



HANDLINGSPROGRAM ÖVERVIKT OCH FETMA 2010–2013

- BESTÄLLARUNDERLAG
- VÅRDPROGRAM
- SAMHÄLLSINRIKTAT HÄLSOARBETE



Ett livsstilsproblem

Övervikt eller fetma innebär ett växande folkhälsoproblem och leder till medicinska komplikationer, som medför minskad livskvalitet för individen och höga kostnader för hälso- och sjukvården. I dag drabbas unga överviktiga av sjukdomar som tidigare förknippades med hög ålder. För att försöka stoppa denna oroande utveckling tog Stockholms läns landsting år 2004 fram ett handlingsprogram. Många av de åtgärder som rekommenderades har använts på husläkarmottagningar, barnavårdscentraler, mödravårdscentraler, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och inom skolhälsovården. Samverkansprojekt mellan landsting och kommuner har genomförts.

I det nu föreliggande reviderade handlingsprogrammet har experter inom det medicinska, det beteendevetenskapliga och det samhällsmedicinska området samt tjänstemän, politiker och representanter för patient- och handikapporganisationer medverkat.

Handlingsprogrammet vänder sig främst till vårdgivare inom verksamheter som finansieras av Stockholms läns landsting, politiker, tjänstemän samt till skolhälsovården. Andra aktörer inom kommuner, företagshälsovård, patientorganisationer och idrottsföreningar kan ha nytta av materialet.

Målet är högt satt. Fram till år 2013 ska andelen personer med fetma halveras. Den revision av implementeringen av 2004 års handlingsprogram, som genomfördes år 2007 visade att implementeringen av programmet endast påbörjats och att målet med nuvarande takt inte kommer att kunna nås. Därför krävs nu ett intensifierat arbete inom olika verksamheter för att implementera handlingsprogrammet. Det förutsätter också samverkan mellan olika samhällsaktörer. Tillsammans kan vi arbeta för och uppnå en lägre vikt på sikt för hela befolkningen.

Ett stort tack till alla som på olika sätt bidragit till framtagande av detta handlingsprogram.

Stockholm i april 2010

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Handlingsprogram mot övervikt och fetma

Detta reviderade handlingsprogram har tre huvuddelar:

Beställarunderlag, vårdprogram och program för samhällsinriktat arbete.

Vårdprogrammet och kapitlet om samhällsinriktat arbete är avsett att kunna användas både som fördjupning och som manual.

Beställarunderlaget riktar sig huvudsakligen till politiker och tjänstemän.

I underlaget beskrivs befolkningens behov av hälso- och sjukvårdens insatser relaterade till övervikt och fetma, den fastställda visionen, värderingar och mål samt förslag på åtgärder, uppföljning och utvärdering.

Vårdprogrammet vänder sig huvudsakligen till vårdgivare och innehåller avsnitt om förebyggande, utredande, behandlande och vidmakthållande insatser för barn, ungdomar och vuxna. Avsnitten **Hur förändras livsstil**, **Kost** och **Fysisk aktivitet** stöder vårdprogrammen.

Avsnittet **Samhällsinriktat hälsoarbete** har ett hälsofrämjande fokus och beskriver hur landstinget kan samverka med andra aktörer för att minska ökningen av övervikt. Här beskrivs några av de samhällsinriktade projekt som bedrivits i samverkan kommun och landsting och som nu utvärderats.

INNEHÅLL

BESTÄLLARUNDERLAG	7	Behandling av övervikt och fetma hos vuxna	94
Inledning	8	Patientgrupper med särskilda behov av	
Bakgrund	8	överviktsbehandling	110
Vad har hänt under åren 2004–2008?	8	Referenser	117
Vision och prioriteringar	9	KOST	119
Värderingar	9	Inledning	120
Landstingets uppdrag	10	Barn:	
Befolkningens behov	11	Mat och måltider i prevention	121
Mål och uppföljning	14	Mat och måltider vid behandling	125
Uppdragets genomförande	26	Vuxna:	
”Från ax till limpa” – styrning av förebyggande		Kost vid prevention	130
och behandlande insatser	30	Kost vid behandling	132
Referenser	32	Matråd vid särskilda situationer vid	
HUR FÖRÄNDRAS LIVSSTIL?	33	prevention och behandling	139
Inledning	34	Matdagbok – att registrera mat och dryck	140
Förhållningssätt	35	Referenser	142
Kognitiv beteendeterapi	36	FYSISK AKTIVITET	143
NonViolent Communication, NVC	38	Inledning	144
Det fungerande samtalet	39	Bakgrund	144
Motivation för förändring av levnadsvanor	42	Positiva effekter av fysisk aktivitet	145
Problemlösning steg för steg	46	Barn:	
En lägre vikt på sikt	51	Prevention	146
Att samtala om barns övervikt och fetma	52	Behandling	147
Referenser	56	Vuxna:	
VÅRDPROGRAM BARN OCH UNGDOM	57	Prevention	148
Inledning	58	Behandling	149
Vårdkedjan	59	Fysisk aktivitet på recept	155
Bakgrund	60	Referenser	156
Prevention och behandling	63	SAMHÄLLSINRIKTAT HÄLSOARBETE	157
Vårdkedjans basnivå	66	Inledning	158
Vårdkedjans specialistnivå	71	Att förebygga övervikt och fetma	158
Vårdkedjans högspecialiserade nivå	78	Varför ökar förekomsten av övervikt och fetma?	159
Referenser	80	Huvudaktörer i det samhällsinriktade	
VÅRDPROGRAM VUXNA	81	hälsoarbetet	164
Inledning	82	Landstinget	165
Bakgrund	82	Kommunen	170
Vårdkedjan inom SLL	83	Lokalt hälsofrämjande arbete	176
Prevention av fetma hos vuxna	84	Referenser	184
Klassifikation och diagnos	85	Förkortningar	185
Hälsorisker vid övervikt och fetma	86	Ordförklaringar	186
Hälsovinster vid viktnedgång	87	Medverkande	188
Lokal organisation vid behandling	88		
Behandlingsmål och prioritering	93		

