskrona

Kontaktpersoner: Catarina Barth och Lovisa Telborn

För patienter: 0418 – 45 44 30 (mån-fre kl 9-12)

För medarbetare i Region Skåne: 0418 – 45 44 43

## Överviktsteamet på Barn- och Ungdomskliniken, Helsingborgs Lasarett

Överviktsteamet har funnits sedan 2000 med utformat måldokument sedan hösten 2001.

### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod:**

I teamet arbetar flera av klinikens läkare, en dietist, två sjuksköterskor, två sjukgymnaster, en kurator, och vi har också tillgång till klinikens psykolog samt BUP, där två sjuksköterskor jobbar särskilt med denna barngrupp. Medlemmarna i teamet har gått på utbildning på Barnöverviktsenheten i Malmö, och några har även varit på utbildning på Huddinge Sjukhus hos Claude Marcus. De flesta har gått en utbildning i KBT på Ungdomsmottagningen Blå Kamelen i Helsingborg.

Överläkare Christina Lindgren är processansvarig och kontaktperson för teamet, tel. 042-101909.

Vid första besöket träffar familjen en av läkarna, som gör en medicinsk bedömning. Vi tittar särskilt efter acanthosis nigrans, mäter blodtryck, vikt, längd, BMI, midjemått. Blodprover tas fastande, men inte i direkt anslutning till första besöket. Vi kontrollerar fB-glukos, HBA1c, Kolesterol, HDL, LDL, triglycerider, T4, TSH, samt ibland efter läkarordination även Alat.

Vid första besöket bestäms i samråd med föräldrarna hur den kommande behandlingen ska se ut. Dietisten och sjuksköterskorna har var för sig så kallade viktskolor, där information

ges till en grupp barn vid ett tillfälle, och efter denna information har barnen och föräldrarna möjlighet att boka enskilda besök hos respektive vårdgivare. De kan också välja att hoppa över gruppinformationerna och ha enbart enskild konsultation. Sjukgymnasterna gör konditionstest och ger tips om motionsaktiviteter. Någon gruppaktivitet typ bassängträning finns inte längre.

Behandlingstiden är enligt våra rekommendationer minst tre år.

Enstaka äldre ungdomar har behandlats med läkemedel, men vi är mycket restriktiva med detta.

Vi delar ut enkla skriftliga råd och broschyren från Barnöverviktsenheten i Malmö till alla nya patienter.

Vi utbildar oss kontinuerligt och försöker följa de senaste rönen inom fetmaforskningen. Vi har kontakt ut mot skolor och motionsverksamheter som Friskis och Svettis och Korpen. Just nu har vi ett projekt för förskolebarn, som ökat mycket i vikt.

Våra mål är att öka livskvaliteten hos barnen och att åstadkomma en relativ minskning av BMI.

#### **Remisskriterier:**

Barnfetma enligt Cole 's iso - BMI eller vikten + 3 SD över längd. Man kan komma via remiss från annan vårdgivare eller med egenremiss. Vi tar emot barn i alla åldrar. Vi får ca 100 remisser årligen.

#### **Kontaktperson:**

Christina Lindgren tel 0740-355550, 042-101909 eller 042-101960.

Mailadress: [christina.y.lindgren@skane.se](mailto:christina.y.lindgren@skane.se)

#### **Överviktsteamet vid Barn och Ungdomsmedicinska kliniken i Ängelholm**

#### **Verksamhetsbeskrivning/arbetsmetod**

Verksamheten för överviktiga barn och ungdomar har funnits vid Ängelholms barnklinik sedan 2003. I teamet ingår läkare, sjuksköterska, dietist, sjukgymnast, kurator och psykolog och vid behov ingår även specialpedagog.

Barnen bedöms av teamets läkare efter remiss från barnhälsovård, skolhälsovård eller efter egenremiss.

Grundat på familjens intresse och motivation till ett fortsatt överviktsarbete kallas familjen och barnet till ett första besök. Vid det första besöket kommer barnet fastande en förmiddag för provtagning. Under denna förmiddag får barnet och familjen träffa alla teamets medlemmar, därefter lägger man tillsammans upp en individuell behandlingsplan. I behandlingsplanen finns en överenskommelse om vilken kontakt med de olika teammedlemmarna familjen ska ha. Alla patienter träffar hela teamet 1 gång om året.

Teamsamordnare är sjuksköterskan och hon har en regelbunden kontakt med alla barn och ungdomar för samtal och vägning utifrån behov och önskemål.

Kliniken har en badgrupp för de minsta barnen tillsammans med sjukgymnast och specialpedagog. Möjlighet att delta i cykelgrupp finns om behov eller önskemål framkommer. Vi har motionscyklar till utlåning för att komma igång med fysisk aktivitet. Vi har en kontaktperson på Friskis och Svettis i Ängelholm för att slussa motiverade ungdomar vidare till denna verksamhet.

Eftersom vi har en specialpedagog i teamet har vi också, om det framkommer stora skolproblem, i vissa speciella fall möjlighet att låta denna vara en förmedlande länk till skolan.

### **Remisskriterier**

Hittills har vi tagit emot alla remisser, det vill säga såväl övervikt som fetma, för en första bedömning. I behandlingsarbetet ingår enbart patienter med fetma.

### **Kontaktperson**

Lena Karlsson  
Barn och Ungdomsmedicinska kliniken  
Ängelholms Sjukhus  
262 81 Ängelholm  
telefon 0431-81343