

Data om övervikt och fetma hos barn är inte tillförlitliga

BARN I ALLA ÅLDRAR BÖR VÄGAS OCH MÄTAS REGELBUNDET

Fetma i barn- och ungdomsåren är en kronisk sjukdom med allvarliga konsekvenser. Barn med fetma har tre gånger högre dödlighet före 30 års ålder jämfört med normalbefolkningen [1], och de har betydligt svårare att klara av skolan [2]. Barnfetma leder också till 20 gånger högre risk att före 30 års ålder utveckla typ 2-diabetes [3], en sjukdom som är betydligt allvarigare än typ 1-diabetes med snabb utveckling av följsjukdomar [4-6].

Detta i kombination med att det beräknas finnas 150 miljoner barn med fetma i världen har gjort att WHO bedömer att barnfetma är ett av våra största globala hot mot folkhälsan. WHO har därför satt upp ett mål för sina medlemsländer att inget land ska öka sin andel av barn med fetma fram till 2025 – oavsett vilken förekomst man har i dag. Sverige har av World Obesity Forum bedömts ha en föga smickrande 23 procenters chans att klara detta mål [7].

Det är därför med viss lättnad vi kan konstatera i detta nummer av Läkartidningen (LT) att andelen barn med övervikt bland svenska 4-åringar inte förefaller att ha ökat sedan en tidigare sammanställning som publicerades i LT 2009 [8]. Det finns dock en hel del att fundera över. Skillnaden i andel med övervikt i olika landsdelar är stor. I Västernorrland och Stockholm är den drygt 10 procent, medan den är 16 procent i Värmland.

Vi vet faktiskt inte alls vad dessa skillnader beror på, det vill säga om det finns skillnader i hur framgångsrikt det preventiva ar-



Pernilla Danielsson Liljeqvist, med

dr, barnsjuksköterska, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm



Claude Marcus, professor, barn-

läkare, Karolinska universitetssjukhuset; Martina centrum för vikhthälsa, Sophiahemmet, Stockholm; båda Karolinska institutet, CLINTEC, enheten för pediatrik

● Claude.marcus@ki.se

betet är i olika regioner eller om det sammanhänger med faktorer som vi inte alls kan påverka. I den tidigare LT-sammanställningen var spridningen större: från 7 procent i Blekinge till 19 procent i Västernorrland. Det som är än mer anmärkningsvärt är att det, samtidigt som medelvärdet över landet är stabilt, har skett mycket kraftiga förändringar regionalt. En ökning med mer än 50 procent har ägt rum i Blekinge, medan Västernorrland minskat sin andel med 30 procent. Vi vet inte om detta beror på bra/dåligt folkhälsoarbete eller om det är ett tecken på att det finns en osäkerhet i datainsamlingen som gör att vi kanske inte riktigt kan lita på resultaten.

Det finns många faktorer som kan påverka utfallet av längd- och viktmatningar. Om man genomför mätningarna ett par månader efter 4-årsdagen, så leder det till att BMI blir högre, och därmed riskerar man att överdriva graden av övervikt. Om man har mycket fokus på viktbedömningar, kan familjer med uttalade problem tendera att utebli eller komma så sent på kontroll att man inte ingår i sammanställningen. Det har på senare tid utvecklats en kroppsviktaktivt rörelse som inte anser att man bör mäta barns längd och vikt för att inte stigmatisera barn, vilket har ökat problemen att få tillförlitliga data. Problemen med att inte alla barn finns med i vägningar ökar med ökande ålder. Det medför att vi inte har några tillförlitliga data om hur stor andel av tonåringarna som har övervikt och fetma, vilket är olyckligt eftersom det är i den åldern som vikten på allvar börjar påverka metabolismen så att sjuklighet uppstår [9].

Förändringar i tillväxtnmönstret kan vara tidiga tecken på sjuklighet, vilket är en god anledning till att barn bör vägas och mätas regelbundet. Det är en billig screeningmetod, och tidigare tillväxtdata är viktiga för att kunna värdera om en aktuell sjukdom påverkat längd och vikt.

