



TEMA | BARNOBESITAS

Typ 2 diabetes hos barn och ungdomar

Behov av ett nationellt register över skolbarns hälsa

Läkemedelsbehandling vid barnobesitas





ANNONS

ANNONS

Innehåll

Barnläkaren
Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkar- föreningens medlemstidning.
Ansvarig utgivare
Anna Olivecrona E-mail: ordf@barnlakarforeningen.se
Chefredaktör/Annonskontakt
Margareta Munkert Karnros info@barnlakaren.se
Vetenskapsredaktör
Thomas Abrahamsson E-mail: thomas.abrahamsson@liu.se
Kulturredaktör:
Göran Wennergren info@barnlakaren.se
Manuskript insändes per mail till:
Margareta Munkert Karnros info@barnlakaren.se
Prenumerationsärenden och adressändringar
Meddelas per mail till: johanna@allaboutmeetings.se
Layout
Åsa Moréus
Tryck
DanagårdLiTHO
Redaktionsråd
Thomas Abrahamsson Anna Undeman Asarnej Hugo Lagercrantz Anna Olivecrona Josef Milerad Göran Wennergren
Omslagsbild
Winged putti with flowers, Francois Boucher, ca 1750, Wikimedia Commons

INNEHÅLL	4
LEDARE	5
REDAKTÖRENS RUTA	6
TEMA: BARNOBESITAS	
Barnobesitasvärden – en angelägenhet för alla barnläkare	
<i>Annelie Thorén</i>	7
Från obehandlad "fettst" till förhöjd livskvalitet för många barn och ungdomar	
<i>Claude Marcus</i>	10
Förekomst av övervikt och obesitas hos barn och ungdomar i Sverige	
<i>Anton Holmgren</i>	12
Skapa skyndsamt ett nationellt register för skolbarns hälsodata	
<i>Annika Jansson</i>	14
Familjestöd som prevention och behandling vid övervikt och obesitas	
<i>Liselotte Schäfer Elinder, Anna Ek</i>	16
Typ 2 diabetes – finns det bra behandling för barn och ungdomar idag?	
<i>Amira Elimam</i>	18
Långtgående positiva effekter från behandling under barnaåren	
<i>Emilia Hagman</i>	20
Läkemedelsbehandling vid obesitas hos barn och ungdomar	
<i>Lovisa Sjögren, Malin Örn</i>	22
AMOS – obesitaskirurgi för tonåringar	
<i>Torsten Olbers</i>	24
Hur mår barn och ungdomar med obesitas psykiskt?	
<i>Kajsa Järholm</i>	26
Barnobesitas vården i Halland – datadriven vård och samverkan på riktigt	
<i>Josefine Roswall</i>	28
"Jag räknas – en trygg skolgång": Digital utbildning mot viktmobbning i skolan	
<i>Ulrika Wedin, Jenny Winglid</i>	29
BILDREPORTAGE	
Barnveckan i Uppsala: Inspirerande dagar i den eviga ungdomens stad.....	30
KULTUR	
Boktips: Övervikt och obesitas hos barn.....	34
Barnmotiv på Liljevalchs: Det utforskande barnet tar oss tillbaka till barndomens tidlöshet	
Illustrationskonsten i barnböcker hyllas med utställning	
<i>Margareta Munkert Karnros</i>	35
KALENDARIUM	38

Vi behöver bra journalsystem

Det går så fort under våren och plötsligt är det sommar!

Barnveckan 2025

Stort tack till er i Uppsala som ordnade en så fin Barnvecka! Till och med vädret var fantastiskt och vi kunde njuta av luncher ute i solen! Nu går stafettspinnen över till Jönköping som ordnar Barnveckan 2026.

Lunchwebinarianer

Nu har vi bara ett av vårens uppskattade BLF webinarier kvar och det håller vår delförening SPGHN i på tisdag den 3 juni och det handlar om nya nationella behandlingsriktlinjer för förstoppning hos barn. Program för webinarerna finns här på BLF:s hemsida: www.barnlakarforeningen.se, och där kan du också anmäla dig. Alla våra webinarier kan även ses i efterhand och de ligger här på Svenska Läkarsällskapets Youtubekanal: www.sls.se/utbildning/sls-programverksamhet/youtube/

Certifiering/grenspecialisering

Den 22 maj har vi en workshop för att arbeta med mål för certifiering inom de områden inom pediatriken som inte är grenspecialiteter idag men som vill kunna ansöka om certifiering via SLS. De nuvarande grenspecialiteterna har olika målnivåer och vi kommer att gå igenom dessa den 22 maj när vi ska arbeta med certifieringsområden.

Kloka kliniska val

Vi uppmanar delföreningarna att ta fram 5-punktslistor för saker som inte bör göras som görs idag. Syftet är att minska lågvärdesvård och onödiga utredningar och åtgärder.

Beyfortus

Inför nästa RSV säsong finns det nu rekommendation om att alla barn födda från den 10 september ska erbjudas monoklonala antikroppar i form av Nirsemivab (Beyfortus®) på förlossningen/BB. Vi är så glada åt detta beslut och vi bistår med stöd och information för att det ska gå så bra som möjligt med implementeringen. I Finland har man redan denna säsong gett små barn <3 månader Nirsemivab (Beyfortus®) och de har knappt haft några små barn inneliggande pga. RSV infektion. De något äldre barnen i riskgrupp 1 och 2 kommer att hanteras av specialistkliniker där det finns ett upparbetat system som man kan bygga vidare på i och med den tidigare administreringen av Palivizumab (Synagis®).

Journalsystem

När nu allt fler regioner går över till Cosmic och systemet Millenium blev ett enda haveri blir det så tydligt vad vi som kliniker önskar och behöver. Ge oss ett journalsystem som är användarvänligt, patientsäkert och som främjar en god arbetsmiljö. Som är flexibelt och kan utvecklas och anpassas efter olika behov. Inte ett system som utgår från att alla verksamheters behov är lika för det är det inte. Ett journalsystem, eller Vårdinformationssystem om man så vill, ska inte i första hand vara skapat för att inhämta statistik utan som ett smidigt och funktionellt arbetsredskap i vården. Ska man arbeta med att effektivisera vården behöver journalsystemen anpassas efter vårdens behov. Det måste vara enkelt att hitta information, enkelt att dokumentera, enkelt att skriva ut ett recept och enkelt att kommunicera med varandra. Det borde vara självklara krav.

Tack till vår Temaredaktör och alla som bidragit till detta nummer av Barnläkaren som handlar om barnobesitas.

Trevlig läsning!



Anna Olivecrona
Ordförande



Utanför vårt fönster här på redaktionen står körsbärsträden i full blom, en ljuvlig tid ligger framför oss. Redan i mars på Barnveckan i Uppsala fick vi värkänning. Här bjöds inte bara på inspirerande föreläsningar, workshops, möten och högklassig underhållning, utan även riktig sommarvärme. Vi har fångat en del av evenemanget på bild i vårt årliga reportage.

Hjärtligt tack till er som hjälpt redaktionen med fina bilder. Hoppas vi ses i Jönköping nästa år, anteckna datumet 20/4, 2026 i kalendern redan nu!

Första dagen på årets Barnveckan fanns möjlighet att delta i halvdagskurs om obesitas hos barn och unga. Här fick man, förutom grundläggande kunskap om sjukdomen, information om vilka behandlingar och läkemedel som finns idag och hur de fungerar. Det berättades även om obesitaskirurgi samt om risker i samband med behandling, t ex ätstörningar. Annelie Thorén var moderator och flera av föreläsarna medverkar i detta nummer.

Som vid många andra diagnoser är tidiga vårdinsatser viktiga. Små förändringar i vardagen hos små barn som befinner sig i riskzonen, är ett steg mot en mer hälsosam viktutveckling. Men hur tar man upp problematiken med föräldrar på ett bra och konstruktivt sätt? Samtalen kan lätt upplevas som känsliga och svåra. På Barnveckan träf-

fade jag barnläkaren Mariette Derwig som berättade om boken Övervikt och obesitas hos barn, Samtal och möten i barnhälsovården. I denna finns praktiska verktyg i samtalen med föräldrar och vägledning i hur man respektfullt stärker deras engagemang kring barnets hälsosituation (läs mer på sid x).

Idag är missuppfattningar och dömande attityder mer eller mindre vardag för barn och unga med obesitas. Ofta dras förhastade slutsatser om orsakerna till sjukdomen och för många blir själsliga sår en del av diagnosen. Det viktigaste man kan göra för att rucka på samhällets attityder, är att fortsätta försöka öka förståelsen för komplexiteten i obesitas.

Slutligen vill vi passa på att påminna er som reser bort under sommaren, om att alla kommande nummer av Barnläkaren finns att läsa på www.barnlakaren.se. När numret finns tillgängligt kommer ni att se en notis om detta på Facebook och Twitter.

I nästa nummer kommer Anna Olivecrona, ordförande i BLF, att berätta om vad som händer inom barnendokrinologi.

Med detta önskar vi er en härlig avkopplande sommar. På återseende.

Margareta Munkert Karnros

Margareta Munkert Karnros

Barnobesitasvården – en angelägenhet för alla barnläkare



Foto: iStock

Obesitas hos barn och ungdomar är ett folkhälsoproblem som ökat markant under de senaste decennierna. Nyligen publicerade Lancet en studie som visade att en tredjedel av alla barn och unga vuxna i världen, kommer ha övervikt eller obesitas år 2050 (1). Den kraftiga ökningen som skett globalt sedan 1990-talet håller i sig och förstärker bilden av ett växande globalt hot mot barns framtida hälsa.

Obesitas är en kronisk och komplex sjukdom. Att drabbas av obesitas i låg ålder innebär att en större andel lever med obesitas en längre tid vilket har många negativa hälsoeffekter med bland annat ökad risk för fettlever, typ 2 diabetes och cancer. Obesitas försvårar också allvarligt livskvaliteten, och kanske också behandlingsresultaten, för barn med annan kronisk sjukdom.

Den ökande förekomsten av obesitas blir därför en angelägenhet för alla barnläkare.

De huvudsakliga orsakerna till obesitas hos barn och ungdomar är multifaktoriella och påverkas starkt av genetik, men också av miljöfaktorer. Brist på fysisk aktivitet, ökat intag av kaloriska livsmedel, mycket skärmtid och familjens socioekonomiska status spelar samtliga en betydande roll.

Socialstyrelsens riktlinjer för vård vid obesitas (2022) och det första Nationella vårdprogrammet för behandling av obesitas hos barn och ungdomar, som kom året där på, var efterlängtat och visade hur vården bör vara strukturerad och nationellt jämlik. Idag betonar vikten av att barn med obesitas tidigt identifieras och får en diagnos, utredning och tidigt insatt behandling. Det behövs ett respektfullt, icke-stigmatiserat bemötande och långsiktig uppföljning.

Kombinerad levnadsvanebehandling (KLB), som stödjer hälsosamt beteenden, och ett holistiskt synsätt är grunden i all obesitasbehandling. KLB ges i multiprofessionella team, vid fysiska besök eller på distans och i vissa regioner genom för-

äldrastödsprogram eller digitala behandlingsstöd. Nya effektiva obesitasläkemedel ingår numera också i verktygslådan för behandling av barn och ungdomar med obesitas. Obesitaskirurgi är ett alternativ för unga med allvarlig obesitas med stöd i Socialstyrelsens riktlinjer från 15 års ålder. (2,3)

I det här temanumret har vi valt att ur ett specialistperspektiv beskriva den förändring som skett historiskt i barnobesitasvården, beskriva hur vården av barn och unga med obesitas ser ut idag, och utmaningar och nyheter att vänta framöver. Varmt tack till alla som bidragit. Trevlig läsning!

