



...bland barn i Sverige, var står vi idag?

Författare: **CLAUDE MARCUS**, professor vid Karolinska universitetssjukhuset

Fetma bland barn är ett av våra största hot mot den framtida folkhälsan. Fetma leder till ökad risk för sjuklighet redan i barnaåren och även till sämre skolprestationer. På längre sikt påverkas arbetsförmåga och fertilitet och fetmarelaterad sjuklighet som diabetes typ 2 och hjärt-kärlsjukdomar leder till påtagligt sänkt förväntad livslängd.

Samtidigt är fetma ett av de folkhälso-problem som – i teorin – borde vara enklast att åtgärda. Det är ju bara att äta mindre och röra sig lite mer, hur svårt kan det vara? Trots det, misslyckas de kliniska studier där man försöker förebygga barnfetma med råd och stöd till föräldrar och till barnen i skolan. Det är svårt att påverka livsmönster. Därför forskas det också intensivt för att vi bättre ska förstå vilka barn som löper risk att utveckla fetma för att förstå hur den ska kunna behandlas och förebyggas på bästa sätt. Paradoxen – att lösningen på ett plan är så självklar men på ett annat så svår, är sannolikt också orsaken till att vi inte kommit längre med att kraftfullt hantera problemet. Myndigheter, politiker men även vårdpersonal har svårt att hantera dessa motstridiga sidor av samma mynt vilket leder till en tydlig handlingsförlamning.

Upp eller ned?

En del studier visar att fetma bland barn och ungdomar minskat de senaste åren och den trenden ses även internationellt. Glädjen grumlans av att osäkerheten är stor om den positiva utvecklingen verkligen beror på minskad vikt eller om andra orsaker bidrar. Barns BMI stiger med ökad längd och ålder eftersom BMI inte är så längdneutralt som man skulle önska. Om man exempelvis vid 4 årskontrollen mäter barn som är några månader äldre än fyra år och plottar in dem på en BMI kurva för fyraåringar så ser de "fetare" ut än de egentligen är. Om man nu, när fetma är mer i fokus, gör mätningarna vid en mer exakt tid kan det se ut som om barnfetma minskar bland fyraåringar. Många skolsköterskor vittnar också om att barn och än mer tonåringar med fetma, inte kommer till vägningar i skolan. Detta problem har också ökat i takt med att fetma bland barn blivit mer allmänt diskuterat. Omfattningen av fetmaepidemin är därför svår att uppskatta. I en studie på åttaåringar i Göteborg publicerad tidigare i år var andelen pojkar med fetma 9,6 procent.

Faktorer som påverkar fetma

Fetma beror alltid på att vi äter för mycket, ingenting annat. Det finns en mängd faktorer som gör att risken att äta för mycket ökar. Om föräldrarna

lider av fetma ökar risken upp emot tio gånger jämfört med om båda föräldrarna är normalviktiga. En mängd olika faktorer bidrar till detta. Genetiska faktorer är med all sannolikhet viktiga men de förklarar endast en mindre del av sambandet mellan föräldrar och barns övervikt. Epigenetik, dvs förändring av arvsmassans reglering bidrar också, liksom mammans viktuppgång under graviditeten, dock i mindre grad. Sociala faktorer och matmönster i



familjen är också viktiga. Det är också möjligt att sömnmönster i familjen påverkar barnet. Sömnstörningar ökar risken för fetma och även motsatsen gäller, fetma leder till ökad risk för störd sömn. Det är därför möjligt att även detta bidrar till ökad risk för fetma bland barn till föräldrar med övervikt och fetma. Huruvida amning skyddar mot fetma är omstritt. Sannolikt har amning ingen direkt betydelse utan de samband man sett beror på andra faktorer som bidrar till om en mamma ammar eller ej.

FTO-genen* – inte hela hemligheten

Ett viktigt budskap att förmedla är att vi inte är slavar under våra arvsanlag. Den

gen som är starkast kopplad till vikt är FTO-genen. Om man har den form av genen som är kopplad till ökad vikt väger man i medel 3–4 kg mer än dem som inte har den formen av FTO-genen. Tittar man på den del av befolkningen som är mer fysiskt aktiv är det bland dessa ingen skillnad i vikt mellan de som har de olika FTO-generna. På samma sätt påverkar mängden fett vi äter. Äter vi mindre fett så minskar effekten av FTO-genen. Sammantaget visar det att vår livsstil påverkar i vilken utsträckning våra gener styr vår vikt.

Goda vanor börjar redan i magen

Det som mamman äter under graviditeten kan också påverka barnet. De smak och doftämnen som barnet får i sig via fostervattnet under slutet av graviditeten och via modersmjölken påverkar smakpreferenser långt upp i vuxen ålder. Vill man att barnet ska tycka om nyttiga livsmedel framöver kan det vara en idé att tänka på att äta mycket frukt och grönt under graviditeten och amningsperioden.

