

Fetma hos barn – prevention enda realistiska lösningen på problemet



JOHN PERLHAGEN, f d barnhälsovårdsöverläkare, Region Skåne
 perlhagen@telia.com
CARL-ERIK FLODMARK, med dr, verksamhetschef, barnöverviktsenheten, Region Skåne,

Universitetssjukhuset MAS, Malmö
OLLE HERNELL, professor, överläkare, barn- och ungdomskliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Övervikt och fetma är ett växande problem i stora delar av världen. I Sverige har antalet överviktiga vuxna nästan fördubblats de senaste 20 åren [1]. Det finns ännu ingen nationell sammanställning av data om barns vikt och längd.

Regionala studier visar kraftig ökning av övervikt/fetma

Olika regionala studier visar att 15–20 procent av barnen är överviktiga och att 3–5 procent har fetma. STOPP-studien visar att i Stockholms län har övervikt och fetma bland 7-åringar ökat från 8 till 20 procent sedan 1989. 70–80 procent behåller sin övervikt [2]. En dansk undersökning fann en markant ökning de senaste årtiondena i prevalensen av övervikt till 15–20 procent och av fetma till 3–4 procent bland skolbarn i Köpenhamn [3].

En studie i Umeå jämförde prevalensen av övervikt och fetma bland yngre skolbarn, 6–11 år, 2001 med prevalensen 15 år tidigare. 2001 var 23 procent av barnen överviktiga och 5 procent hade fetma. Sedan föregående mätning hade andelen barn som var överviktiga fördubblats och andelen feta femdubblats. Fler flickor än pojkar var överviktiga 2001 [4].

Malmö stad redovisar förekomsten av övervikt och fetma i var och en av de tio stadsdelarna bland elever i årskurs 4 i en undersökning gjord 2004/2005. Prevalensen av övervikt hos flickor varierar mellan 11 och 23 procent och fetma mellan 0 och 9 procent. Motsvarande siffror för pojkar är 9–25 procent respektive 1–11 procent. Den stora spännvidden förklaras av stora skillnader i stadsdelarnas socioekonomiska status: ju lägre status, desto mer övervikt och fetma [5].

En kartläggning av övervikt och fetma bland 4-åringar har gjorts i Västerbotten. Av pojkarna har 16,7 procent övervikt, varav 3,1 procent fetma. Motsvarande siffror för flickor är 22,1 och 6,0 procent [6]. Flera studier visar att onormal viktökning kan konstateras redan vid 3–4 års ålder. Förekomsten av övervikt är större på landsbygden [7] och bland socioekonomiskt eftersatta grupper [6].

Övervikt och fetma definieras med hjälp av BMI-kurvor för pojkar och flickor. BMI varierar kraftigt med åldern, varför gränserna för övervikt respektive fetma hos vuxna inte direkt kan användas hos barn [8].

Fetmans följder

Fetma påverkar hälsa och livskvalitet negativt. Barn med fetma har ökad risk att med tiden utveckla insulinresistens, blodfetterbubningar och leverpåverkan. Mossbergs 40 år långa uppföljning av överviktiga och feta barn visade att barnfetma medför ökad risk för ortopediska problem, hjärt-kärlsjukdomar och för tidig död men ingen ökad förekomst av diabetes [9]. Bukfet-

ma medför däremot ökad risk för typ 2-diabetes [10]. Det finns ingen direkt koppling mellan överviktiga barn och depression eller dålig självkänsla. I ett selekterat patientmaterial kan man visserligen påvisa att barn med fetma har lägre självskattning och nedsatt livskvalitet, men detta samband ses inte alltid när man studerar barn i befolkningen i stort [11].

Fetma hos barn svårbehandlad

Prognosen är dålig för barn med övervikt: ca 80 procent av de barn som i 6–7-årsåldern är överviktiga är fortfarande överviktiga i de sena tonåren [12]. Man har i USA beräknat att vid ett BMI på 45 vid 20 års ålder minskar livslängden med 13 år för män och med 8 år för kvinnor [13]. Inte heller med behandling är resultaten särskilt gynnsamma. En Cochrane-översikt redovisar ett stort antal studier med korttidseffekter, men frågan är om de gynnsamma effekterna kvarstår. Av 18 kontrollerade studier, de flesta utförda på barn i åldern 7–12 år, redovisar endast fyra positiva effekter efter 2–3 år. I två av dessa påvisas fortsatt gynnsam effekt efter 5–10 år. Detta är hoppningivande även om författarna anser att fynden inte kan generaliseras, eftersom studierna gjorts på speciella grupper av barn på särskilda centra för övervikt [14].