Referenser

1. Global, regional, and national prevalence of child and adolescent overweight and obesity, 1990–2021, with forecasts to 2050: a forecasting study for the Global Burden of Disease Study 2021, *The Lancet* (2025). DOI: 10.1016/S0140-6736(25)00397-6
2. Socialstyrelsen Nationella riktlinjer för vård vid obesitas <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/nationellriktlinjer/riktlinjer-och-utvarderingar/obesitas/>.
3. Sveriges regioner i samverkan (2023). Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar Nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa. <https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se>

Jävsdeklaration: Principal investigator Novonordisk studie med Semaglutide.

Annelie Thorén, temaredaktör för detta nummer
E-mail: annelie.thoren@rvn.se



Temaredaktör i detta nummer är Annelie Thorén

Annelie Thorén arbetar som barnläkare i Region Västernorrland och som universitetslektor i Pediatrik vid Umeå universitet. Hon forskar på obesitasbehandling hos barn och unga med inriktning på digital behandling, har varit ordförande i Svensk Förening BarnObesitas (SFBO) sedan 2023 och deltar i BORIS styrgrupp. Under ST-utbildningen började Annelie att intressera sig för undervisning och har sedan 2017 arbetat med den regionaliserade Läkarutbildningen vid Umeå universitet.

**Vi är på plats
och räddar liv
i Ukraina**

För de senaste informationerna, app: Hjälp till Ukraina. Gör en gåva till Svenska Rödakorset via www.svenskaredakorset.se



Swisha ditt stöd till 900 80 79





ANNONS

ANNONS

Från obehandlad ”fettsot” till förhöjd livskvalitet för många barn och ungdomar

Behandling av obesitas i barndomen har alltid varit kontroversiellt. Under många år var det något som gjordes av barnläkare som hade detta närmast som en hobby vid sidan av behandling av ”riktiga” sjukdomar. Men ökad kunskap om vad obesitas innebär har gjort att utvecklingen de senaste åren gått snabbt mot behandling i allt yngre åldrar samtidigt som förbättrade metoder skapat förutsättningar för betydligt effektivare vård.

Insikten att obesitas eller fettsot som det kallades på 1800-talet, är farligt för vuxna har funnits länge. Redan på 1940-talet hade försäkringsbolagen högre premier för dem med obesitas. Däremot ansågs länge att knubbighet i barnaåren var nyttigt eftersom det gav ett visst skydd mot undernäring om barnen fick någon av de farliga infektionssjukdomarna. Den allmänna uppfattningen var också att barnobesitas ”växte bort”.

En av de riktiga pionjerna som intresserade sig för barn med obesitas var en svensk barnläkare, Hans Olof Mossberg. Han publicerade 1948 en uppföljning av barn födda på 1920-30-talet och kunde konstatera att många hade kvar sin obesitas som vuxna. Han fortsatte att följa dem och fyrtio (!) år senare publicerade han en unik uppföljning av de nu åldrade barnen och kunde visa att omkring 40 procent hade fortfarande obesitas som vuxna och att de hade en betydligt högre mortalitet (1). Att barnobesitas skulle behandlas var däremot fortfarande omdiskuterat. Vi var många som då ansåg att behandling var närmast oetiskt, främst för att behandlingsresultaten var så dåliga att behandlingen mest sänkte självkänslan samtidigt som den naturliga regressen av obesitas utan behandling stod sig väl i jämförelse (2).

Fler remisser än vad som kunde tas omhand

Den stora risken med obesitas i barndomen ansågs vara att den inte gick över utan fanns kvar i vuxenlivet med framtida sjuklighet som typ 2 diabetes och hypertoni som följd. De med morbid obesitas hade dålig prognos och för att

hjälpa dem startades ”Riksentrum för överviktiga barn” på 1990-talet. Det kom fler remisser än vi kunde hantera och vi insåg att det fanns mångdubbelt fler tonåringar med det vi idag kallar grad tre obesitas som verkligen behövde behandling, än vi någonsin trott. Samtidigt kom epidemiologiska studier som visade att andelen barn med obesitas ökade oroadt snabbt. Intresset för obesitas som sjukdom tilltog generellt och SBU fick i uppdrag att göra en genomlysning av behandlingar för både barn och vuxna. I samband med den gjordes 2002 en ny genomgång av prognosen för 7-åringar med obesitas och vi fann att den var betydligt sämre än tidigare. Omkring 80 procent av sjuåringarna hade kvar sin obesitas i de sena tonåren. Samhällsförändringarna gjorde således att det både var betydligt fler barn som utvecklade obesitas och att risken att de behöll sin övervikt fördubblades.

Detta gjorde att satsningarna på behandlingsteam ökade på många håll i landet. Insikten ökade också successivt kring betydelsen av behandling redan i tidig barndom för att minska riskerna för en mängd sjukdomar som exempelvis cancer (3), MS (4), och förtidig död (5). Problemet var bara att vi hade så försvinnande lite att erbjuda mer än råd att äta sunt och att röra sig mer, något som de flesta redan visste.

Priset måste sänkas på väl fungerande läkemedel

Obesitaskirurgi användes alltmer för vuxna och den Svenska AMOS studien som initierades 2009 visade att detta var ett rimligt alternativ även för unga med

allvarlig obesitas (6). Motståndet mot kirurgi för unga var utbrett; det är ett stort kirurgiskt ingrepp, men flera studier visade att vinsterna med tidig viktneidgång var stora. Idag är kirurgi en etablerad behandling för ungdomar med allvarlig obesitas.

Många läkemedel för obesitas har testats genom åren men biverkningarna har ofta varit svåra kombinerat med måttlig effekt. Även här var Mossberg tidigt ute och genomförde en placebokontrollerad studie av amfetamin för barn med obesitas som publicerades 1950. Men först under det senaste decenniet har det kommit fram läkemedel som verkligen är säkra och effektiva. De baserades först på hormonet GLP-1 (7,8) men nya preparat där en kombination av olika verkningsmekanismer ökar effektiviteten kommer fram med rasande fart (9). Det finns gott hopp att vi effektivt ska kunna bromsa obesitasutvecklingen och lämna kirurgin bakom oss – när dessa läkemedel blir rabatterade.

Föräldrastöd avgörande under behandlingen

Ett problem med behandling för obesitas är att vikten ofta går upp igen efter avslutad behandling, något som vi ser även efter kirurgi (10) och läkemedel (11). Livsstilsstöd behövs långsiktigt för denna kroniska sjukdom. Insikten om att det inte är information om kost och fysisk aktivitet utan föräldrastöd som krävs för att patienterna ska orka genomföra frustrerande och ofta konfliktskapande förändringar, ökar långsamt i vården. En stor genomgång 2017 visade att, oberoende av behandlingsmetod, behövdes



Putto i par av konstnären Alexander Schulze-Buchholz, 2009. Foto: Konstnären

stöd med besök varannan vecka för att få en bra viktneidgång. Detta kan ersättas med digitalt stöd vilket gör att behandlingen långsiktigt kan bli bra och kostnadseffektiv (12) (13).

Nya studier visar också att behandling av barn långsiktigt minskar allvarlig sjuklighet (14) (15) och vi har idag effektiva behandlingar som verkligen kan hjälpa många barn. Nu gäller det bara att resurser skapas så att alla kan erbjudas vård. Det är fortfarande bara en bråkdel av alla barn med obesitas som får behandling.

Referenser

<https://barnlakaren.se/artiklar/Claude-MarcusReferenslista.pdf>

Jävsdeklaration: Konsultationstjänster under de senaste åren för Novo Nordisk, Rhythm Thx, Oriflame Wellness. Delägare och styrelseledamot i Evira AB



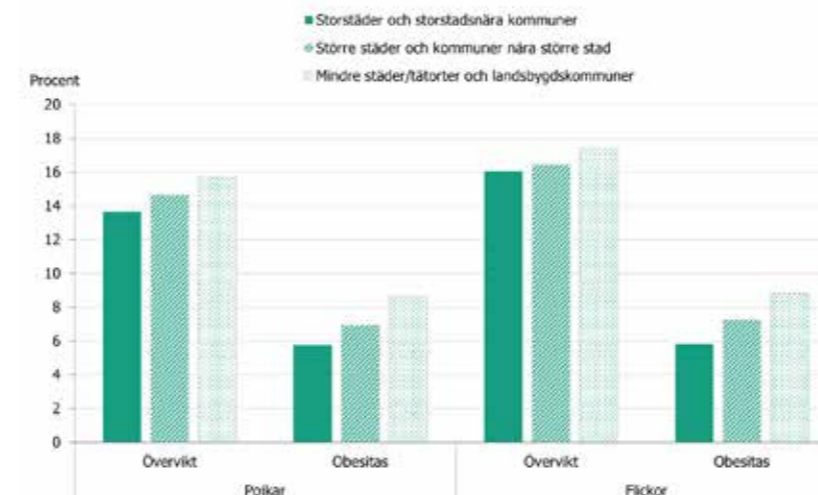
Claude Marcus, Professor, Barnläkare, Enheten för Pediatrik Clintec, Karolinska Institutet
Email: claudemarcus@ki.se

Förekomst av övervikt och obesitas hos barn och ungdomar i Sverige

Förekomsten av obesitas och övervikt bland barn och ungdomar har ökat under de senaste 30–40 åren. Det gäller både globalt och i Sverige. Men det finns hopp om framtiden. Studier har t ex kunnat visa att obesitas och övervikt i BVC-åldern blivit mindre vanligt efter COVID-19 pandemin.



Foto: iStock



Källa: Folkhälsomyndigheten

Vetenskapliga studier och nationell statistik utgår nästan uteslutande från BMI som mått på viktsstatus, där både WHO:s och International Obesity Task Force, IOTF:s referenser används (1). IOTF ger något lägre nivåer av övervikt och obesitas. Valet av referens har också betydelse baserat på kön, med IOTF:s referens klassas oftast en större andel flickor till övervikt än pojkar i BVC- och lågstadietålderna med omvänt resultat för WHO:s referens. För obesitas är skillnaderna mellan referens i regel mindre. Från 10 års ålder är både övervikt och obesitas vanligare bland pojkar oavsett vilken referens som används, vilket i flertal studier och nationell statistik även stämmer med hur det ser ut i den vuxna befolkningen, där fler män än kvinnor i Sverige har övervikt och obesitas (1).

Statistik från Folkhälsomyndigheten

Från Folkhälsomyndighetens statistik framgår att strax under 12 procent av Sveriges 4-åringar var överviktiga eller hade obesitas 2016–2019 (varav 2,1–2,2 procent obesitas). 23 procent av barn i åldern 6–9 år hade övervikt eller obesitas (7,2 procent obesitas) läsåret 2021/2022 (1). Bland barn i åldern 11–15 år, har andelen med övervikt och obesitas ökat från 7 till 15 procent mellan läsåren 1989/1990 och 2021/2022. Att förekomsten av övervikt och obesitas är lägre i denna åldersgrupp än för 6–9 åringarna kan tyckas förvånande. Det finns inget tydligt svar på detta, även med WHO:s referens ses en liknande bild, möjligen beror det på att 11–15 åringarnas uppgifter inte kommer från skolsköterskor utan är självrapporterade.

För barn och ungdomar i Sverige fanns det tidigare få eller inga studier om so-

cioekonomiska faktorerens betydelse. De senaste 10–15 åren har skillnader i socioekonomi för risken att utveckla övervikt och obesitas uppmärksammats, först för skolbarn och ungdomar, sedan även i lägre åldrar.

Regionala och socioekonomiska skillnader

Förekomsten av obesitas varierar mellan olika regioner och socioekonomiska grupper. Barn i mindre-medelstora städer och landsbygdskommuner har en högre förekomst av obesitas.

