SYKEHUSET I VESTFOLD

Vurdering og behandling

Kartlegg årsaker, komplikasjoner og behov for videre hjelp

Nasjonal retningslinje: overvekt og fedme hos barn og unge

1 Vekst og grad av fedme

Iso-KMI: Alders- og kjønnsjustert KMI med grenser som tilsvarer voksnes KMI 25, 30 og 35; klassifiserer vekt og støtter risikovurdering.

KMI = vekt (kg) / høyde (m)². Plott høyde, vekt og KMI over tid; vurder høydevekst.

År	3	6	9	12	15
Gutter	19,5	19,8	22,7	26,0	28,3
Jenter	19,4	19,6	22,7	26,5	29,0

Tabellen viser KMI (kg/m²) ved iso-KMI 30, eksakt alder. Bruk aktuell alder/kjønn i full tabell/kurve. Iso-KMI ≥25: overvekt; ≥30: fedme; ≥35: alvorlig fedme.

Iso-KMI-tabell · Vekstkurver

2 Anamnese - medisinsk og sosial

Forløp/hereditet: Debut, utvikling, tidligere tiltak. Hereditet for fedme og tidlig utvikling av diabetes type 2, dyslipidemi, hypertensjon og hjerte-/karsykdom.

Familiesituasjon: Familie/delte hjem, omsorgspersoner, søsken. Foreldres arbeid/turnus, økonomi, støtte. Pasientens/søskens skolegang, fravær, tilrettelegging. Venner og idrett/organisert aktivitet.

Oppfølging/samarbeid: BUP, PPT, barnevern, habilitering eller andre tjenester? Bakgrunn, tiltak, ansvarspersoner; samordningsbehov.

Levevaner: Mat/drikke og måltider. Aktivitet, skjerm/stillesitting, interesser og barrierer. Søvnlengde/-rytme; snorking, pustestopp, dagtretthet.

Psykisk helse/spising: Trivsel, mobbing, angst/depresjon, belastende livshendelser/traumer. Emosjonell spising, overspising/tap av kontroll, restriksjon, oppkast/kompenserende atferd.

Utvikling/perinatalt: Svangerskap (bl.a. diabetes), fødselsvekt/prematuritet, tidlig vekst, motorisk/kognitiv utvikling.

Annen sykdom/følgesykdommer: Diagnoser/utredning: søvnapné, astma, hypertensjon, (pre)diabetes, dyslipidemi, fettlever og muskel-/skjelettplager. PMOS (tidligere PCOS): menstruasjonsforstyrrelser, hirsutisme, uttalt akne. ADHD, autisme/utviklingshemming; behov for tilrettelegging.

Legemidler/symptomer: Steroider, psykofarmaka, antiepileptika. Tørste/polyuri, hodepine/syn, dyspné, mage-/hofte-/knesmerter, menstruasjon.

Fedmekapittel · AAP-retningslinje

3 Undersøkelse

Høyde, vekt, KMI og BT. Hjerte/lunger, tonsiller, thyroidea og lever. Hud: acanthosis nigricans, striae, hirsutisme. Pubertet; gange/hofter ved smerter. Nevrologi/øyebunn, særlig ved hodepine/synsplager.

Midjemål fra 5 år: Midt mellom nederste ribben og hoftekammen etter vanlig utpust. Midje/høyde ≥0,5: økt abdominal fettmengde (supplement til KMI).

Klinisk vurdering · Midje/høyde

Reager raskt

Tørste/polyuri + hyperglykemi → kontakt barneavdeling samme dag; vurder ketoner. Ny halting eller hofte-/knesmerter → rask vurdering. Hodepine + synsplager → vurder intrakraniell hypertensjon. Avflatende høydevekst eller tidlig uttalt fedme/hyperfagi → vurder underliggende årsak.

4 Prøver og metabolske beslutninger

Sentrale prøver: HbA1c, fastende glukose/lipider og ALAT. AAP: metabolsk vurdering fra 10 år ved fedme; tidligere ved risiko. Norsk leverkapittel: ALAT fra 9 år ved fedme.

Funn	Handling / betydning
HbA1c 39-47 mmol/mol Fastende glukose 5,6-6,9 mmol/L	Prediabetesområde: bekreft/vurder samlet; konferer eller henvis ved vedvarende avvik.
HbA1c ≥48 mmol/mol Fastende glukose ≥7,0 mmol/L	Diabetesgrense: kontakt barneavdeling raskt. Bekreft ved fravær av symptomer.
Totalkolesterol ≥5,2 LDL ≥3,4; HDL <1,0	Avvikgrenser, ikke statinindikasjon. Kontroller profil; vurder hereditet/sekundær årsak.
Fastende TG ≥1,1 (<10 år) ≥1,5 (≥10 år)	Avvikgrenser (mmol/L). Vurder sammen med øvrige lipider og glukose.
ALAT >45 U/L i >3 måneder	Utred/henvis: fettlever og andre leverårsaker. >80 U/L gir økt bekymring.