De studier som haft långtidseffekter visar att föräldrarnas medverkan är avgörande. Vidare har det krävts en specifik samtalsmetod, beteendeterapi respektive kognitiv beteendeterapi. En annan studie som också visar vikten av både psykologisk samtalsmetod och familjens engagemang rör familjeterapi [15]. Eftersom redan etablerad övervikt och fetma hos barn och ungdom är svårbehandlad är det synnerligen angeläget att finna effektiva förebyggande åtgärder, som är den enda realistiska lösningen på problemet.

Skyddande faktorer och riskfaktorer

Ett flertal översiktsartiklar anger såväl skyddande faktorer som riskfaktorer för övervikt. Skyddande faktorer är att ha ammat, regelbunden fysisk aktivitet, högt intag av frukt och grönsaker, vatten som dryck, mindre portionsstorlekar och stödjande miljöer i hem och skola.

Riskfaktorer är ärftlighet i form av övervikt hos föräldrarna, hög födelsevikt, stor viktökning under det första levnadsåret, stillasittande livsstil, många timmars TV-tittande, stort intag av energität mat, stort intag av sockersötade drycker, svår so-

SAMMANFATTAT

Etablerad övervikt och fetma hos barn och ungdomar är svårbehandlad. Prevention är det enda realistiska alternativet.

I underlaget till den nationella handlingsplanen för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet anges att breda samhällsbaserade interventioner

har goda förutsättningar att skapa sunda levnadsvanor. **Viktiga områden** som måste samverka är familjen, mödr- och barnhälsovården, forskolan/skolan, livsmedelsindustrin och medierna.

Det behövs en nationell databas för uppföljning av barns vikt och längd.

cioekonomisk situation [16-18], mat som belöning och tröst samt bristande förståelse för att fetma är ett problem.

Förskolan och skolan

SBU har gjort en systematisk litteraturgenomgång av förebyggande åtgärder mot fetma. Flertalet studier omfattar program i skolor och förskolor för att stimulera till fysisk aktivitet och skapa goda matvanor. Av tio accepterade studier visade tre positiv effekt av interventionen, medan sju inte påvisade någon skillnad i jämförelse med kontrollgruppen. Metaanalyserna visade dock att prevention har säkerställd effekt även om man inte kunde särskilja vilka metoder som gav resultat [1]. Effekterna var emellertid blygsamma med en skillnad på endast någon enstaka BMI-enhet rörande medelvärdet, men andelen som blivit av med sin fetma visade större skillnader, och detta kan betyda mycket inom befolkningen [19].

I en nyligen gjord uppdatering har SBU granskat nyttillkommande studier, och det totala antalet godkända studier är nu 24 och omfattar närmare 26 000 barn. En tredjedel av studierna hade positivt resultat, medan resten var neutrala. SBU har också inkluderat en kanadensisk översikt som accepterat ytterligare 15 studier. Tillsammans utgör detta 39 kontrollerade studier med närmare 34 000 deltagande barn och ungdomar. Av de 39 studierna var 15 positiva, 24 neutrala och ingen negativ, i betydelsen sämre resultat än interventionsgruppen. SBU drar slutsatsen att det är möjligt att förebygga fetma hos barn genom begränsade skolbaserade program [1].

En motsvarande Cochrane-översikt gav ett annat resultat: ingen förbättring av BMI men något bättre kost- och motionsvanor [20]. Inte heller Centers for Disease Control and Prevention (CDC) fann tillräckliga bevis för att enbart skolbaserade interventioner är effektiva [21]. Under SPOC-mötet (Scandinavian Pediatric Obesity Conference) i Malmö 2006 redogorde M Müller för de senaste resultaten av KOPS-studien (Kiel Obesity Prevention Study). De har visat att sekundärprevention kan ge remission av övervikt hos främst flickor men inte har någon effekt vid fetma. Man drar slutsatsen att föräldrarna, hemmiljön, fritiden och resten av samhället måste tas med och samverka för att uppnå bestående sunda levnadsvanor [22].