Barnhälsovårdssjuksköterskor i socioekonomiskt utsatta områden signalerade hösten-vintern 2020–2021 att de upplevde en ökning av barnobesitas. Detta skedde samtidigt med COVID-19 pandemin. I en studie på 25 000 3, 4 och 5-åringar som då initierades sågs en tydlig ökning av övervikt och obesitas för 3 och 4-åringarna under pandemin, trots att Sverige inte genomförde en fullständig nedstängning (2). Studien visade också att det redan i så här låga åldrar fanns socioekonomiska skillnader, barn i områden med lägst socioekonomisk status hade högre risk för obesitas, med ökning från 2,4 procent till 4,4 procent under pandemin, övervikt ökade från 9,5 procent till 12,4 procent (2).

I en uppföljande studie visades att övervikt och obesitas blev mindre vanligt i samma åldersgrupp mot slutet av pandemin/efter pandemin (3). Inte bara att barnen som då var 3–5 år hade lägre förekomst utan för de barn som hade longitudinella mätningar blev det vanligare att barnen gick ner en viktclass efter pandemin (från tex övervikt till normalvikt). Liknande resultat med förändringar under/efter pandemin och socioekonomis-

ka skillnader för 4-åringar har nyligen publicerats i en ännu större studie omfattande över 300 000 svenska barn (4).

Internationell utblick –framtid

Internationellt har många länder en högre förekomst av övervikt och obesitas bland barn och ungdomar (5). Att obesitas och övervikt i BVC-åldern blivit mindre vanligt efter COVID-19 pandemin ger visst hopp om framtiden. Det är viktigt att fortsätta övervaka och analysera viktstatus hos barn och utveckla effektiva förebyggande och behandlande insatser.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten, Statistik om övervikt och obesitas, april 2025 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas/statistik-om-overvikt-och-obesitas/>
2. Fäldt A, Nejat S, Edvinsson Sollander S, Durbej N, Holmgren A. Increased incidence of overweight and obesity among preschool Swedish children during the COVID-19 pandemic. *Eur J Pub Health*. 2023; 33(1): 127–131
3. Fäldt A, Nejat S, Durbej N, Holmgren A. Childhood overweight and obesity during and after the COVID-19 pandemic. *JAMA Pediatrics* 2024; 178: 498–500
4. Nylander C, Nowicka P, Derwig M. The prevalence of overweight among 4-year-olds during and after the COVID-19 pandemic was associated with socioeconomic burden. *Acta Paediatr*. 2025 Mar; 114(3):555–561
5. Collaboration NCDRE. Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024; 403(10431): 1027–1050.



Anton Holmgren, Forskningsledare/
barnläkare/PhD
Forskning och innovation/Barn-
och ungdomskliniken, Region Halland
E-mail:
Anton.Holmgren@regionhalland.se

Skapa skyndsamt ett nationellt register för skolbarns hälsodata



Foto: iStock

Alla barn i Sverige går i skolan. Alla barn mäts och vägs i elevhälsans medicinska insats (EMI), men det finns ingen nationell insamling av elevhälsodata. Vi försummar en enastående möjlighet att följa barns hälsa med övervikt, obesitas, undervikt eller förskjutningar i pubertetsålder.

Barnhälsovårdens unika ställning gör att vi i Sverige har tillväxtdata från nästan alla barn från födelsen till sex års ålder. I Stockholm ser vi tiofaldiga skillnader i hur vanligt det är med obesitas mellan fyraåringar som växer upp i olika stadsdelar. (1) Studier visar också att obesitas inte längre ökar hos landets fyraåringar. (2) Barnhälsovården samlar data i sitt kvalitetsregister, Svenska Barnhälsovårdsregistret BHV-Q. Fler och fler regioner ansluter sig nu till BHV-Q och i februari 2025 var täckningsgraden 73 procent för barn födda 2023.

Folkhälsomyndigheten har förhoppningsvis fel

När det gäller skolbarnen saknar vi däremot samlad information i Sverige. De bästa data vi har i Sverige är sannolikt elevhälsodata från Göteborg 2015–2018. (3) Nyligen presenterade Folkhälsomyndigheten siffror för runda 6 i Världshälsoorganisationens (WHO) studie Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). Från 161 av Sveriges 290 kommuner har data från mätningar av barn 6–9 år gamla under läsåret 2021–2022 samlats med hjälp av skolsköterskor. (4)

Jag hoppas (och tror) att Folkhälsomyndighetens siffror inte speglar verkligheten. I WHO:s sammanställning av COSI 6 ligger Sverige på en delad sjätteplats i Europa för prevalens av övervikt inklusive obesitas, tillsammans med Spanien, Polen och Bulgarien. Våra grannar Norge och Danmark ligger betydligt bättre till än Sverige. Finland ligger några procentenheter lägre än vi (5). Finland är för övrigt ett föregångsland med ett nationellt register, Avohilmo, där data samlas automatiskt varje natt från primärvård och elevhälsa med data från 57 procent av alla barn 2–16 år mätta 2023.

WHO:s referens ger högre prevalenssiffror än International Obesity Task Force (IOTF) som återfinns i den svenska BMI-kurvan. Folkhälsomyndighetens hemsida presenterar svenska data med båda referenserna. Var fjärde, 25 procent, av åttaåriga flickor har övervikt eller obesitas enligt IOTF. (4) Siffran var 16 procent

för tio år sedan i studien från Göteborg. (3) Folkhälsomyndighetens data visar sedan att 9-åringarna har 10 procentenheter högre prevalens än 8-åringarna, vilket är märkligt. För högstadieskolor baseras i stället Folkhälsomyndighetens statistik på självrapporterade vikter och längder i en enkät, Skolbarns hälsovanor.

Folkhälsomyndighetens uppgift är svår och COSI 6 kan ha påverkats av covid-pandemin, men sammanställningarna illustrerar tydligt behovet av bättre data. Om siffrorna är sanna är de alarmrande, och om de är felaktiga får vi svårt att värdera effekten av insatser.

Vi behöver ett Elevhälsodataregister nu

Vi har många kvalitetsregister men bara en handfull hälsodataregister i Sverige. De senare sköts av Socialstyrelsen och vårdgivare har rapporteringsplikt. Jag menar att Sverige bör inrätta ett elevhälsodataregister för skolbarns ålder, kön, längd, vikt och kanske ytterligare värden under Socialstyrelsen. Flera statliga utredningar har arbetat med frågor kring hälsodata de senaste åren, men ingen har riktigt fångat bollen om elevhälsodata. Det verkar helt enkelt vara jobbigt att överbygga att det är olika huvudmän för skola och sjukvård.

Enligt Vägledning för elevhälsan ska alla barn erbjudas tre hälsobesök under grundskolan och ett i gymnasiet. Skolsköterskorna registrerar längd- och viktdata elektroniskt. Leverantören av ett av de mest använda dataprogrammen, Prorenata, har börjat skicka tillväxtdata till Nationell patientöversikt (NPÖ) på några platser i landet. För oss i sjukvården är det ett stort framsteg i mötet med enskilda barn. Men det visar också att det går att skicka data och därmed också att samla dem. Det har gjorts försök att skapa register. Nationellt kvalitetsregister för elevhälsans medicinska insatser, EMQ, var ett sådant initiativ som inte fick sanktion och inte tog fart. Det är dags att ta nya tag. Med ett elevhälsodataregister skulle vi få betydelsefull information om landets alla skolbarn som kan ligga till grund för insatser för en god och jämlik hälsa.

Referenser

1. Glaumann S, Johnsson V, Neovius C, Tranaeus Lindblad Y. Årsrapport. Barnhälsovård i Stockholms län 2023. Barnhälsovårdsenheten, Region Stockholm; 2024.
2. Nylander C, Nowicka P, Derwig M. The prevalence of overweight among 4-year-olds during and after the COVID-19 pandemic was associated with socioeconomic burden. *Acta Paediatrica*. 2025 Mar;114(3):555–61.
3. Bygdell M, Céline J, Lilja L, Martikainen J, Simonson L, Sjögren L, et al. Prevalence of overweight and obesity from 5 to 19 years of age in Gothenburg, Sweden. *Acta Paediatrica*. 2021 Dec;110(12):3349–55.
4. Folkhälsomyndigheten. Statistik om övervikt och obesitas hos barn 6–10 år. Available from: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/mat-fysisk-aktivitet-overvikt-och-obesitas/overvikt-och-obesitas/statistik-om-overvikt-och-obesitas-hos-barn-6-10-ar/>
5. WHO E. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). A brief review of results from round 6 of COSI (2022–2024). 2024 [cited 2025 Mar 23]; Available from: <https://www.who.int/europe/publications/brief-review-of-results-from-round-6-of-cosi-2022-2024>



Annika Janson, överläkare, Barnendokrin och Metabol, och Rikscentrum Barnobesitas, Astrid Lindgrens barnsjukhus, docent, Karolinska Institutet
E-mail: annika.janson@regionstockholm.se

En ny samverkansmodell för hälsosamma levnadsvanor i skola och primärvård:

Familjestöd som prevention och behandling vid övervikt och obesitas

För att bromsa den ökande prevalensen av barnobesitas behövs preventiva insatser riktade till både barn och vårdnadshavare. Nationella vårdprogram rekommenderar familjestöd för barn 6–12 år med ohälsosamma matvanor och låg fysisk aktivitet. En ny forskningsstudie där två föräldrastödsprogram ingår öppnar för nya möjligheter.

Vid obesitas rekommenderas kombinerad levnadsvanebehandling och strukturerat föräldrastöd. I dag saknas dock evidensbaserade riktade föräldrastödsprogram för skolbarn, vilket innebär att en stor andel av barn i åldern 6–12 år inte får det stöd de behöver. Föräldrar har en nyckelroll när det gäller att forma barns matvanor, ge förutsättningar för fysisk aktivitet och som förebilder för att etablera sociala och kulturella normer som gynnar hälsan (1). Samtidigt utgör skolan en idealisk miljö för genomförande av hälsofrämjande insatser för att nå alla barn.

En frisk skolstart och Mer och mindre
Det universella familjestödsprogrammet En frisk skolstart (EFS) har utvecklats bland familjer i områden med större hälsobehov och är baserat på social kognitiv teori (<https://ki.se/gph/forskning/en-frisk-skolstart>). Programmet löper över ett läsår i förskoleklass eller årskurs 1 och består av fyra kärnkomponenter varav tre riktar sig till föräldrarna: 1) En skriftlig föräldraguide som fokuserar på strategier för att främja hälsosamma vanor; 2) motiverande samtal med föräldrar; 3) ett diabetesrisktest för föräldrar; samt 4) nio lärarledda lektioner för barnen med hemuppgifter. Tre kluster-RCT studier med totalt 1000 familjer har visat gynnsamma effekter på barns matvanor och fysisk aktivitet samt en signifikant minskning av viktstatus hos barn med obesitas (2). Men för att effekten inte ska avta efter programmets slut behövs fortsatta insatser. Processutvärderingar har visat att EFS tas positivt emot av skolpersonal, föräldrar och barn. En utbildning för skolpersonal i programmet ges vid

Karolinska Institutet.

Mer och Mindre (MoM) är ett föräldrastödsprogram för behandling av barnobesitas som bygger på sociala inlärningsteorier (<https://ki.se/clintec/enheter/enheten-for-pediatrik/forskning-vid-enheten/mer-och-mindre>). Programmet består av 10 veckovisa gruppträffar à 90 minuter som följs av uppföljande individuella samtal under nio månader. Under träffarna diskuteras föräldrars olika roller och hur de med hjälp av positiva föräldrabetenden så som uppmuntran, positiv förstärkning samt lämpliga strategier för gränssättning och känsloregulering, kan underlätta beteendeförändringar hos barnet. MoM har utvärderats i två RCT-studier på över 300 barn i åldrarna 2–6 år med övervikt och obesitas med kliniskt relevanta resultat på barnens viktstatus (3) som kvarstod efter fyra år (4). MoM hålls av gruppleadare som utbildats och certifierats vid Karolinska Institutet.

