

**Vårdprogram för behandling av
obesitas hos barn och ungdomar,
BUM**

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	3
2	DEFINITION AV ÖVERVIKT OCH OBESITAS	3
3	ORSAKER	3
4	REMISSKRITERIER	4
4.1	Innan remiss till barnobesitasteamet ska detta göras:.....	4
4.2	Remisshantering.....	4
5	TEAMET	5
5.1	Sjuksköterska	5
5.2	Dietist.....	5
5.3	Läkare.....	5
5.4	Socionom	5
5.5	Fysioterapeut.....	5
5.6	Sekreterare	5
5.7	Arbetsterapeut	5
6	ANAMNES.....	6
6.1	Familjens erfarenheter, förhoppningar och farhågor	6
6.2	Ärftlighet.....	6
6.3	Graviditet, förlossning och nyföddhetsperiod.....	6
6.4	Psykosocialt.....	6
6.5	Levnadsvanor	6
6.6	Samsjuklighet och komplikationer kopplade till obesitas	7
7	LÄKARBEDÖMNING	8
7.1	Bedöm tillväxtmönster	8
7.2	Status.....	8
7.3	Provtagning.....	8
7.4	Komplikationer	9
8	VILKEN BEHANDLING GES INOM TEAMET	9
8.1	Behandlingsstöd	9
8.2	Målsättning	9
9	ÖVERFÖRING TILL ANNAN VÅRDNIVÅ/AVSLUT	10
10	BILAGA	10
11	DIAGNOSKODER.....	10



1 Inledning

Detta vårdprogram vänder sig i första hand till medarbetare på område barn- och ungdomsmedicin, för övriga områden kan man nedan finna remisskriterier.

Obesitas är en komplex, kronisk sjukdom. Förekomsten av obesitas hos barn har ökat i hela världen och i Sverige har ca 5–10 % av alla barn denna sjukdom. Det är viktigt med tidig diagnos och tydlig samverkan i vårdkedjan mellan Mödrahälsovård, Barnhälsovård, Elevhälsan, Barn och ungdomshabilitering, Barn och ungdomspsykiatri, Primärvård och Barn- och ungdomsmedicin.

Teamet fungerar som ett kompetenscentrum för barnobesitas i Region Jämtland Härjedalen.

2 Definition av övervikt och obesitas

BMI speglar en individs vikt i förhållande till längd enligt formeln $BMI = \text{vikt i kilo} / \text{längd i meter}^2$. Gränsen för övervikt hos vuxna är BMI 25 och obesitas BMI 30 och detta speglar ökad risk för följsjukdomar.

Barns BMI varierar med ålder. Därför kan inte samma gränsvärden för övervikt och obesitas användas för dem som för vuxna. International Obesity Task Force (IOTF) har beräknat gränsvärden med hänsyn till ålder och kön från 2 års ålder. ISO BMI >25 motsvarar övervikt och ISO BMI > 30 motsvarar obesitas hos barn. Svår obesitas definieras som ISO BMI > 35 och mycket svår som ISO BMI > 40

Diagnosen obesitas hos barn baseras på BMI för ålder och kön. För att göra en korrekt bedömning behövs både barnets tillväxkurva och ISO BMI klassificering. I RJH finns detta i tillväxtkurvan i COSMIC, välj mapp utökade, välj kurva BMI (IOTF).

3 Orsaker

Sjukdomen är en kombination av genetiska förutsättningar och levnadsvanor där intaget av kalorier överstiger behovet. Sjukdomsutveckling har också tydliga samband med socioekonomiska faktorer och psykosocial stress, tex våldsutsatthet, sexuella övergrepp, problematisk skolsituation. Det finns också en samvariation mellan barn med obesitas och barn med neuropsykiatriska diagnoser.



4 Remisskriterier

Barn med isoBMI > 30 inklusive någon av nedanstående kriterier:

- Misstanke om en bakomliggande sjukdom, avplanande längdtillväxt, eller avvikande provsvar
- Förekomst av komplikationer till obesitas (t.ex. diabetes, hypertoni, leversteatos)
- Utebliven vikande trend i viktutvecklingen trots behandlande insatser i primärvård, BUP eller BUH

4.1 Innan remiss till barnobesitasteamet ska detta göras:

- Initial utredning/anamnes
- Blodprover på barn från 9 år.
 - HbA1c
 - fP-glc
 - Leverstatus
 - TSH
 - T4
 - D-vitamin
- Status inklusive BT
- Föräldralängder
- Aktuell vikt och längd
- Diagnossättning

4.2 Remisshantering

- Vårdbegäran till BUM angående obesitas omriktas till obesitasteamet som gör gemensam bedömning enligt riktlinjerna ovan. Komplettera med vikt-längduppgifter från skolhälsovården vid behov.
- Patienter som har tät kontakt på BUM av andra orsaker där obesitas uppmärksammas ska erbjudas återbesök för initial utredning och diagnossättning hos ordinarie läkare. Om patienten uppfyller remisskriterier skickas messenger till BUM Obesitas FBL.