TV, datorer, stillasittande livsstil

TV-tittande är förknippat med stillasittande och övervikt hos barn. Amerikanska barnläkarsällskapet avråder från att låta barn under 2 års ålder se på TV, och man vill begränsa äldre barns TV-tittande till två timmar per dag [23]. Två studier av TV- och datorspelandets effekter på övervikt ger däremot inte något stöd för ett samband. Datorspelande ger positiva effekter på spatial förmåga och på reaktionstid [24]. För att få tid över till fysisk aktivitet och utevistelse bör skärmtiden inte överstiga två timmar per dag.

Den stillasittande livsstilen påverkar alla åldrar. Vi förbrukar mindre energi än tidigare genom att fysiskt lätta och stillasittande arbeten blivit allt vanligare och genom att vi cyklar och går allt mindre. Ökat bilåkande, ökande TV-utbud, datorns intåg och den tilltagande automatiseringen i arbetslivet ligger bakom denna utveckling [25]. En studie från Rikscentrum för barnfetma visar att barn rör sig mindre än någonsin. Allra minst rör sig flickor, särskilt under skoltid [26, 27]. För pojkar minskar den fysiska aktiviteten påtagligt i början av tonåren [28] samtidigt som konsumtionen av mat med hög energitäthet ökar.

Godis, glass, snacks

Livsmedelsverket genomförde 2003 en riksomfattande kostundersökning på barn i åldrarna 4, 8 och 11 år. Allt vad 2 500

FAKTA 1

Rapporten är skriven på uppdrag av Svenska barnläkarförningens och Livsmedelsverkets gemensamma expertgrupp för pediatrik nutrition. I gruppen ingår:

Irene Axelsson, docent, överläkare, barn och ungdomscentrum, Universitetssjukhuset i Lund

Kim Fleischer Michaelsen, professor, Research Department of Human Nutrition, Royal Veterinary and Agricultural University, Frederiksberg, Danmark

Carl-Erik Flodmark, med dr, verksamhetschef, barnöverviktsenheten, Region Skåne, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

Mehari Gebre-Medhin, professor emeritus, kvinnors och

barns hälsa, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Olle Hernell, professor, överläkare, barn- och ungdomskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå (ordförande)

Pia Karlsland-Åkesson, med dr, barn- och ungdomscentrum, Universitetssjukhuset MAS, Malmö

John Perlhagen, f d barnhälsovårdsöverläkare, Region Skåne

Lars-Åke Persson, professor, internationella mödra- och barnhälsovården, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Sven-Arne Silfverdal, barnhälsovårdsöverläkare, centrala mödra- och barnhälsovården, Östersunds sjukhus

barn åt och drack skrevs ned i matdagböcker. Resultaten som nu har analyserats visar att barn äter alldeles för mycket godis, läsk, glass, snacks och bakverk. Nästan en fjärdedel av kalorierna kommer från dessa livsmedel, som därtill bidrar med en stor andel mättat fett och socker. Barnen drack i genomsnitt 2 deciliter saft och läsk per dag och åt 1,5 hekto godis i veckan. Barnen åt godis och choklad fem dagar per vecka. Barnen åt hälften så mycket frukt och grönsaker som rekommenderas.

Endast 10 procent nådde upp till rekommendationen på 400 gram per dag. Jämfört med föregående nationella undersökning av barns matvanor, som utfördes i början av 1980-talet, har konsumtionen av godis, läsk, glass och snacks ökat [29].

Söta drycker

Enligt en teori stimulerar mat med högt innehåll av fett och socker och sockersötade drycker aptiten, triggar hjärnans belöningssystem och försvagar aptitregleringen, vilket kan leda till ett för högt energiintag [30-32]. Intag av sockersötade drycker mellan måltiderna leder inte till en kompensatorisk minskning av energiintaget vid måltider [33]. En skolbaserad studie visade att ett minskat intag av läskedrycker förhindrade en ökning av förekomsten av övervikt [34].