Co-fam modellen

I en ny forskningsstudie länkas nu dessa två program ihop för en sammanhållen kedja mellan skola och primärvård i en co-designprocess. Insatserna anpassas till barn 6–12 år och utvärderas i en RCT studie avseende viktutveckling, matvanor, fysisk aktivitet samt följsamhet, acceptans, genomförbarhet och kostnader. En nära samverkan mellan skola och primärvård ökar förutsättningarna för att alla barnfamiljer med behov ska få stöd tidigt. Den nya modellen kommer därmed att nå kraven i de nationella vårdprogrammen om att erbjuda familjestöd för att främja hälsa och förebygga och behandla obesitas hos barn 6–12 år.



Foto: iStock

Referenser

1. Kader M, Sundblom E, Elinder LS. Effectiveness of universal parental support interventions addressing children's dietary habits, physical activity and bodyweight: A systematic review. *Prev Med.* 2015;77:52-67.
2. Patterson E NG, Norman Å, Elinder LS. Universal healthy school start intervention reduced the body mass index of young children with obesity. *Acta Paediatrica.* 2024.
3. Ek A, Chamberlain KL, Sorjonen K,

Hammar U, Malek ME, Sandvik P, et al. A Parent Treatment Program for Preschoolers With Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics.* 2019;144(2).

4. Ek A, Brissman M, Nordin K, Eli K, Nowicka P. A long-term follow-up of treatment for young children with obesity: a randomized controlled trial. *Int J Obes (Lond).* 2023;47(11):1152-60.



Liselotte Schäfer Elinder, Professor i folkhälsovetenskap, Institutionen för global folkhälsa, Karolinska Institutet & Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm
E-mail: liselotte.schafer-elinder@ki.se



Anna Ek, Senior forskare & legitimerad dietist, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Karolinska Institutet
E-mail: anna.ek@ki.se

Typ 2 diabetes – finns det bra behandling för barn och ungdomar idag?

Idag förekommer typ 2 diabetes hos barn och ungdomar i Sverige och verkar dessutom öka. Diagnosen föregås oftast av en längre period med prediabetes och en kraftfull viktreducerande intervention kan förebygga insjuknandet. Insjuknandet kan också vara mer akut med mer uttalade symtom. Vad kan man göra för denna patientgrupp?



Foto: iStock

Ungdomar och unga vuxna som får typ 2 diabetes har stor risk för att utveckla komplikationer; många har komplikationer och samsjuklighet redan vid debut och en ökad mortalitet föreligger ju tidigare man utvecklar typ 2 diabetes (1). Senaste åren har det tillkommit flera nya läkemedel mot typ 2 diabetes som kan användas även hos barn.

Det finns inte några säkra prevalensdata, men data från NDR 2024 visar att typ 2 diabetes utgör c a 1,5 procent av all barndiabetes i Sverige. Det är dock viktigt att poängtera att diabetes hos barn ska behandlas som typ 1 diabetes fram till att motsatsen är bevisad. I familjer där många familjemedlemmar har diabetes bör man förutom typ 2 diabetes också överväga ärftlig MODY diabetes.

Diagnoskriterier typ 2 diabetes:

- i. Klassiska symtom på hyperglykemi samt glukos $\geq 11,1$ mmol/l eller
 - ii. fP-glukos $\geq 7,0$ mmol/L vid två tillfällen
 - iii. Två timmars glukos vid OGTT $\geq 11,1$ mmol/l (venöst).
- > Samt negativa diabetesautoantikroppar (IAA, IA-1, GAD, ZnT8 ak)

C-peptidnivåer, HLA-typ samt diabetesautoantikroppar ingår i utredningen av diabetestyp och kan hjälpa till att skilja mellan diabetestyperna, men det kan också vara svårvärderat. Vid tidigt upptäckt typ 1 diabetes och med samtidig obesitas kan exempelvis nivåerna vara relativt höga.

Komorbiditet/komplicationer:

Barn med typ 2 diabetes bör screenas för hypertoni, nefropati, retinopati, lipidrubbnings, leversteatos, obstruktiv sömnapné samt PCOS hos flickor.

Behandling:

Behandlingen består av kost och livsstilsförändringar samt intensiv farmakologisk behandling. Den farmakologiska behandlingen initieras med Metformin och sedan frikostigt tillägg med GLP-1-analoger då de kan bidra med viktneidgång. Om insulin har behövts initialt, bör målet vara att insulin successivt skall sättas ut då det är svårt att åstadkomma viktneidgång under insulinbehandling.

Läkemedel:

(som tillägg till livsstilsförändringar)

1. **Metformin:** Förstahandsmedel. Sätts in direkt vid diagnos, dock ej vid ketoacidosis eller hyperosmolärt tillstånd vid debut. Metformin bör trappas upp långsamt under 3-4 veckor för att minska risken för GI-biverkningar. Vid otillräcklig effekt eller biverkningar
2. **GLP-1 analoger:**
 - a- Victoza (Liraglutid) dagliga injektioner, godkänd från 10 års ålder
 - b- Ozempic (Semaglutide) veckovis injektion, godkänd från 18 års ålder. Har bättre effekt på vikten.
 - c- Trulicity (Dulaglutid) veckovis injektion, godkänd från 10 års ålder
 - d- Rybelsus tabl (semaglutid), något krångligt att ge (fasta 6

timmar innan och 30 min efter), godkänd från 18 års ålder

3. **SGLT -2 hämmare** (Forxiga/Jardiance), Obs! risk för ketoacidosis med normalt b-glukos

4. Insulin

Målet med behandlingen bör vara att uppnå HbA1c-nivåer < 42 mmol/L, viktminskning, utreda och behandla eventuell samsjuklighet samt stöd till en mer aktiv livsstil. Barn och ungdomar med typ 2 diabetes behöver intensivt stöd för att åstadkomma förändring av livsstil och viktneidgång varför även kontakt med obesitasmottagning behöver etableras (2). Nationellt vårdprogram för barnobesitas finns sedan 2023.

Ungdomar med typ 2 diabetes och uttalad obesitas > 35 kg/m² bör få information om och erbjudas bariatrisk kirurgi från 15 års ålder om inte viktminskning går att få till stånd på annat sätt (3,4). Nyare farmakologisk behandling med kombinationer av GLP-1/GIP-analoger kan i framtiden möjligen komma att ge samma resultat som bariatrisk kirurgi gällande viktneidgång (5).

Uppföljning:

Bör följas via barndiabetesmottagning och mottagning med erfarenhet av viktbehandling. Vid 18 års ålder rekommenderas remiss till specialistmottagning med erfarenhet av typ 2 diabetes och obesitas.

Referenser

1. TODAY Study Group, Bjornstad P, Drews KL, et al. Long-Term Complications in Youth-Onset Type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2021;385(5):416-426.
2. Lingvay I, Sumithran P, Cohen RV, le Roux CW. Obesity management as a primary treatment goal for type 2 diabetes: time to reframe the conversation. *Lancet.* 2022;399(10322):394-405.
3. Olbers T, Beamish AJ, Gronowitz E, et al. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass in adolescents with severe obesity (AMOS): a prospective, 5-year, Swedish nationwide study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2017;5(3):174-183.
4. Inge TH, Laffel LM, Jenkins TM, et al. Comparison of Surgical and Medical Therapy for Type 2 Diabetes in Severely Obese Adolescents. *JAMA Pediatr.* 2018;172(5):452-460.
5. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN, et al. Tirzepatide Once Weekly for the Treatment of Obesity. *N Engl J Med.* 2022;387(3):205-216.



Amira Elimam, Överläkare, PhD, Barnendokrin och metabola sjukdomar, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska. E-mail: amira.elimam@regionstockholm.se

Långtgående positiva effekter efter obesitas-behandling under barnaåren

Många barn och ungdomar med obesitas utvecklar komplikationer redan under barndomen medan andra drabbas senare i livet. Tack vare svensk forskning vet vi idag att den behandling vi erbjuder under barnaåren faktiskt har långtgående positiva effekter. Det gäller flertalet risker som är associerade med obesitas – men inte alla.

Obesitas är en kronisk och komplex sjukdom. Hos barn och ungdomar som behandlas för obesitas är det vanligt med kardio-metabola komplikationer. Exempelvis har cirka 10 procent prediabetes, 30 procent högt blodtryck och hälften förhöjda levervärden.(1) Detta understryker att obesitas påverkar hälsan redan i tidig ålder. Flera studier visar att en minskning i grad av obesitas minskar dessa komplikationer på kort sikt.

Inte bara somatiska risker

Traditionellt har forskningen fokuserat på de kardio-metabola konsekvenserna, men det finns många fler tillstånd som orsakas av eller förvärras av obesitas i barndomen.(2) De psykosociala riskerna är omfattande. Barn och ungdomar med obesitas har lägre sannolikhet att ta en gymnasieexamen, vilket inte bara är en faktor för etablering i arbetslivet utan även en stark prediktor för framtida hälsa. Vidare är risken för depression och ångest nästan dubbelt så hög. Dessutom vet vi att obesitas i barndomen mer än dubblar risken att dö före 30 års ålder. Ovanpå detta kommer viktstigma, som i studie efter studie visat öka både den somatiska och den psykiska ohälsan.(3)

Långsiktiga effekter av obesitas-behandling i barndomen

Viktarbete är svårt, det vet alla som försökt. Så är det även för barn och ungdomar. Först är det viktresan ner, och sen börjar den riktiga utmaningen – att be-

hålla vikten. Givet att risken för viktuppgång är hög, är det avgörande att förstå om insatser under barndomen har effekt på långsiktig hälsa.

Genom att länka BarnObesitasRegisteret i Sverige (www.e-boris.se) till flera nationella register har det visats att graden av behandlingssvar under barndomen har stor betydelse för framtida hälsa. Risken att utveckla typ 2-diabetes och dyslipidemi före 30 års ålder minskar i takt med förbättrat behandlingssvar, medan risken för hypertoni endast minskar vid obesitas-remission under barndomen.(4)

I samma studie kunde man dessutom visa att risken för förtida död (före 30 års ålder) var tydligt lägre hos dem som uppnådde ett bra behandlingssvar, med en riskreduktion på nära 90 procent jämfört med de som ökade i grad av obesitas under behandlingen. Det var endast bland dem som ökade i grad av obesitas under barndomen som en kraftigt ökad dödlighet sågs, där nästan 4 procent avlidit före 30 års ålder. I en separat studie har även samband påvisats mellan god behandlingsrespons i barndomen och ökad sannolikhet att slutföra gymnasiet, oberoende av socioekonomisk bakgrund.(5)

En ytterligare viktig observation är att den psykiska ohälsan inte påverkades av graden av viktförändring under barndomen. Så även fast obesitas och psykisk ohälsa ofta samvarierar, behöver dessa två tillstånd behandlas separat.(4) Sammanfattningsvis, även om fullständig obesitas-remission ger störst hälsoeffekt på



Foto: iStock

sikt, gör även måttliga förändringar skillnad. Det gör det än viktigare att vi fortsätter erbjuda, individualisera och följa upp behandling – och att obesitasbehandling ses som en långsiktig och meningsfull investering i barns framtid.

Referenser

1. Prinz N, Putri RR, Reinehr T, Danielsson P, Weghuber D, Norman

- M, et al. The association between perinatal factors and cardiometabolic risk factors in children and adolescents with overweight or obesity: A retrospective two-cohort study. *PLoS medicine*. 2023;20(1):e1004165.
2. Marcus C, Danielsson P, Hagman E. Pediatric obesity-Long-term consequences and effect of weight loss. *J Intern Med*. 2022;292(6):870-91.
3. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W, Section On O, Obesity S. Stigma Experienced by Children and

- Adolescents With Obesity. *Pediatrics*. 2017;140(6).
4. Putri RR, Danielsson P, Ekström N, Ericsson A, Lindberg L, Marcus C, et al. Effect of Pediatric Obesity Treatment on Long-Term Health. *JAMA Pediatr*. 2025;179(3):302-9.
5. Lindberg L, Persson M, Danielsson P, Hagman E, Marcus C. Obesity in childhood, socioeconomic status, and completion of 12 or more school years: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2021;11(3):e040432.