5 Teamet

Alla patienter som kommer till barnobesitas mottagningen träffar dietist och sjuksköterska.

5.1 Sjuksköterska

- Stödsamtal
- Vikt, längd och BT
- Planering av provtagning,
- Uppstart och uppföljning läkemedelsbehandling

5.2 Dietist

- Identifiera förändringar i matvanor så att energiintaget leder till att graden av obesitas minskar.
- Stödsamtal

5.3 Läkare

- Ansvarar för uppföljning av prover
- Somatisk undersökning
- Uppföljning komplikationer
- Läkemedelsbehandling
- Omvårdnadsbidrag till försäkringskassan
- Bedömma inkommande remisser
- Remiss för obesitaskirurgi vb

5.4 Socionom

- Stödsamtal för patient och/eller vårdnadshavare
- Psykosocial kartläggning
- Kontakt mot skola
- Kartläggning gällande vårdnivå för psykisk ohälsa

5.5 Fysioterapeut

- Kopplas in om man faller ut på frågan om fysisk begränsning eller rörelsevanor.
- Kopplas in vid läkemedelsstart

5.6 Sekreterare

- Ansvarig för att registrera i kvalitetsregister BORIS

5.7 Arbetsterapeut

- Kopplas in vid behov av aktivitets- balans och kognitionsbedömning



6 Anamnes

Stor del av anamnesen bör ha inhämtats av inremitterande. Obesitasteamet hjälps sedan åt att samla kompletterande uppgifter enligt nedan.

6.1 Familjens erfarenheter, förhoppningar och farhågor

- Tidigare vårdkontakter.
- Tidigare obesitasbehandling – upplevelser och erfarenheter.
- Syn på obesitas och behandling – samsyn mellan familj och vården.
- Förväntningar och önskemål.

6.2 Ärftlighet

- Ärftlighet för obesitas. Föräldrarnas aktuella BMI. Obesitas hos andra familjemedlemmar och nära släkt. Erfarenheter av behandling.
- Ärftlighet för följsjukdomar till obesitas. Uppmärksamma hjärtinfarkt hos kvinnliga släktingar <65 års ålder och manliga < 55 år. Hereditet för stroke, hypertoni, typ 2-diabetes, höga blodfetter och kolesterol.
- Andra sjukdomar av betydelse i familjen. Ätstörningar, hormonella rubbningar, neuropsykiatriska diagnoser eller psykisk sjukdom.
- Föräldralängder.

6.3 Gravitet, förlossning och nyföddhetsperiod

- Gravitet. Gravitetsdiabetes hos moder. Lätt- eller tung för tiden.
- Amning. Hur länge, helt eller delvis?
- Psykomotorisk utveckling.

6.4 Psykosocialt

- Familjesituation, förskola, skola, kamratrelationer, fritidsintressen, födelseland.
- Biologiska föräldrarnas ursprung.
- Livskvalitet; - använd screeninginstrument PedsQL™ (www.e-boris.se).
- Mobbing, hot, våld eller annan kränkande särbehandling.
- Psykisk ohälsa inklusive symtom på ätstörning.
- Kontakt med socialtjänst eller elevhälsovården psykosociala team.
- Alkohol, narkotika och tobak.

6.5 Levnadsvanor

- Matvanor: måltidsordning, livsmedelsval, antal portioner, val av dryck.
- Mättnadskänsla, hunger och sug.
- Selektivt ätande.
- Fysisk aktivitet och stillasittande.
- Sömn

6.6 Samsjuklighet och komplikationer kopplade till obesitas

- Tidigare och nuvarande sjukdomar, läkemedel.
- Funktionsnedsättning, neuropsykiatriska diagnoser eller utredningar.
- Sömn. Rutiner, dygnsrytm, dagtrötthet, snarkningar eller sömnapnéer.
- Menstruationsrubbningar.
- Fysiska komplikationer. Led- eller muskelpåverkan.



7 Läkarbedömning

7.1 Bedöm tillväxtmönster

- Typiskt för obesitas hos barn är att vikten drar iväg redan i 2-4 års ålder.
- Vid all fetma hos barn förväntas god längdtillväxt "fetman driver längden" var extra uppmärksam vid avplanad längdtillväxt (diffdiagnoser: Cushing, celiaki, sköldkörtelsjukdom). I slutet av puberteten är det särskilt svårt att bedöma längdtillväxt för ungdomar med fetma då de i tillväxtkurvan söker sig mot den tillväxtkurva de har anlag för på längden (jmf föräldralängder)
- Hos barn som under redan första och andra levnadsåret ökar mycket kraftigt i vikt och har stor aptit och matsökande beteende kan utredning för Monogen fetma eller syndrom vara aktuell.