Det finns ingen övertygande dokumentation som visar att sk lightdrycker stimulerar aptiten [35]. Lightdrycker är kalorifria och innehåller sötningsmedel i stället för socker. De har samma låga pH-värde som annan läsk och är därmed lika skadliga för tänderna. Konsumtionen av läskedrycker har tredubblats sedan 1980, är nu 90 liter per år och individ, och är särskilt hög bland ungdomar.

Underlag till nationell handlingsplan

På regeringens uppdrag har Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut tagit fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Där finns tydligt formulerade mätbara mål, långsiktiga strategier och förslag till 79 konkreta insatser som berör alla relevanta områden i samhället, ansvariga aktörer och kostnadsberäkningar. Huvudaktörer är regeringen, statliga myndigheter, kommuner, landsting och föreningar [36]. Viktiga områden

som måste samverka är familj, förskola och skola, hälso- och sjukvård, livsmedelsindustri, medier, yrkesutbildning och kommunikation [37].

Mödra- och barnhälsovårdens möjligheter

Övervikt grundläggs ofta i tidig ålder. Åtgärder som underlättar sunda levnadsvanor hos barn och ungdomar ges därför högsta prioritet. Övervikt hos kvinnan före graviditet [38], under graviditet och fortsatt övervikt ett år efter förlossningen innebär ökad risk för övervikt hos barnet [39].

Mödrahälsovården (MHV) har en viktig uppgift i att informera alla gravida kvinnor om lämplig kost, motion och amning. Den offentliga barnhälsovården (BHV) som bedrivs vid landets barnvårdscentraler (BVC) har unika möjligheter att stödja hälsosamma levnadsvanor hos småbarnsfamiljer. Praktiskt taget alla barn i åldern 0–5 år är anslutna till BVCs basprogram med föräldragrupper. Det finns en lång tradition av förebyggande arbete inom MHV och BVC, inklusive rådgivning om amning, kost och fysisk aktivitet såväl vid enskilda samtal som vid föräldragruppträffar. Det som nu behövs är ett strukturerat program kring livsstilsfrågor riktat till alla föräldrar och anpassat till barnens olika åldrar.

Det behövs också mer barndietistkompetens knuten till BVC och mer tid och möjlighet att ge praktiska råd till småbarnsföräldrarna. Barnmorskan och BVC-sjuksköterskan behöver fortbildning och ett hälsopedagogiskt informationsmaterial till sin hjälp vid kontakten med familjen. Material är under framtagande av landstingens barnhälsovårdsenheter med hjälp av dietister verksamma inom barnhälsovården. Barnhälsovårdsdietisterna har nyligen bildat ett nationellt nätverk för ökad samverkan. Hälsosamtalen bör inte enbart bestå i enkel information utan bygga på en motiverande samtalsmetodik av liknande slag som det motiverande samtalet om tobaksvanor [40]. Många småbarnsföräldrar behöver även praktisk handledning i matlagning. MVC bör också ta sig an överviktiga gravida och BHV överviktiga barn.

Förskolan, skolan och fysisk aktivitet

Förskolan och skolan är nyckelmiljöer för hälsofrämjande åtgärder. Här måste daglig fysisk aktivitet prioriteras och ingå som en naturlig del i verksamheten. Utemiljön är en viktig del av barns uppväxtmiljö, och skolgårdens utformning har betydelse för barns lek och fysiska aktivitet.

Landets lekplatser, förskolemiljöer och skolgårdar behöver rustas upp, förnyas och underhållas så att de inspirerar till lek, rörelse och idrott. Regeringen har gett forskningsföretaget Movium i Uppsala ett nationellt samordningsansvar för att upprätta ett program som kommunerna kan ta del av.

Goda kostvanor i skolan

Maten i skolan påverkar barns matvanor. Goda kostvanor förbättrar koncentrationen och inlärningsförmågan. Maten bör vara lockande och näringsrik och matplatsen inbjudande i lugn miljö. Nuvarande riktlinjer för skolluncher är mindre kända. På uppdrag av regeringen utarbetar Livsmedelsverket nya råd för alla måltider i förskolan och skolan. Råden skall följa de nya nordiska och svenska näringsrekommendationerna [41].