Emilia Hagman, docent
Enheten för pediatrik, Institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik, Karolinska Institutet
E-mail: emilia.hagman@ki.se

Läkemedelsbehandling vid obesitas hos barn och ungdomar

Läkemedelsbehandling har blivit ett viktigt komplement för att behandla barn som har obesitas när kombinerad levnadsvanebehandling inte haft tillräcklig effekt som monoterapi. Nya läkemedel har visat positiva resultat för att minska BMI och förbättra samsjuklighet. Läkemedlen bör förskrivas inom den specialiserade barnsjukvården av team med stor erfarenhet av att behandla barnobesitas. Här följer en vägledning för att säkerställa en säker och effektiv vård vid läkemedelsbehandling av barnobesitas.

Injektionspennan på bilden visar inte något av de angivna läkemedlen i artikeln.

Foto: iStock

GLP-1 analoger är en läkemedelsgrupp som används vid behandling av typ 2 diabetes och obesitas. Läkemedlen liknar ett naturligt förekommande hormon som kallas glukagonlik peptid-1 (GLP-1) och frigörs från tarmen efter en måltid. GLP-1 fungerar bland annat genom att verka på receptorer i hjärnan som reglerar aptiten vilket leder till ökad mättnadskänsla och minskad hunger (1).

Godkända läkemedel vid barnobesitas
I dagsläget är två GLP-1 analoger godkända för behandling av obesitas hos barn och ungdomar från 12 år. Både liraglutid (Saxenda®) och semaglutid (Wegovy®) administreras som subkutana injektioner och titreras upp till högsta tolererbara dos (Se tabell 1).

Liraglutid (Saxenda®) gav i en randomiserad studie på ungdomar mellan 12 och 18 år en BMI minskning på cirka 5 procent efter 56 veckors behandling (2). Nyligen publicerades data för effekt och säkerhet av liraglutid på barn i åldern 6-12 år som visade liknande resultat med en BMI minskning på cirka 5 procent efter 56 veckors behandling (3). Läkemed-

let är dock än så länge endast godkänt från 12 års ålder.

En randomiserad studie visade att semaglutid (Wegovy®) gav cirka 16 procent BMI minskning efter 68 veckors behandling. Av särskilt intresse var att 40 procent av ungdomarna i studien inte längre hade obesitas efter 68 veckors behandling med semaglutid (4).

Biverkningar

De vanligaste biverkningarna vid behandling med GLP-1 analoger är gastrointestinala biverkningar så som låggradigt illamående, förstoppning, diarré, enstaka kräkningar liksom huvudvärk. Det är framför allt under upptitreringen av läkemedlet som biverkningarna förekommer. Biverkningarna är ofta kopplade till val av livsmedel eller portionsstorlek varför det är viktigt med stöd kring kostbehandling under tiden en patient står på GLP-1 analog. Vid biverkningar kan patienten fortsätta med aktuell dos för att bedöma om biverkningarna är övergående, och vid behov justera dosen efter en tidsperiod.

Vid byte av GLP-1 analog från liraglutid till semaglutid ska dosupptrappings-

schema i FASS följas då det är två olika läkemedel.

Dokumentation och biverkningsrapportering

Det är av stor vikt att dokumentera läkemedelsbehandling i kvalitetsregistret BORIS samt att rapportera biverkningar till Läkemedelsverket då det är nya läkemedel där vi bör ha vigilance.

Referenser

1. Baggio LL, Drucker DJ. Biology of incretins: GLP-1 and GIP. *Gastroenterology*. 2007 May;132(6):2131-57. doi: 10.1053/j.gastro.2007.03.054. PMID: 17498508.
2. Kelly AS, Auerbach P, Barrientos-Perez M, Gies I, Hale PM, Marcus C, Mastrandrea LD, Prabhu N, Arslanian S; NN8022-4180 Trial Investigators. A Randomized, Controlled Trial of Liraglutide for Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*. 2020 May 28;382(22):2117-2128. doi: 10.1056/NEJMoa1916038. Epub 2020 Mar 31. PMID: 32233338.
3. Fox CK, Barrientos-Pérez M, Bombardieri EM, Dacruz J, Gies I, Harder-Lauridsen NM, Jalaludin MY, Sahu K, Weimers P, Zueger T, Arslanian S; SCALE Kids Trial Group. Liraglutide for Children 6 to <12 Years of Age with Obesity - A Randomized Trial. *N Engl J Med*. 2025 Feb 6;392(6):555-565. doi: 10.1056/NEJMoa2407379. Epub 2024 Sep 10. PMID: 39258838.
4. Weghuber D, Barrett T, Barrientos-Pérez M, Gies I, Hesse D, Jeppesen OK, Kelly AS, Mastrandrea LD, Sørrig R, Arslanian S; STEP

Tabell 1

Aktiv substans	Läkemedelsgrupp	Produkt	Förväntad effekt (BMI %)	Dosering
Liraglutid	GLP 1 analog	Saxenda®	-5	0.6 mg/dagligen × 1 vecka 1.2 mg/ dagligen × 1 vecka 1.8 mg/ dagligen × 1 vecka 2.4 mg/ dagligen × 1 vecka 3.0 mg/ dagligen Alternativt max tolererbara dos.
Semaglutid	GLP 1 analog	Wegovy®	-16	0.25 mg/vecka × 4 veckor 0.5 mg/ vecka × 4 veckor 1.0 mg/ vecka × 4 veckor 1.7 mg/ vecka × 4 veckor 2.4 mg/ vecka Alternativt max tolererbara dos.

Praktisk guide vid läkemedelsbehandling

Steg	Åtgärd	Information
Behandling	Läkemedelsbehandling ska kombineras med levnadsvanebehandling (kost, fysisk aktivitet, sömn, skärmtid, fysiskt/psykiskt mående)	Läkemedelsbehandling kan eventuellt vara aktuell även inför metabol bariatrisk kirurgi.
Teamarbete	Besök bokas till de professioner som patienten har behov av att träffa.	
Inför behandlingsstart	Mät längd, vikt, BMI och blodtryck. Blodprover obesitas tas.	Årsprover obesitas. Prover tagna inom 3 månader accepteras.
Läkarbesök – Information och planering	Informera patient och närstående om effekter och biverkningar. Skriftlig information om läkemedel (bro-schyr). Visa injektionsteknik. Hänvisa till instruktionsfilmer.	Informera om att behandling inte alltid har effekt och att aptiten kan återkomma vid utsättning. Beställ hem material. Använd demonstrationspennor. Medicininstruktioner.se rekommenderas för filmer.
Dosupptrappning och uppföljning	Lägg upp en upptrappingsplan. Planera dosökningar och uppföljningsdatum (telefonbesök – uppföljning av effekt och tolerans)	Anpassad uppträttning till högsta tolererbara dos. Behandlingen ska ge god effekt utan besvärande biverkningar.
Fysiskt besök för utvärdering	Besök bokas till läkare eller sjuksköterska efter ca 16 -20 veckor från uppstart för utvärdering av effekt och eventuella biverkningar.	Beslut om fortsatt behandlingen eller ej. Behandling planeras vara långsiktig och initialt pågå minst 2 år.

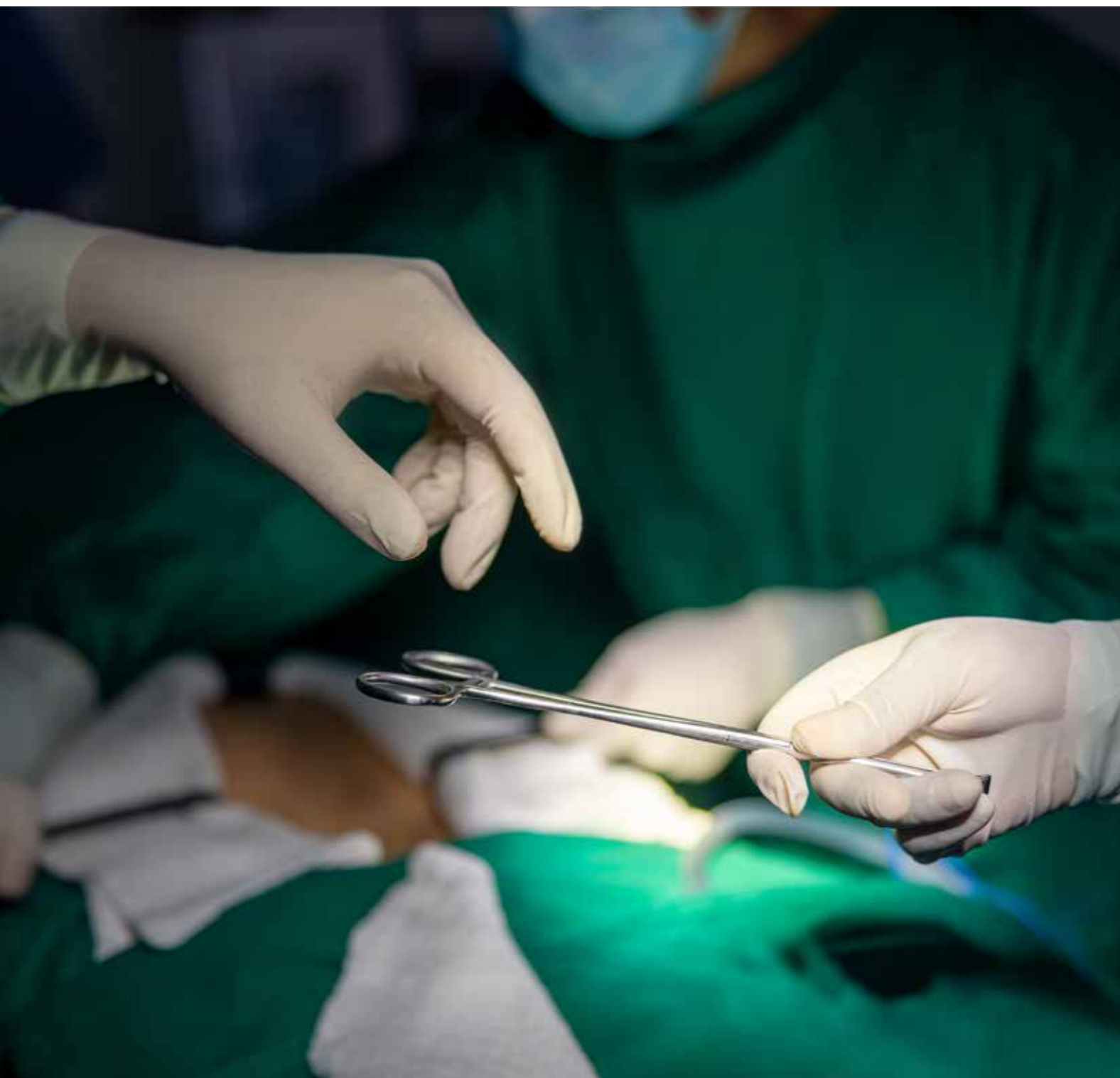
TEENS Investigators. Once-Weekly Semaglutide in Adolescents with Obesity. *N Engl J Med*. 2022 Dec 15;387(24):2245-2257. doi: 10.1056/NEJMoa2208601. Epub 2022 Nov 2. PMID: 36322838; PMCID: PMC9997064.

Jävsdeklaration: Lovisa Sjögren är PI för Step Teens studien (Novo Nordisk). Malin Örn rapporterar utbildningsaktiviteter för Novo Nordisk, all ersättning har gått till kliniken (Region Västra Götaland).