Lipider: avrundede NHLBI-grenser. Høyt kolesterol/sterk hereditet → vurder FH. Øvrige prøver tilpasses funn; Pediatriveilederen beskriver en bredere pakke. HbA1c utelukker ikke diabetes ved symptomer.

Diabetes · Lipider/FH · Lipidgrenser · Lever · Prøvepakke

5 Blodtrykk - norsk/europeisk inndeling

Riktig mansjett, høyre arm i hjertehøyde, hvile. Bekreft høye målinger manuelt. **<16 år:** ≥90.-<95. persentil: forhøyet; ≥95.: hypertensjonsområde. **≥16 år:** ≥140 systolisk eller ≥90 diastolisk: hypertensjonsområde.

95. persentil ved 50. høydepersentil	Gutter	Jenter
5 år	112/72	110/72
10 år	119/80	119/78
15 år	131/83	127/83

Eksempler i mmHg fra eldre ESH-referansegrunnlag (2004). Bruk faktisk alder, kjønn og høyde. Systolisk **eller** diastolisk verdi teller. Diagnose vanligvis etter 3 besøk, ev. 24-timers BT; bekreftet hypertensjon henvises. Uttalt/symptomatisk BT → rask vurdering.

BT-veileder · Referansetabell

6 Henvisning og behandlingsnivå

Pediatriveilederen: Iso-KMI ≥35, eller ≥30 med komplikasjoner/risikofaktorer → spesialist. Start primærbehandling straks; vanligvis ≥6 md. med dokumentert kostveiledning før ordinær henvisning. Alvorlige funn vurderes tidligere.

Legg ved: Kurver, funn/prøver, komplikasjoner/hereditet, gjennomførte tiltak, familiens rammer og mål.

Henvisningsføringer · Prioriteringsveileder · SiV: henvisningsrutiner

Behandlingsmål og kontinuitet

Tidlig intervensjon: Start ved ugunstig vektutvikling, før alvorlig fedme/komplikasjoner. Tilpass til alder og familie.

Individuelt mål for vekst/KMI: vektstabilisering kan være aktuelt før pubertet; eldre barn/ungdom kan trenge vektreduksjon. Behandle komplikasjoner parallelt. Følg også trivsel og deltagelse.

Mål og oppfølging

Johannes Rolin, Sykehuset i Vestfold 2026

Versjon 1.3 · 13.10.2026 · Klikk på understrekede kilder

Samtale og oppfølging

Finn familiens prioritet og avtal et gjennomførbart første steg

Behandlingen er mest effektiv når hele familien deltar.

1 Skap trygghet og felles retning

«Er det greit at vi snakker om vekstkurven og hvordan hverdagen fungerer?»
«Hva er viktigst for dere å få hjelp til nå?»
«Arv, appetitt og livssituasjon påvirker vekten. Familien skal få støtte over tid.»

Bruk «barn med fedme». Avklar ordvalg og deltagere. Yngre barn: foreldrene har hovedansvaret for endringene. Ungdom: avtal tid alene og involvering av foresatte.

Allianse og samtaler · Familieorientert behandling

2 MI i konsultasjonen - fem grep

Utforsk: «Hva fungerer allerede? Hva gjør endring vanskelig?»
Reflekter: «Dere ønsker mer overskudd, og turnusen gjør rutinene krevende.» Bekreft konkrete forsøk og ressurser.
Fremkall egne grunner: «Hva ville blitt bedre hvis dette lot seg gjøre?»
Spør - informer - spør: «Hva vet dere om dette?» → «Kan jeg dele et råd?» → «Hva tenker dere om det?»
Avtal: «Hvilket lite steg vil dere prøve? Hvor trygg er du på å få det til, fra 0 til 10? Hva kan gjøre det enklere?»
Utforsk ambivalens. Lav mestringstro → mindre tiltak. Motstand → oppsummer og avtal ny kontakt.

Motiverende intervju · Samtaleverktøy

3 Gjør rådene konkrete - velg 1-2

Aktivitet: Start med noe barnet mestrer; avtal hvem, hvor og når. Tilrettelegg ved smerter/mobbing. Råd: 1-5 år ≥180 min/dag allsidig lek; 6-17 år i snitt ≥60 min/dag moderat-høy intensitet.
Søvn: Fast døgnrytme. Anbefalt per døgn: 1-2 år 11-14 t; 3-5 år 10-13 t; 6-13 år 9-11 t; 14-17 år 8-10 t; 18 år 7-9 t. Vurder om barnet er uthvilt.
Skjerm på fritiden: Under 2 år: unngå. 2-5 år maks 0,5-1 t/dag; 6-12 år 1-1,5 t; 13-18 år 1,5-3 t, gjerne mindre. Øvre grenser øker med alder. Skjermfri siste time før legging, på soverommet og ved måltider.
Ved spiseproblematikk: Utforsk sult, metthet og følelser. Tap av kontroll, restriksjon eller kompensering → samarbeid med lege/psykisk helsetjeneste.