7.2 Status

- **Allmäntillstånd** – vikt, längd, fettfördelning, bukomfång, gynekomasti hos pojkar.
- **Hud** – acanthosis nigricans (tecken på insulinresistens), striae, hirsutism, furunklar och svampinfektioner i hudveck.
- **Munhåla** – tandstatus, trånga förhållanden i svalget.
- **Sköldkörtel** – struma.
- **Hjärtfunktion** – puls, kondition och hjärtvitium.
- **Blodtryck** – sittande höger arm (medelvärde av 3 mätningar).
- **Lungor** – obstruktivitet.
- **Buk** – leverförstoring.
- **Leder och muskler** – epifysiolys, palpabel smärta, valgiserade knän och fotbelastning.
- **Genitalier** – hypogonadism och pubertetsbedömning, vid behov

7.3 Provtagning

Rekommenderad provtagning vid första läkarbesöket

Faste blodprover	Syfte/ Indikation
fP- Glukos, B-HbA1c	Prediabetes/diabetes
P-ALAT, P-ASAT	Leverpåverkan: BLF rekommenderar fördjupad utredning för leversteatos om transaminasnivåer > 0,8 µkat/L.
S-TSH, S-FT4	Tyreoida (struma, hypotyreos)
P-Kolesterol, LDL/HDL, TG	Blodfettsubbningar. Hög LDL/HDL-kvot, förhöjda TG
S-25-OH Vitamin D	Vitamin D-brist
P-CRP	Låggradig inflammation

Provtagning vid misstanke på PCOS och hyperandrogenism hos tonårsflickor

S-testosteron, S-SHBG, S-LH. S-FSH, S-prolaktin och 17-OH-progesteron



Rekommenderad fortsatt regelbunden provtagning för tidig upptäckt av följsjukdomar

Barn med obesitas löper risk att utveckla följsjukdomar. Regelbunden provtagning kan underlätta tidig upptäckt och initiera fördjupade utredningar. Behovet av provtagning ökar med åldern och bör erbjudas varje eller vartannat år från cirka 9 års ålder utifrån rekommendation av Svensk förening barnobesitas (SFBO).

- fP-Glukos, B-HbA1c
- P-ALAT, P-ASAT
- P-Kolesterol, LDL/HDL, TG

7.4 Komplikationer

Vid avvikande status/provsvär finns vidare fördjupning v.g se [Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar](#)

Om komplikationer av obesitas ställningstagande till intensifierad behandling med läkemedel alternativt kirurgi

8 Vilken behandling ges inom teamet

Teamet arbetar med individuella planer utifrån patienten och familjens behov och önskemål.

8.1 Behandlingsstöd

- **KLB** – kombinerad levnadsvanebehandling
- **Evira** – digitalt behandlingsstöd
- **Mealsizer**
- **Läkemedelsbehandling** - Liraglutid (Saxenda), Semaglutid (Wegovy)
- **FaR** (fysisk aktivitet på recept) och ökat stöd till fysisk aktivitet utifrån screening
- **Olika besöksformer** som ex. hembesök, digitala besök
- **Mer och Mindre** (föräldrastödsgrupp)
- **Vb. remiss Obesitaskirurgi** – samverkan och stöd innan, under och efter operation.

8.2 Målsättning

Obesitas är en kronisk sjukdom som både kan gå i remission och i recidiv. Under pågående behandling är målet ett minskande BMI hos barnet för att förhindra att komplikationer till sjukdomen obesitas uppstår. En minskning av BMI med mer än 0,25 standarddeviationer per år har en positiv inverkan på många riskfaktorer vid obesitas såsom hypertoni, lipidrubbningar, insulinresistens och nedsatt glukosreglering



9 Överföring till annan vårdnivå/avslut

- När patienten fyller 18 år
- Om patienten inte längre har obesitas, och varit viktstabil minst 1 år, återremitteras patienten till annan vårdnivå för fortsatt uppföljning
- Om patienten inte har några komplikationer till sin obesitas, samt har uppnått viktkontroll (viktstabilitet minst 1 år) och familjen har fungerande rutiner återremitteras patienten till annan vårdnivå för fortsatt uppföljning
- För bedömning av ev. obesitaskirurgi skickas remiss till högspecialiserad vård.
- Om avslutat läkemedelsbehandling och fortsatt viktstabilitet minst 1år, remiss till annan vårdnivå

10 Bilaga

[Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar \(nationelltkliniskt-kunskapsstod.se\)](http://nationelltkliniskt-kunskapsstod.se)

11 Diagnoskoder

- E66 Fetma (Obesitas)
- E66.0 Fetma orsakad av kaloriöverskott
- E66.1 Läkemedelsutlöst fetma (med tilläggskod för att ange orsakande läkemedel)
- E66.2 Extrem fetma med alveolär hypoventilation (Pickwicksyndrom)
- E66.8 Annan specificerad fetma (sjuklig fetma)
- E66.9 Fetma, ospecificerad

Obesitas är en kronisk sjukdom och diagnosvalet ska användas även vid kontroller när sjukdomen förbättras eller går i regress.