Lovisa Sjögren, Vårdenhetsöverläkare, Malin Örn Specialistsjuksköterska, Barnmedicin, Regionalt obesitascentrum barn, Drottning Silvias barnsjukhus, Göteborg
E-mail: lovisa.sjogren@vgregion.se
E-mail: malin.orn@vgregion.se

AMOS – obesitaskirurgi för tonåringar



Under 2006–2009 opererades 81 ungdomar i åldern 13–18 år med Roux-en-Y gastric bypass (RYGB). En jämgammal matchad kontrollgrupp identifierades liksom en vuxen kontrollgrupp (35–45 år) matchad för kön och BMI.

Ungdomar som opererades hade en vikt-nedgång som i princip var identisk med den hos vuxna, det vill säga 30–35 procent lägre vikt två år efter operationen, medan icke-opererade visade fortsatt viktuppgång och efter fem år hade och en av fyra genomgått obesitaskirurgi. Vi observerade betydande förbättringar i kardiovaskulära risker (glukoskontroll, blodfetter och låggradig inflammation) hos opererade jämfört med kontroller.

Förbättringar noterades också i fysisk och obesitasrelaterad livskvalitet jämfört med kontrollgruppen, dock inte några långsiktiga förbättringar i mental livskvalitet. Liksom hos vuxna rapporterades en påtaglig förbättring av psykiska måendet ett år efter operationen vilket sedan återvände till ursprungsnivån.

AMOS2- randomiserad studie

I projektet AMOS2 rekryterades 13–16-åringar med BMI >35 kg/m². Barnläkare med specialistkompetens inom obesitas utformade ett intensivt icke-kirurgiskt program för kontrollgruppen som inleddes med 8 veckors lågkaloridiet.

I stora drag bekräftar AMOS2 resultaten från AMOS och andra observationsstudier med 30 procent vikt-nedgång jämfört med kontrollgruppen, förbättrad kardiovaskulär hälsa, fysisk livskvalitet och ätmönster. Redan efter två år hade 20 procent av de som randomiserats till icke-kirurgisk behandling genomgått obesitaskirurgi och efter fem år 72 procent.

Risker och sidoeffekter

Operationsrisken är låg (<2 procent all-

varliga komplikationer). I den första AMOS-studien var dock risken för tarmvred under uppföljningen oacceptabelt hög (15 procent) vilket nu är 2 procent efter förebyggande åtgärd vid primäroperationen. Gallstensoperation behövdes hos 10 procent och därför har vi numera gallstensprofylax postoperativt.

Rekommendationer för tillskott av vitaminer och mineraler följdes otillräckligt i den första AMOS-studien vilket ledde till bristtillstånd av järn och anemi samt låga nivåer av vitamin B12. D-vitaminnivåer var låga hos 2/3 av de opererade, men lika låga i kontrollgruppen. I AMOS2 fungerade det betydligt bättre avseende rekommendationer för tillskott och det var i princip inga brister efter två år. Benhälsan är dock ett område vi studerar noggrant då bentätheten minskar vid stor vikt-nedgång, om än från en hög till normal nivå.

Psykologiskt stöd behövs även postoperativt

AMOS-projekten visar att även om självkänsla, aktivering och kontroll över ätandet förbättrades i samband med stor vikt-nedgång så kvarstod ett lägre stämningsslag än hos jämgamla och ungdomar som opererades hade i större omfattning samtidig psykisk ohälsa.

Det större behovet av vård för psykisk ohälsa beror huvudsakligen på skillnader mellan grupperna vid *baseline*. Ett av de viktigaste budskapen är att tonåringar med svår obesitas utgör en psykosocialt utsatt och skör grupp där neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (såsom ADHD och autism), är starkt överrepresenterade. Möjligheten att aktivera psy-

kologiskt stöd behöver därför finnas även postoperativt.

Varför vikt-nedgång efter kirurgi?

Fungerande obesitaskirurgi bygger huvudsakligen på förändrade signaler för aptitreglering och energibalans. Den opererade kan efter hand äta "som vanligt" men upplever mindre hunger, tidigare mättnad och en bibehållen energimetabolism trots vikt-nedgång. Många patienter frågar: "Har ni opererat mig i magen där jag har ärren, eller i huvudet där jag känner skillnaden?"

Studier av såväl positiva som negativa långtidseffekter efter kirurgi är angelägna, och jämförande studier mellan obesitaskirurgi och nya läkemedelsbehandlingar är önskvärda. Vår förhoppning är att de olika obesitasbehandlingarna istället komplettera varandra och leda till att fler får god och tillräcklig behandling för obesitas.



Torsten Olbers, Professor i Metabol kirurgi, Linköpings Universitet
E-mail: torsten.olbers@liu.se

Erfarenheter från andra länder

I USA, där obesitaskirurgin har längst tradition, har den prospektiva fallserien Teen-LABS nu renderat i tre artiklar i New England Journal of Medicine. Resultaten validerar i stor utsträckning de vi har sett i AMOS, även om där främst operationsmetoden sleeve gastrektomi använts. Det är för närvarande oklart om *sleeve* eller *bypass* ska vara standardmetoden för ungdomar.

Fakta AMOS-projektet

Sedan 2006 finns ett nationellt multidisciplinärt samarbete för att utvärdera obesitaskirurgi för tonåringar. Projektet fick namnet: Adolescent Morbid Obesity numera: Adolescent Metabolic-Obesity Surgery.



Foto: iStock

Hur mår barn och ungdomar med obesitas psykiskt?

Psykisk ohälsa är vanligt hos barn och ungdomar och de med obesitas drabbas oftare än genomsnittet. Unga som söker obesitasbehandling har ofta högre grad av psykisk ohälsa än de med obesitas som inte söker vård. Det är dock vanligt att vården missar att systematiskt screena dessa barn.

De former av psykisk ohälsa som är vanligast hos ungdomar generellt, ångest och depression, är också vanligast hos ungdomar med obesitas. Longitudinella studier pekar mot ett dubbelriktat samband. Till exempel har ungdomar med depression en ökad risk att utveckla obesitas. Ökad aptit och minskad aktivitet föreslås vara bidragande orsaker. Samtidigt innebär obesitas i barndomen en ökad risk att utveckla depression. Inflammation, läkemedelsbehandling och stigmatisering är några förklaringar som har lyfts fram till detta samband.

Extra stöd vid neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Bland barn med obesitas är ADHD och autism överrepresenterat. För barn med ADHD kan vikten drivas på av svårigheten att inhibera impulser. Att hålla tillbaka impulsen att äta när det finns lättåtkomlig mat man gillar, är extra svårt vid ADHD. Därför kan barn med ADHD behöva mer stöd från vuxna att hantera sin obesitas, än andra barn utan neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Barn med autismspektrumstörning har ofta selektivt ätande och föredrar högprocessad mat som nuggets eller fiskpinor, vilket kan bidra till obesitas. I stället för att se dem som "selektiva snabbmatsälskare" bör man förstå att de föredrar det välkända och säkra. Nuggets är förutsägbara, medan färska grönsaker och frukter varierar i smak och textur. Förståelse kring dessa specifika utmaningar hos barn med autism behövs integreras i obesitasbehandlingen.

Få uppfyller kriterierna för ätstörning

Tvärtom vad många tror så är det få barn och ungdomar med obesitas som uppfyller kriterierna för en ätstörning. Hetsättningsstörning, den vanligaste ätstörningen vid obesitas, har en genomsnittlig insjuknandeålder på 25 år. Även om få barn uppfyller kriterierna för en ätstörning, upplever många bekymmer

kring sitt ätande. Vanligast är kontrollförlust över ätandet, vilket innebär en känsla av att inte kunna styra vad eller hur mycket man äter. Det är viktigt att fånga upp kontrollförlust över ätandet, då det är associerat med ångest och depression samt viktuppgång.

Viktnedgång ger inga garantier för psykiskt välmående

Många föräldrar oroar sig för att obesitasbehandling kan orsaka ätstörningar, vilket kan leda till att de tackar nej till behandling. Professionellt ledd obesitasbehandling ökar dock inte risken för framtida ätstörningar, utan tycks ha en skyddande effekt. Tänkbara skyddsfaktorer är att behandlingsfokus ligger på att göra små och hälsosamma förändringar över tid i stället för drastisk bantning. Det kan också innebära att föräldrarna involveras för att stötta och även att behandlingen reducerar känsla av skuld, bland annat genom psykoedukation kring orsaker till obesitas.

Även om obesitasbehandling minskar risken för framtida ätstörning, så innebär inte viktnedgång en förbättrad psykisk hälsa. I dagens samhälle nås vi implicit av budskapet att vi skulle bli lyckligare om vi gick ner i vikt. Det gör att många förväntar sig minskade symptom på ångest och depression efter en viktnedgång. Även om en tillfällig förbättring kan ske vid viktnedgång, är den inte bestående. Det kan vara svårt att nå fram med budskapet, men det är viktigt att förmedla till ungdomar att viktnedgång inte är ett hållbart sätt få en bättre psykisk hälsa.

References

1. Bruze, G., Jarvholm, K., Norrback, M., Ottosson, J., Naslund, I., Soderling, J., Reutfors, J., Olbers, T., & Neovius, M. (2024). Mental health from 5 years before to 10 years after bariatric surgery in adolescents with severe obesity: a Swedish nationwide

2. Jebeile, H., Gow, M. L., Baur, L. A., Garnett, S. P., Paxton, S. J., & Lister, N. B. (2019). Treatment of obesity, with a dietary component, and eating disorder risk in children and adolescents: A systematic review with meta-analysis. *Obes Rev*, 20(9), 1287-1298. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00311-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00311-5)
3. Quek, Y.-H., Tam, W. W. S., Zhang, M. W. B., & Ho, R. C. M. (2017). Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 18(7), 742-754. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/obr.12535>
4. Sammels, O., Karjalainen, L., Dahlgren, J., & Wentz, E. (2022). Autism Spectrum Disorder and Obesity in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts*, 15(3), 305-320. <https://doi.org/10.1159/000523943>
5. Tanofsky-Krass, M., Schvey, N. A., & Grilo, C. M. (2020). A developmental framework of binge-eating disorder based on pediatric loss of control eating. *Am Psychol*, 75(2), 189-203. <https://doi.org/10.1037/amp0000592>



Kajsa Jarvholm, leg. psykolog, docent Institutionen för psykologi, Lunds universitet
Enhet Barnövervikt, Skånes universitetssjukhus
E-mail: kajsa.jarvholm@psy.lu.se



Barnobesitas-vården i Halland – datadriven vård och samverkan på riktigt

I Halland har Barn och ungdomskliniken bedrivit barnobesitas-vård under lång tid och har nu stor erfarenhet. Våra obesitas-team är sjuksköterskecentrerade och har hög kompetens. Vi erbjuder kombinerad levnadsvanebehandling i team kring patienten på regionens fyra barnmottagningar. Vi remitterar även till obesitaskirurgi och erbjuder läkemedelsbehandling riktad till de ungdomar som har uttalad obesitas och komplikationer.

Kombinerad levnadsvanebehandling fungerar som bas vid all barnobesitas behandling. Ett viktigt budskap är att ditt bemötande spelar stor roll. Att be om lov att få prata om barnets viktutveckling brukar vara en bra ingång. Då finns möjlighet att mötas kring erfarenheter och oro som familjen känner inför behandling. I kombinerad levnadsvanebehandling ingår en bred kartläggning av barnets och familjens hela situation. Hur ser det ut med kost, fysisk aktivitet, sömn, skola och psykiskt mående? Vad har familjen för resurser och möjligheter? Vilka hinder finns? Teamet behöver vara samspelta för att kunna ge en individuell familjebaserad behandling.