Kartlegging/SMART-mål · Aktivitet · Skjermråd · Søvnråd

4 Kasusformulering - forstå helheten

Lag en foreløpig forståelse sammen med familien. Belastninger er ikke automatisk årsaker.
Aktuelt: Bekymring, helse, trivsel og funksjon.
Sårbarhet: Arv, utvikling, sosiale belastninger.
Utløsende: Hva skjedde før endringen?
Opprettholdende: Hva vedvarer/hindrer endring?
Beskyttende: Relasjoner, mestring, interesser, støtte.
Prioriter: Hva haster? Hvilken ressurs kan vi bygge på? Håndter medisinsk risiko parallelt.

QR-KODE
Plassholder

Skann for nyeste versjon

Koden legges inn når stabil publiseringsadresse er valgt.

Kort, klikkbar adresse plasseres her.

5 Kosthold - fra kartlegging til tiltak

Kartlegg: En vanlig dag og helgedag: måltider, drikke, porsjoner, småspising og sult/metthet. Hvem handler/lager mat? Rutiner i begge hjem?
Velg 1-2 grep: 3-4 hovedmåltider + 1-2 mellommåltider ved behov; omtrent 3-4 timer mellom. Vann som tørstedrikk. Grove kornprodukter, grønnsaker/frukt og en proteinkilde gir mettende måltider. Begrens sukkerholdig drikke og avtal mengde/frekvens av snacks og søtsaker.
Gjør det sammen: Planlegg innkjøp/matpakker; ha gode valg tilgjengelig. Spis ved bordet uten skjerm, i rolig tempo. Foresatte støtter rammene; involver barnet og utforsk metthet.

Kostverktøyets dagsmenyer	kcal/dag
4-6 år	1200
7-12 år	1500
13-15 år	1700
16-18 år	2000

Veiledende menyeksempler ved fedme. Tilpass individuelt til vekst, aktivitet, sult/metthet og vektforløp; noen trenger mer eller mindre. Endre porsjoner gradvis.

Dagsmenyer · Måltidsrytme · SiV eMAMMO: spisevaner · Porsjonsstørrelser · Kostholdsplanleggeren

6 Mål og plan før familien går

Mål: Familiens prioritet for søvn, overskudd, deltagelse eller måltider. Individuelt KMI-/vektmål med lege.
Avtal: «Vi skal ___, på ___, sammen med ___. Hvis ___ blir vanskelig, prøver vi ___.»
Ansvar/neste kontakt: Navngi koordinator, avtal dato/kontaktmåte og samarbeid hjem-helsesykepleier-fastlege.
Følg opp: Hva fungerte/hindret? Trivsel, funksjon, spising, søvn og vekst. Juster tiltak/støtte. Langvarig oppfølging; korte mellomkontakter kan hjelpe. AAP: ≥26 kontakttimer/3-12 md. fra 6 år gir best effekt.

Oppfølging · Behandlingsintensitet

Wegovy - medisinsk oppfølging

Godkjent indikasjon fra 12 år: Fedme (CDC-KMI ≥95. persentil) og vekt **>60 kg**, sammen med kost-/aktivitetsbehandling. CDC-grensen er ikke lik iso-KMI 30. Vurderes i spesialisthelsetjenesten; norsk veileder anbefaler først 1 års levevanebehandling.
Ukentlig s.c.: 0,25 → 0,5 → 1,0 → 1,7 mg, hvert trinn 4 uker; så 2,4 mg eller høyeste tolererte dose. Ved plager: langsommere opptrapping. **<5 % KMI-reduksjon etter 12 uker på 2,4 mg/høyeste tolererte dose → seponer og revurder.**
Følg mageplager, væske, måltider og vekst. Ved mistanke om pankreatitt: stopp; ikke gjenoppstart ved bekreftet pankreatitt. Graviditet/amming: ikke bruk; stopp ≥2 md. før planlagt graviditet. Plutselig synstap → rask vurdering.

Preparatomtale / CDC-tabell

Kildegrunnlag

Norsk retningslinje (2010), Pediatriveilederen 2.19 (29.09.2026), AAP (2023), Felleskatalogen, Kostverktøyet og SiV eMAMMO. Henvisning følger Pediatriveilederen. Kasusformulering/samtalesetninger er redaksjonelle.

Norsk retningslinje · Pediatriveilederen · AAP · Felleskatalogen · Kostverktøyet · SiV eMAMMO