På aggregerad nivå är säkra och regelbundna mätningar av barns vikt och längd

känsliga och objektiva markörer för den sociala utvecklingen i samhället [10]. I mer socialt segregerade samhällen är barns längdtillväxt direkt kopplad till familjernas socioekonomiska status.

Barns grad av övervikt är i de flesta länder, inklusive Sverige, starkt inversterad till hur resursstarka familjerna är, och skillnader kan noteras redan i tidig ålder [11]. En rimlig vision för ett välfärdssamhälle bör vara att dessa skillnader som så påtagligt påverkar barns möjligheter att få en god framtida hälsa elimineras. En första förutsättning för att uppnå detta är att generella mätningar av god kvalitet genomförs för barn i alla åldrar så att vi ser vart samhället är på väg. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Pernilla Danielsson Liljeqvist är oberoende forskare och huvudprövare för ett flertal kliniska prövningar. Pågående: VINNOVA-stödda studier om ett digitalt stödsystem för behandling av barnfetma; uppdragsforskning om ett probiotiskt preparat för DeFaire Medical AB. Avslutade: fas 1-studie för Sigrud Therapeutics AB. Arvoderade föreläsningar för Semper och Kompetensteamet. Claude Marcus är delägare i Evira AB, medicinsk rådgivare för Itrim AB, Novo Nordisk och Novo Nordisk Foundation, och tidigare för Weight Watchers, Oriflame, Wellness och Sigrud Therapeutics AB, samt har medverkat i kliniska prövningar för Novo Nordisk och DeFaire Medical AB. Arvoderade föreläsningar för Semper, Novo Nordisk och Kompetensteamet.

Citera som: Läkartidningen. 2021;118:21170

HUVUDBUDSKAP

- Prevalensen av barnfetma förefaller inte att öka bland 4-åringar i Sverige, men det finns stora regionala förändringar över tid som är svåra att förklara, vilket gör slutsatserna osäkra.
- Barns vikt och längd är känsliga mått på hälsa både på individ- och aggregerat på samhällsnivå. Det är viktigt att mätningar och datainsamling genomförs så att vi kan lita på resultaten.

REFERENSER

1. Lindberg L, Danielsson P, Persson M, et al. Association of childhood obesity with risk of early all-cause and cause-specific mortality: a Swedish prospective cohort study. *PLoS Med.* 2020;17:e1003078.
2. Lindberg L, Persson M, Danielsson P, et al. Obesity in childhood, socioeconomic status, and completion of 12 or more school years: a prospective cohort study. *BMJ Open.* 2021;11:e040432.
3. Hagman E, Danielsson P, Brandt L, et al. Association between impaired fasting glycaemia in pediatric obesity and type 2 diabetes in young adulthood. *Nutr Diabetes.* 2016;6(8):e227.
4. Constantino MI, Molyneaux L, Limacher-Gisler F, et al. Long-term complications and mortality in young-onset diabetes: type 2 diabetes is more hazardous and lethal than type 1 diabetes. *Diabetes Care.* 2013;36(12):3863-9.
5. Dabelea D, Stafford JM, Mayer-Davis EJ, et al; SEARCH for Diabetes in Youth Research Group. Association of type 1 diabetes vs type 2 diabetes diagnosed during childhood and adolescence with complications during teenage years and young adulthood. *JAMA.* 2017;317(8):825-35.
6. Ek AE, Samuelsson U, Janson A, et al. Microalbuminuria and retinopathy in adolescents and young adults with type 1 and type 2 diabetes. *Pediatr Diabetes.* 2020;21(7):1310-21.
7. Lobstein T. Obesity prevention and the global syndemic: challenges and opportunities for the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2019;20(Suppl 2):6-9.
8. Bråbäck L, Bågenholm G, Ekholm L. Fetmatutvecklingen bland svenska 4-åringar tycks ha stannat av. *Läkartidningen.* 2009;106:2758-61.
9. Kumar S, Kelly AS. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(2):251-65.
10. Lindgren L (redaktör). Growth as a mirror of conditions in society. Stockholm: Stockholm Institute of Education Press; 1990.
11. McCrory C, O'Leary N, Fraga S, et al; Lifepath Consortium. Socioeconomic differences in children's growth trajectories from infancy to early adulthood: evidence from four European countries. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(10):981-9.