Vågar tänka nytt

Över tid har patientgruppen växt och det har varit utmanande att organisera vården så att tillgängligheten förblir tillräcklig. Vår lösning har handlat om att våga tänka nytt och flera utvecklingsprojekt har genomförts. Region Halland är framsynt när det gäller datadriven vård och har tidigt haft förmågan att se de

långsiktiga vinsterna med att ge effektiv vård till patientgruppen. Detta för att förebygga framtida mer uttalade vård- och samhällskostnader. Politikerna har också visat mod kring att ge stödinsatser som haft som mål att utjämna hälsoskillnader för barn med obesitas. Forskning bedrivs aktivt inom obesitasfältet av fyra medarbetare på kliniken men vi deltar också i kliniska läkemedelsprövningar för patientgruppen. Vården har individanpassats och kan vara digi-fysisk när det passar familjen. Det är av särskild vikt för de många familjerna som har långa resvägar. Patientföreningen Obesitas Sverige har engagerats kontinuerligt i olika frågor kring utformningen av vården.

Samarbete en förutsättning

Sedan lång tid har vi ett fint samarbete med barnhälsovården i Halland som genomför tidig intervention med god effekt. Vi har också en fin samverkan med flera av våra halländska kommuner i form av friskvårdsgrupper. De avlastar vår vårdinsats och har stor betydelse för enskilda patienter genom hälsofrämjande och

anpassade fritidsaktiviteter.

Målet bör vara att vårdkedjan hänger ihop gällande både förebyggande arbete, identifikation, tidig intervention och behandling av obesitas. Samarbete är helt nödvändigt.

Som verksamhetschef för en barnklinik ser jag att det är min roll är att belysa att det här en grupp barn som många gånger har en stor samsjuklighet och tidigare riskerade bemötas på ett stigmatiserande sätt. Vi har målmedvetet arbetat mot att öka kunskapen kring patientgruppen och vikten av ett icke-dömande bemötande.



Josefine Roswall, Verksamhetschef/ överläk, Barn- och ungdomskliniken, Hallands sjukhus Halmstad. E-mail: Josefine.Roswall@regionhalland.se



”Jag räknas – en trygg skolgång” Digital utbildning mot vikt mobbning i skolan

Många barn som lever med obesitas beskriver skolan som en plats där de ständigt utsätts för vikt mobbning. ”Kilona på vågen är lätta jämfört med alla dessa sår jag bär med mig från vikt mobbningen”, berättar en av de ungdomar som bidragit med sina erfarenheter.

För att motverka detta har Riksförbundet Obesitas Sverige utvecklat Jag räknas – en trygg skolgång, en digital utbildning med tio moduler. Den riktar sig i första hand till skolpersonal – lärare, elevhälsa och rektorer – men är också relevant för dig som möter barn i vården. Att förstå barnets hela livssituation, inklusive erfarenheter av vikt mobbning, är avgörande för ett empatiskt och effektivt vårdmöte. Utbildningen ger både grundläggande och fördjupande kunskap om barnobesitas, stigmatisering och psykisk ohälsa. Den innehåller även verklighetsbaserade elevberättelser, praktiska verktyg, diskus-

sionsfrågor och ungdomars egna berättelser. En ungdomsgrupp har varit delaktig i utvecklingen för att säkerställa att rätt frågor lyfts på rätt sätt.

Innehållet är faktagranskat av såväl skolpersonal som vårdprofessioner. Genom att ta del av utbildningen kan du som barnläkare få ökad kunskap om hur obesitas påverkar barnets vardag – och därmed bidra till ett mer lyhört, respektfullt och stödjande vårdmöte.

Läs mer och ta del av utbildningen på obesitassverige.se/jagraknas.



Ulrika Wedin, Kommunikationsstrateg och organisationsutvecklare Riksförbundet Obesitas Sverige
E-mail: ulrika.wedin@obesitassverige.se



Jenny Vinglid, Generalsekreterare på Riksförbundet Obesitas Sverige
E-mail: jenny.vinglid@obesitassverige.se

Inspirerande dagar i den eviga ungdomens stad

Sol och sommarvärme mötte deltagarna på årets Barnvecka. Det blev fyra dagar fyllda av inspirerande föreläsningar, workshops och möten i den vackra studentstaden. Med årets tema ”Födas, växa, leva - barnet och framtiden” ville arrangörerna lyfta fram hur arbetet inom barnsjukvården påverkar den unga patienten genom hela livet. Nästa år är det dags för Jönköping att slå upp dörrarna till detta återkommande och uppskattade evenemang.



Kommittén för Barnvecka 2025 i det härliga vårvädret utanför Uppsala Konsert och Kongress. . F v t h Hanaa Marzouk, Olivia Brunell, Martin Johansson, Maria Grandahl, Cecilia Montgomery, Erik Normann, Kajsa Waldenvik, Ylva Thernström Blomqvist, Samuel Henriksson, Géraldine Giraud, Henrik Hill, Åsa Neuman
Foto: Hanaa Marzouk



Ida Kleve belönades med jubileumspriset för bästa avhandling inom pediatrik omvårdnad med avhandlingen ”Barncentrerad vård vid nålprocedurer”. Här med Charlotte Angelhoff t v och Helena Wigert t h. Foto: Margareta Munkert Karnros



Veronica Siljehav tar emot Young Investigator Award från tidsskriften Acta Paediatrica:s chefredaktör Hugo Lagercrantz. Foto: Margareta Munkert Karnros



Barnläkare under utbildning (BLU) hade nöjet att få dela ut priset för årets bästa handledare till Louise Kindgren. Foto: Margareta Munkert Karnros



En stolt Jens Böhmer tar emot Rolf Zetterström-priset av BLF:s vetenskapliga sekreterare Thomas Abrahamsson. Foto: Margareta Munkert Karnros



Pristagaren för bästa muntliga abstract-presentation Henrik Hjelmgren här med Karin Enskär, Professor vid institutionen för Kvinnor och Barns hälsa i Uppsala. Foto: Thomas Abrahamsson



Essi Whaites Heinenon, neonatolog på Karolinska Universitetssjukhuset tog hem priset för bästa poster. Foto: Veronica Siljehav



Sara Babiker, vann tidsskriften Acta Paediatrica's årliga quiz. Här med chefredaktör Hugo Lagercrantz. På andra plats kom Henrik Arnell och på tredje plats kom Eva Olsson. Förstapriset var ett presentkort hos en bokhandel och andra pris fina böcker. Foto: Anna Käll



Sedvanligt pampig ceremoni med trumpetfanfar under årets utdelning av Rosen von Rosensteins pris i Gustavianum. Pristagare 2025 är Professor Zulfiqar Bhutta, Professor Mikko Hallman och Professor Göran Wennergren.



Professor Göran Wennergren, ordförande för Stiftelsen Acta Paediatrica, tar emot sitt diplom.
Foto: Margareta Munkert Karnros



Föreläsningsgruppen inom Mage/Tarm förbereder sig inför dagens arbete. Foto: Urban Tirén



På tisdagen bjöds det på hejdundrande trumkonsert i Uppsala Saluhall som gjorde det svårt för middagsgästerna att sitta still. Gruppen Le Bagatae framförde både musik och dans från Guinea under ledning av dansaren Issa Cissé. Medverkande gjorde även danselever från Uppsala och Barnveckans general Olivia Brunell. Foto: Margareta Munkert Karnros



Överlämning av stafettpinen till nästa års general. Från vänster Henrik Hill, Samuel Henriksson, Kajsa Waldenvik, Hanaa Marzouk, Géraldine Giraud, Åsa Neumna, Maria Grandahl, Martin Johansson, Barbro Diderholm, Erik Normann. I förgrunden f v general för BV 2025 i Uppsala Olivia Brunell som lämnat stafettpinen till Jenny Lindberg general för Barnveckan i Jönköping 2026. Foto: Johanna Löfblad



Glada middagsgäster på V-Dala nation njuter av förrätten med chèvre och rödbetor vid ett elegant dukat bord.
Foto: Urban Tirén



Ansvariga för det sociala programmet under veckan, f v Maria Grandahl, Henrik Hill, Åsa Neuman Foto: Olivia Brunell



Tre glada damer i fina högtidskläder så som inbjudan till galamiddagen på V-Dala nation förespråkade. Fr v Skedvidräkt (Östergötland), i mitten Jössehärradräkt (Värmland) och damen till höger en daladräkt från okänd ort. Foto: Urban Tirén



Martin Jägerwall, Henrik Hill och Olivia Brunell skålar i minglet på V-dala nation. Foto: Urban Tirén



Arrangörerna för Barnveckan 2026 ser ut att vara väl förberedda för sitt prestigefyllda uppdrag i Jönköping nästa år.
Foto: Urban Tirén.



Härlig stämning under gala-middagen på V-Dala nation sista kväll Foto: Hanaa Marzouk

Bokrecension



Titel: Övervikt och obesitas hos barn
Författare: Mariette Derwig, Anna Ek, Linda Håkansson, Catharina Neovius
Förlag: Gothia Kompetens AB
Antal sidor: 168
Upplaga: 1
Utgivning: 2025-03-10
ISBN: 978-91-77-41322-6

Det här är en bok om kunskap, stöd och verktyg för samtal med föräldrar om barns övervikt. Att prata med föräldrar om hög vikt hos barn är känsligt och en svår uppgift inom barnhälsovården. Det är dock avgörande för att för att skapa hälsosamma vanor i tidig ålder. Boken Övervikt och obesitas hos barn ger barnhälsovården kunskap, stöd och praktiska råd för att möta familjer med empati och respekt och för att underlätta förändringar som gör skillnad i vardagen. Vårdpersonal kan känna oro för att samtalet om barnets vikt upplevs som anklagande, att de väcker känslor av

skuld och skam hos föräldrar eller att det påverkar barnet negativt. Samtidigt visar både forskning och erfarenhet att tidig upptäckt och tidiga insatser gör störst skillnad – framför allt i förskoleåldern kan små förändringar i vardagen ge en mer hälsosam viktutveckling. Boken ger stöd i dessa viktiga samtal med föräldrar. Du får kunskap och djupare förståelse för orsaker och riskfaktorer kopplade till övervikt och obesitas, råd om hur du kan använda BMI-kurvan som pedagogiskt verktyg i samtal med föräldrar och exempel på strukturerade samtalsmodeller. Genom fallbeskrivningar och föräldrars reflektioner illustreras både framgångar och svårigheter i möten med familjer. Boken är till för dig som möter barn och deras familjer inom barnhälsovården, men den kan även vara värdefull i elevhälsans medicinska insatser. Du får med dig många praktiska verktyg att använda i samtalet för att med empati och respekt bidra till barns hälsa samtidigt som du stärker föräldrarnas engagemang – allt med barnets bästa i fokus. (Gothia Kompetens AB)

Illustrationskonsten i barnböcker hyllas med utställning

Bakom Mumintrollet, Karlsson på taket, Gittan och roboten Chop Chop står några av Nordens mest framstående barnboksillustratörer. Utställningen Från Mumin till Chop Chop lyfter fram den visuella berättarkonstens unika kraft och visas på Prins Eugens Waldemarsudde t o m den 17 augusti, 2025.



Från Mumin till Chop Chop är en färgstark hyllning till illustrationskonsten i barnbokens värld. Här finner vi verk från Tove Jansson (1914 - 2001), Ilon Wikland (f 1930), Pija Lindenbaum (f 1955) och Linda Bondestam (f 1977). Bland utställningens 300 verk finns skisser, färdiga illustrationer och även tidiga Muminfigurer samt skulpturer i papper. I fokus står det nära

sambandet mellan bild och ord i barnbokens värld. Hur formas egentligen en karaktär, händelser och stämningar utifrån en text? Vilken roll spelar färger, linjer och former i illustrationerna? Det är många frågor som väcks till liv i denna lekfulla och uttrycksfulla visualisering av fyra helt skilda sagovärldar. Allt fångat i en tidsresa med början i 1940-talet och fram till idag.