I uppdraget ingår också att sprida kunskap om råden till personalen i landets förskole- och skolkök. Råden skall ge stöd vid upphandling av måltidsverksamhet, när skolmaten läggs ut på entreprenad. Skolan bör också vara ett föredöme genom att inte tillåta försäljning av glass, godis, söta drycker och bakverk inom sitt område. Det är angeläget att skolhälsovården aktivt medverkar i det hälsopedagogiska arbetet i skolan. All personal inom förskola, skola och fritidsverksamhet behöver fortbild-

ning. Hälsoundervisning bör införas i skolschemat. Det finns också program som bör kunna prövas i skolmiljö [42].

Inte lätt välja nyttig mat

Det är inte lätt att ha sunda levnadsvanor i dagens samhälle. Det krävs en aktiv och kunnig konsument för att kunna välja hälsosam mat. Nyckelhålet, med en nyligen förbättrad märkning, får finnas på livsmedel med låg halt av fett, socker eller salt, eller hög halt av kostfiber. Symbolen hjälper konsumenten att hitta rätt varor i butiken. Även färdigrätter, restaurangmat och receptblad kan vara nyckelhålmärkta [43].

Livsmedelsproducenterna och dagligvaruhandeln har ett stort ansvar för utvecklingen genom sitt utbud, sin produktutveckling, näringsdeklaration, utformning av förpackningar, portionsstorlekar, exponering av produkterna, marknadsföring, kunskapen hos personalen i butiken och prissättningen. Glädjande nog har många producenter anammat hälsotrenden för att möta efterfrågan av hälsosamma livsmedel. För att följa utvecklingen har Folkhälsoinstitutet fått regeringens uppdrag att ta fram ett index för kartläggning av livsmedelstillgängligheten: utbud av och pris på nyckelhålmärkt mat, frukt, grönsaker och energitåta livsmedel.

Den som vill äta hälsosamt kan följa Livsmedelsverkets fem kostråd: ät mycket frukt och grönt – gärna 500 gram per dag (barn 400 g), ät bröd till varje måltid – gärna fullkorn, välj nyckelhålmärkt, ät fisk ofta – gärna 3 gånger i veckan, byt till flytande margarin eller olja när du lagar mat.

EU:s jordbrukspolitik bekymmersam

EU:s jordbrukspolitik ger inget stöd åt den som vill äta hälsosamt. EU subventionerar bl a mjölk med hög fetthalt vilket gör standardmjölk, grädde, smör, ost och glass billigare. EU stödjer också att överskottet av färsk frukt och grönsaker dras tillbaka från marknaden och förstörs. Subventionerna, som var 300 miljoner euro år 2005, skall öka till 900 miljoner euro 2007 [44–46]. Det är anmärkningsvärt att EU:s subventionsprogram kring mejeriprodukter och grönsaker inte beaktar hälsoaspekter. Handlingsplanen föreslår att förutsättningarna för skatte-subventionerade, nyckelhålmärkta måltider utreds liksom möjligheten att minska konsumtionen av choklad, konfektyr och sötade drycker med hjälp av beskattning.

Barn viktig målgrupp i TV-reklam

Barn är en viktig målgrupp för livsmedelsföretagen, eftersom varumärkesetablering sker i tidig ålder. Ungdomar har allt mer pengar att spendera, och barnen har stort inflytande över sina föräldrars livsmedelsval. De kommersiella TV-kanalerna sänder mycket reklam på de tider då barn brukar titta på TV. Reklamen handlar till stor del om snabbmat, godis, läsk, glass, snacks, sötade frukostflingor, bakverk och andra energitåta och näringsfattiga livsmedel. Reklam för frukt, grönt och annan nyttig mat utgör en liten del av den totala marknadsföringen.