Rörelse är viktigt

Fysisk aktivitet är viktigt för alla. Det påverkar motorisk utveckling, är bra för centrala nervsystemet, minskar riskerna för ledbesvär och är bra för ämnesomsättningen. Redan vid två års ålder är det stora skillnader i hur mycket barn rör sig. Eftersom fysisk aktivitet är betydelsefull för hälsan är det viktigt att föräldrar tidigt ser till att barnen får vardagsmotion som en självklar del i vardagslivet. Barn bör tidigt lära sig att benen är ett bra transportmedel och inte bara något man använder vid lek. Vi har jämfört svenska tvååringar med kinesiska där svenska barn var betydligt mer fysiskt aktiva liksom deras föräldrar. Detta visar betydelsen av omgivningsfaktorer redan tidigt i barnens liv. När vi jämförde svenska föräldrar med övervikt och fetma med normalviktiga föräldrar såg vi ingen skillnad. Föräldrar till små barn rör sig mycket. Vi fann inte heller något samband mellan fysisk aktivitet bland barnen och graden av övervikt. Detta stämmer med en mängd andra undersökningar: fysisk aktivitet har en obetydlig effekt på fetmautveckling.

*Alpha-ketoglutarate-dependent dioxygenase



Kosten alltid viktigast

Om vi vill förebygga fetma bör således inte fokus ligga på fysisk aktivitet utan på kosten. Detta är en obehaglig sanning som många beslutsfattare och föräldrar har svårt att ta till sig. Fysisk aktivitet är något roligt och trevligt men att minska på sötsaker, godis, läsk och mellanmål känns ofta som repressivt. Samtidigt är det vad som måste till. En liten dos läsk varje dag – oberoende av vad barnen åt och drack i övrigt – medförde en ökad vikt och ökad fettmassa i en stor holländsk studie och i den svenska STOPP-studien var det med all sannolikhet nolltolerans mot alla typer av sötsaker i skolan och på fritids som medförde en minskad överviktsutveckling för skolbarn mellan 6 och 10 år. Det är också därför som vi förordar en sockerskatt, något som i andra länder medfört en minskad konsumtion av sötsaker.

Mat i rätt tid

En annan viktig faktor är måltidsordningen. För den som har en tendens att lätt gå upp i vikt är det bra att äta på samma tider varje dag. Antalet måltider verkar dock ha mindre betydelse, men småätande och frekventa mellanmål bör undvikas. Skolan har här ett stort ansvar att se till att barnen får sin skollunch vid samma tid varje dag. I många fall är det snarare motsatsen, att barnen ibland får sin lunch extremt tidigt och ibland senare vilket kanske är bra för skolans budget, men direkt skadligt för barnen.

Tidig behandling är A och O

Behandling av barn med fetma är främst inriktad på att få till ett ändrat beteende, dvs att motivera barn och föräldrar att göra de ändringar i livsstilen som krävs för att graden av övervikt ska minska. Effekten är bättre för yngre barn. Om behandlingen påbörjas i sexårsåldern har 90 procent av barnen tre år senare en kvarvarande viktförändring som minskar risken för framtida sjuklighet. Effekten sjunker brant neråt och för tonåringar är chansen att få ett bra resultat mellan 5 och 15 procent. Trots att vi känt till detta i flera år kommer barnen inte till behandling förrän de är betydligt äldre, i medel vid 9–10 års ålder. Om detta beror på föräldrarnas ovilja, att barnen inte identifieras på BVC och i skolhälsovården eller på att vårdgivarna inte tar emot barnen är oklart. Vi vet att i vissa delar av landet erbjuds inte barn behandling. Det är direkt oetiskt och dessutom ett värdeekonomiskt självmål eftersom behandlingen blir svårare och följsjukdomarna fler ju längre man väntar med behandling. Det pågår studier där man prövar behandling från 4–5 års ålder där behandlingen främst är inriktad på föräldrarna och det är möjligt att man i framtiden kommer att rekommendera behandling redan från fyra års ålder.

För tonåringar behöver vi utveckla nya behandlingsvägar. Fetmakirurgi prövas med relativt bra resultat även om vi ser att uppföljningen efter kirurgi är mycket betydelsefull för ett långsiktigt bra resultat. Det pågår även studier

med fetmaläkemedel för ungdomar men även om fetmakirurgi och läkemedel är bra komplement måste vi även för tonåringar utveckla beteendestöd som fungerar.

I det nationella kvalitetsregistret för barnfetma, BORIS, har vi sett att mönstret skiljer sig mellan pojkar och flickor. Flickor som kommer till barnfetmabehandling är i genomsnitt nästan två år yngre än pojkar. De kommer också till behandling med betydligt lägre grad av fetma än pojkarna. Vi ser också att flickorna över tid kommer i allt yngre åldrar medan pojkarna ligger kvar runt tio år. Detta medför att pojkarnas chans att få en effektiv behandling blir betydligt sämre. Trots det är antalet pojkar och flickor som behandlas lika stort vilket är bra. I all konventionell vuxenbehandling och fetmakirurgi dominerar kvinnorna stort. Varför flickorna får vård tidigare är oklart. Vi vet inte om vårdgivare och föräldrar är mer oroliga för flickor med fetma eller om barnens egna funderingar styr.

Sammantaget har våra kunskaper om hur vi ska förebygga fetma och behandla barn med fetma ökat betydligt. Vi är dock långt ifrån att i den praktiska vården nå de resultat som vi önskar och fortfarande är merparten av barnen i Sverige med fetma utan behandling. Det här kan vi påverka. Vi kan effektivisera vården med modern digital teknik och om barnen kommer till behandling tidigare blir vården också effektivare och fler kan behandlas. Det är bara att sätta igång!