Liljevalchs vårsalong: Det utforskande barnet tar oss tillbaka till barndomens tidlöshet



"Ge mig en riktning" av Sofie Stenberg. Äggoljetempera på linneduk. Foto: Liljevalchs



Vem är du? Av Anne Ørvad Andersson. Akvarell på papper. Foto: Liljevalchs

Årets vårsalong på Liljevalchs rymmer allt från klassiskt måleri, skulptur och teckning till installation, performance och textilkonst. Bakom urvalet verk står konstnären och curatören Marcia Harvey Isaksson, konstnären Daniel Youssef och curatören Sandra Weil samt konsthallens chef Joanna Sandell Wright. Bland de 282 alstren finns speciellt två som tar oss med en bit ner på jorden – i det avseendet att de speglar naturen ur barnets perspektiv.

En av de mest uttrycksfulla målningarna med barnmotiv i utställningen är *Ge mig en riktning* av Sofie Stenberg. Målningen föreställer ett barn som klättrar i ett berglandskap. Det är en miljö som ser ut att lösas upp omkring barnet, även under dess krampaktiga grepp kring klippans vassa kanter. Knogarna vitnar och blicken söker ihärdigt efter ett fast underlag för den trevande foten. I blicken finns mer av målmedvetenhet, än ängslan att misslyckas och falla. Konstnären Sofie Stenberg är född 1977, utbildad vid Konstfack och verksam i Uppsala. Hennes konstnärskap återkommer ständigt till teman kring naturen, barnet och tiden. Bildvärlden byggs ofta upp med ett abstrakt landskap, likt ett scenrum där en

händelse eller situation kan komma att utspela sig. Ibland lämnar hon landskapet obefolkat och ibland syns en figur. Inget är förutbestämt i början av skapandeprocessen. Det andra konstverket som fånglade med sina enkla former och dova färger var *Vem är du?* av Anne Ørvad Andersson. Verket visar ett barn i 10-årsåldern med lingult hår. Klätt i limegrön luvtröja, jeans och stövlar sitter barnet på huk mitt i en upplöjd åker. Solens varma strålar faller på lerhögena mellan fårorna. Det är barnets avundsvärda fascination för det lilla i verkligheten, som vi ser. Det liv eller de spännande ting som gömmer sig bland de kompakta jordkokorna och de ändlösa fårorna efter plogskärans blanka

stål. När de djupaste tankarna kring upptäckterna tar över barnets väsen, stannar tiden. Så länge detta pågår kan ingen kyla, skymning eller ängslan ta sig in och störa eller förstöra. Allt är frid och barnet är ett med den miljö det har kring sig.

Anne Ørvad Andersson är född 1955, autodidakt och uppväxt på Gotland men bor idag på Öland. Den omgivande naturen och människorna påverkar hennes skapande. Livet på öarna och hennes uppväxt på landsbygden har haft en stark inverkan på hennes måleri.

Margareta Munkert Karnros
 E-mail: info@barnlakaren.se

ISSUE HIGHLIGHTS MAY 2025

Anna Käll, Hugo Lagercrantz
 Corresponding author: Anna Käll
 Acta Paediatrica, Solna, Sweden
 E-mail: anna.kall@actapaediatrica.se



The new classification of obesity will just complicate assessments in paediatric clinics

A new classification of obesity was proposed in January 2025 by a Commission convened by The Lancet. An editorial by Annika Janson points out that the new criteria are likely to complicate work in paediatric clinics, who currently use body mass index (BMI) charts that are easy to use and explain. These are still appropriate for children, because they cannot build a lot of muscle and a high BMI almost always means a high proportion of body fat. Janson also states that many of the new criteria need to be defined, such as what is meant by movement restriction and abnormal liver tests. <https://doi.org/10.1111/apa.70005>



Treatment trajectories of children referred to a national centre for gender incongruence

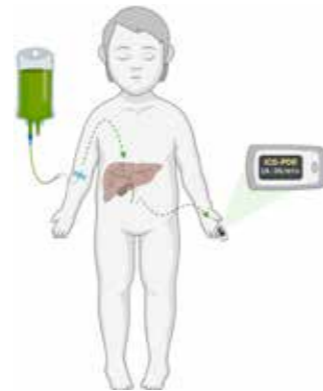
Nyquist et al explored the treatment trajectories of 1258 children and adolescents under the age of 18 who were referred to the Norwegian national centre for gender incongruence from 2000-2020. The mean age at referral was 14.4 years and 68.4% had been assigned female gender at birth. Gender-affirming hormonal treatment (GAHT) was initiated in 62.2%. Puberty suppressants were given to 10.7% and were more common in those assigned male gender at birth. There was a high continuation rate from puberty suppressants to GAHT. Eighteen people who were assigned female gender at birth de-transitioned after testosterone treatment. The mortality rate was 0.9% by the end of 2023. <https://doi.org/10.1111/apa.17530>



The awakening of the newborn human infant and the emergence of consciousness

A mini-review by Hugo Lagercrantz describes how the gradual development of human consciousness starts in the womb at about 24 weeks of gestation. Before that stage, the nerves from the primary soma-

tensory, visual and auditory areas are not yet connected with the most probable site of consciousness in the cerebral cortex. When newborn infants wake up at birth, they seem to be aware of their body and their mothers' facial expressions, voice and smell. Other important milestones occur at five months of age, when infants seem to be conscious about what they are seeing, and at nine months when they become more sociable. <https://doi.org/10.1111/apa.70031>



Is indocyanine green clearance the perfect liver test?

Determination of indocyanine green (ICG) clearance with pulse spectrophotometry offers a non-invasive measure of liver function. Ficerai-Garland et al assessed the association between ICG clearance and liver function

in children with liver disease. They concluded that ICG may aid decision-making in paediatric liver disease, together with other biochemical measures, imaging and clinical presentation. However, the authors state that larger studies are needed to assess the usefulness of ICG in children with acute liver failure. Henrik Arnell comments on the findings.

<https://doi.org/10.1111/apa.17518>
<https://doi.org/10.1111/apa.17585>



Low-grade intraventricular haemorrhage in extremely preterm infants did not impact neurodevelopment

Broström et al compared what impact low-grade intraventricular haemorrhage (IVH) had on children born extremely preterm (EPT), from 2004 to 2007, by comparing them with EPT controls without IVH.6 The neonates with IVH were sicker than the controls, but they did not have significantly smaller brain volumes or worse neurodevelopmental outcomes at 10 and 12 years of age. <https://doi.org/10.1111/apa.17517>

Figures 1, 5: istockphoto, 2, 3; cropped, original by mattiaskarlen.com, 4: Ficerai-Garland et al via biorender.com



Barns fantasi fungerar inte sämre för att kroppen gör det.

MinStoraDag hjälper svårt sjuka barn att förverkliga sina önskedrömmar.



MinStoraDag har ett 90-konto och granskas därför årligen av Stiftelsen för Insamlingkontroll. Stöd oss på PlusGiro: 900513-3 eller BankGiro: 900-5133.

Teman i Barnläkaren 2026

	Utgivn:	Materialdag (annons):
1. Barn och läsning	9 feb	14 dec
2. Dermatologi	28 mars	12 feb
3. Ungdomsmedicin	25 maj	22 apr
4. Onkologi	22 juli	5 jun
5. Gastroenterologi	8 okt	26 aug
6. Barn och infektioner	10 dec	22 okt

www.barnlakaren.se

OBS! Under kalendariet publiceras enbart kalendarietpunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på www.barnlakarforeningen.se. För mer info om respektive kurs se www.barnlakarforeningen.se/kalender/

Info om BLF Lunchwebinar 2025

Som vanligt gäller första tisdagen i varje månad kl 12.15-13.00 i samarbete med Svenska Läkarsällskapet Info: <https://www.barnlakarforeningen.se/2024/12/04/blf-lunchwebbinarier-under-varen-2025/>

5/5 -6/5 Kurs i Neonatal Transportmedicin, Kalmar
Info: <https://neo.barnlakarforeningen.se/kalender/kurs-i-neonatal-transportmedicin/>

15/5-16/5 Nationella Regiondagar, Göteborg
Info: <https://sbkf.barnlakarforeningen.se/kalender/nationella-regiondagar-15-16-5-goteborg/>

25/5-28/5 NFBO The 13th Nordic Conference on Child Abuse and neglect, Köpenhamn
Info: <https://bsfi.barnlakarforeningen.se/kalender/nfbo-the-13th-nordic-conference-on-child-abuse-and-neglect/>

26/5-30/5 ESPID 2025 Bukarest Paediatric Infectious Diseases Meeting
Info: <https://inf.barnlakarforeningen.se/kalender/esp-id-2025/>

13/6-16/6 EAACI Congress 2025, Glasgow
Info: https://eaaci.org/events_congress/eaaci-congress-2025/

23/6-25/6 Hot topics in infection and immunity in children, The ESPID-Oxford Course
Info: <https://inf.barnlakarforeningen.se/kalender/hot-topics-in-infection-and-immunity-in-children-the-esp-id-oxford-course/>

8/7-11/7 EPNS congress, München
Info: <https://snpf.barnlakarforeningen.se/kalender/epns-kongress-i-munchen-2025/>

NÄSTA NUMMER

Nästa nummer har temat **Endokrinologi** och utkommer den 22 juli.

Det kommer dock att finnas tillgängligt på Barnläkarens hemsida www.barnlakaren.se tidigare.

Via vårt nyhetsbrev, Facebook och Twitter får du information om när detta sker.

Tipsa gärna om nyheter:
info@barnlakaren.se

När du swishar behandlas dina uppgifter av Röda Korset.
Läs hur på rodakorset.se/personligintegritet

90 SVENSK
KONTO INSAMLINGS
KONTROLL

Var med och rädda liv!

Swisha 123 665 28 95

Vi är på plats och hjälper människor som drabbas av konflikten i både Palestina och Israel. Din gåva blir till mat, vatten och akutvård.



 Svenska Röda Korset

rodakorset.se





Bli en del av teamet på Barnsjukhuset Martina

BARNSJUKHUSET MARTINA är den största vårdgivaren för barn- och ungdomsmedicinsk öppenvård i Stockholm, med över 250 medarbetare på många platser i Stockholm.

Den huvudsakliga inriktningen är BUMM via regionsavtal inklusive neuropsykiatri. Vår största enhet ligger på Sophiahemmet. Martina har i dagsläget 3 BVC mottagningar och även avtal för barnlogopedi och ortopedi.

Martina har många olika subspecialister men grunden i verksamheten utgörs av allmänpediatriker. Givetvis understödda av kunniga barnsjuksköterskor inom många områden (ADHD, astma och allergi, gastro, obesitas och uroterapi) samt dietistverksamhet.

Vi tycker att det är viktigt med en akademisk miljö och satsar på kompetensutveckling för alla medarbetare och har sedan länge tagit emot ST läkare på våra sex stycken barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

Flexibilitet är något vi eftersträvar som arbetsgivare och försöker skraddarsy anställningen så att det ska passa privatlivet. Martina har en HR funktion och naturligtvis tillämpas kollektivavtal med pensionsavsättningar.

Nu söker vi barnläkare till BUMM

Om du intresserad av att arbeta hos oss, antingen som anställd eller konsult, kontakta någon av våra verksamhetschefer för mer information.

www.barnsjukhusetmartina.se



MARTINA finns på följande platser i Sthlm:

- ▶ Sophiahemmet
- ▶ Globen
- ▶ Järvastaden
- ▶ Norra Djurgårdsstaden
- ▶ Sollentuna
- ▶ Nacka Strand
- ▶ Huddinge
- ▶ Bromma
- ▶ Lidingö