Även om reklam riktad till barn är förbjuden i svensk TV möter svenska barn idag marknadsföring på många olika platser. Det kan vara i butiken, på förpackningar, på Internet, i tidningar, vid sponsrade aktiviteter och inte minst via TVs kommersiella kanaler som sänds från andra länder, t ex TV3, Kanal 5 och många andra. Den s k Hastingsrapporten visar att barn är mer benägna att välja mat med högt innehåll av fett, socker eller salt efter att ha sett TV-reklam om mat. Exempelvis väljer barnen godis i stället för frukt. Reklamen påverkar såväl köpbeteende och matpreferenser som konsumtion [47, 48].

WHO anser att marknadsföring av skräpmat är en bidragande orsak till övervikt [49]. Samma slutsats drar International Obesity Task Force, London [50]. Department of Health i Eng-

land har nyligen publicerat en vitbok om folkhälsa där man konstaterar att det finns starka skäl att begränsa marknadsföringen för mat och dryck med mycket fett, socker eller salt [51]. Regeringen vill ha ett stopp för reklam om skräpmat för barn och vill att TV-reklam för skräpmat riktad till barn förbjuds inom hela EU.

Konsumentorganisationerna föreslås få resurser att bevaka marknadsföringen och väcka debatt om utbudet av söta drycker, snacks, bakverk, godis och glass. Konsumentverket vill att marknaden gör en frivillig begränsning av det kommersiella trycket mot barn.

Fysisk aktivitet fyller många funktioner

Fysisk aktivitet hos barn bidrar till fysisk utveckling, upprätthållande av energibalans, välbefinnande, benhälsa och rörlighet. Fysisk aktivitet är viktigt för lek och rekreation och för inläring av motoriska och sociala färdigheter. Många tonåringar kommer inte upp till rekommenderade 60 minuter daglig, måttligt intensiv fysisk aktivitet. En COMPASS-studie undersökte 4 000 15-åringar i sydvästra Stockholm. Var fjärde pojke och var tredje flicka uppnådde inte den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet [52, 53].

Flertalet yngre barn rör sig tillräckligt. I en studie från Malmo av barn i åldern 8–11 år nådde alla barnen den rekommenderade nivån av fysisk aktivitet; pojkarna var mer aktiva än flickorna [54]. Vägen till och från skolan och fritidsaktiviteter är viktiga tillfällen till utevistelse och fysisk aktivitet, men samhällsutvecklingen har inneburit att färre barn och ungdomar går eller cyklar till skolan och att bilskjutsandet har ökat [55]. Flera studier visar emellertid att en attraktiv närmiljö med parker och välplanerade fria områden ökar fysisk aktivitet och friluftsliv hos både barn och vuxna [56, 57].

En kontrollerad studie undersökte 8–10-åriga barns transport till och från tio skolor. Skolvägarna hade förbättrats vid dessa skolor. Trafikljus hade satts upp och trottoarer och cykelbanor hade byggts. Bland de barn vars skolvägar hade förbättrats ökade andelen som gick eller cyklade till skolan med 15 procent, jämfört med 4 procent för barn som inte berördes av insatsen [58]. En fortsatt utbyggnad av säkra, trafikseparerade gång- och cykelbanor är välmotiverad.

Nationell uppföljning av övervikt nödvändig

Det saknas publicerade studier av effekten av så breda, omfattande och långsiktiga strategier, riktade till både samhälle och individ, som föreslås i underlaget till handlingsplanen. Vid så omfattande förändringar kan man inte ha någon kontrollgrupp. Effekten måste följas i en registrerad viktutveckling i befolkningen. Alla barns vikt och längd mäts regelbundet på BVC och inom skolhälsovården men rapporteras inte vidare till något nationellt register.

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att utreda förutsättningarna för en nationell databas för rapportering och uppföljning av barns vikt och längd, vilket förutsätter att BVC och skolhälsovården har datoriserade journaler. Dessa mått kommer att vara de viktigaste för att utvärdera alla de åtgärder och planer som nu startas på många fronter i landet för att förebygga övervikt hos barn. En studie från Folkhälsoinstitutet visar att det är möjligt att basera ett nationellt system för uppföljning av övervikt hos barn på skolhälsovårdens datoriserade journaluppgifter [59]. Mätningar av fysisk aktivitet och kostförändringar är också angelägna.

Konklusion

Det finns sex nivåer där åtgärder kan vidtas för att förebygga barn- och ungdomsfetma: familjen (barnet, föräldrarna, sysko-

nen etc), förskolan och skolan, hälso- och sjukvården, regering- och riksdagen, industrin och medierna.

Vi som är verksamma inom hälso- och sjukvården måste ta vår del av ansvaret. En viktig arbetsplats för oss är barn- och skolhälsovården, där det förebyggande arbetet har en naturlig plats. Svensk barnhälsovård är väl organiserad, när alla barnfamiljer och är därmed en idealisk plattform för tidiga preventiva insatser. Skolhälsovården bör stå för den viktiga monitorering- och viktutveckling på lång sikt.

Vi vet dock att förebyggande åtgärder inte kommer att vara tillräckliga på kort sikt, utan satsningar måste också göras på kunskapsuppbyggnad när det gäller behandling för barn med fetma och medicinska komplikationer. En förutsättning för både prevention och behandling är att vi som behandlare utnyttjar det stöd som barnet kan få i sin närmiljö – familjen. Livsmedelsverkets och Folkhälsoinstitutets handlingsplan innebär en viktig kartläggning av vad som är möjligt att göra. Det måste dock tillskjutas ekonomiska resurser för att ändra färdriktning. Insatser för att förebygga fetma krävs på alla nivåer, och en lyckosam utveckling är möjlig om vi får till stånd en samverkan.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Kommentera denna artikel på www.lakartidningen.se

REFERENSER

1. Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: SBU; 2004.
2. Mossberg HO. 40-year follow-up of overweight children. *Lancet*. 1989; 2:491-3.
3. Flodmark CE. The happy obese child. *Int J Obes (Lond)*. 2005;29 Suppl 2:31-3.
4. Dietz WH. Childhood obesity: susceptibility, cause and management. *J Pediatr*. 1983;103:676-86.
5. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA*. 2003 289;(2):187-93.
6. Flodmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *Int J Obes (Lond)* 2006;30(4):579-89.
7. Müller MJ, Danielzik S, Pust S. School- and family based interventions to prevent overweight in children. *Proc Nutr Soc*. 2005;64: 249-54.
8. Gentile DA, Oberg C, Sherwood NE, Story M, Walsh DA, Hogan M. Well-child visits in the video age: pediatricians and the American Academy of Pediatrics' guidelines for children's media use. *Pediatrics*. 2004; 114(5):1235-41.
9. Lager A, Bremberg S. Hälsoeffekter av tv- och datorspel. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2005. www.fhi.se
10. Folkhälsorapport – övervikt och fetma. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005. www.sos.se
11. Mer övervikt än väntat på kort tid. Stockholm: Riksentrum för barnfetma. Karolinska universitetssjukhuset; 2005.
12. Enghardt Barbieri H, Pearson M, Becker W. Riksmaten – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige. Uppsala: Livsmedelsverket; 2006.
13. Underlag till Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Uppsala och Stockholm: Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. 2005.
14. Flodmark CE, Lissau I, Moreno LA, Pietrobelli A, Widhalm K. New insights into the field of children and adolescents obesity: the European perspective. *Int J Obes*. 2004;28: 1189-96.
15. Linné Y. Goda matvanor grundläggs tidigt. Stockholm: Överviktsenheten, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; 2005.
16. Svenska näringsrekommendationer. Fjärde upplagan. Uppsala: Livsmedelsverket. 2005.
17. Livsmedelsverket. Nyckelhalet. Livsmedelsverkets föreskrifter om symbolen. LIVSFS 2005:9. Uppsala; 2005. www.slv.se/nyckelhalet
18. Zervoudaki S. CAP reform: milk and milk products: European Commission, Directorate-General for Agriculture; 2000. ReportNo. 1.
19. Wiecha JL, Peterson KE, Ludwig DS, Kim J, Sobol A, Gortmaker SL. When children eat what they watch: impact of television viewing on dietary intake in youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(4): 436-42.
20. Lobstein T, Dobb S. Evidence of possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obes Rev*. 2005;6:203-8.
21. Nordic Nutrition Recommendations 2004 – Integrating nutrition and physical activity. Köpenhamn: Nordiska rådet; 2005. Nord 2004: 13.