BESTÄLLARUNDERLAG

Inledning.....	8
Bakgrund.....	8
Vad har hänt under åren 2004–2008?.....	8
Vision och prioriteringar.....	9
Värderingar.....	9
Landstingets uppdrag.....	10
Befolkningens behov.....	11
Mål och uppföljning.....	14
Uppdragets genomförande.....	26
”Från ax till limpa” – styrning av förebyggande och behandlande insatser.....	30
Referenser.....	32

BESTÄLLARUNDERLAG

Inledning

Beställarunderlaget beskriver handlingsprogrammets omfattning, mål och prioriteringar. Avsnittet är tänkt som underlag för de uppdrag som politiker ger tjänstemän att beställa i hälso- och sjukvårdens olika verksamheter.

Bakgrund

Såväl i Stockholm som i övriga Sverige har befolkningens medelvikt successivt ökat de senaste decennierna. Allt fler blir överviktiga och har fetma vilket leder till ökat insjuknande i följsjukdomar som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Unga överviktiga personer drabbas av sjukdomar som tidigare förknippades med hög ålder. Människors livskvalitet försämras och kostnaderna för vård och behandling av komplikationer ökar. WHO beskriver den ökande andelen personer med fetma som en global epidemi.

Viktökningen och dess huvudorsaker – de förändrade levnadsvanorna med minskad fysisk aktivitet och för högt energiinnehåll i kosten – ökar risken för insjuknande i livsstilsrelaterade sjukdomar. En förändrad livsstil med mer motion och mindre energi i kosten innebär en hälsovinst eftersom risken för följsjukdomar minskar även om vikten endast påverkas i liten utsträckning.

Det vetenskapliga underlaget om effektiva metoder för prevention, vård och behandling av övervikt och fetma är begränsat. Det finns dock kunskap om hur hälsoarbete i allmänhet ska bedrivas för att vara effektivt. Fetma är att beteckna som en folksjukdom som kräver en bred ansats som omfattar – förutom behandling av dem som redan har fetma – preventiva insatser riktade mot hela befolkningen. För att stoppa den negativa utvecklingen är det viktigt att engagera aktörer som ansvarar för samhällsplanering, skolans utveckling, tillgång till hälsosam mat etcetera i arbetet. Grunden för att lyckas är att hela samhället aktiveras i arbetet för hälsosammare levnadsvanor.

Vad har hänt under åren 2004–2008?

Folkhälsoenkäten visar att både andelen män och kvinnor med fetma har ökat med en procent mellan åren 2002 och 2006. Även medel-BMI bland både män och kvinnor har ökat under perioden. Handlingsprogrammets delmål att ökningen av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast år 2008 har inte heller uppnåtts.

Mer positivt är utvecklingen av övervikt och fetma för 4-åringar i länet. Vikt och längduppgifter från länets fyraåringar år 2007 och 2008 visar att andel fyraåringar med övervikt år 2007 och 2008 var 9,3 procent jämfört med 10,6

procent år 2006. År 2005 hade 11,6 procent av fyraåringarna övervikt. Stora variationer finns dock mellan länets stadsdelar och kommuner

Visionen och de prioriteringar som fastställts av landstingsfullmäktige behålls i det reviderade handlingsprogrammet, men effektmål för visionen följs upp i ytterligare fem år, till och med 2018. Två nya mål har lagts till och följs upp under en tioårsperiod: 2008–2018. Se vidare Mål och uppföljning, sidan 14.

Vision och prioriteringar

Vision

Landstingsfullmäktige har fastställt visionen för arbetet med övervikt och fetma: "Halvera andelen personer med fetma 2003–2013."

Prioriteringar

Landstingets insatser är fastställda enligt följande prioriteringsordning:

1. *Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar*
2. *Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar*
3. *Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma*
4. *Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt*
5. *Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna*

Värderingar

Hälso- och sjukvården i Stockholms län ska genom att erbjuda kompetent och effektiv hälso- och sjukvård bidra till att skapa förutsättningar för en god hälsa. Hälsa är relativt till varje individs personliga värderingar och livsvillkor. En person har god hälsa när han eller hon är fri från sjukdom och följer av skada och utifrån sina speciella förutsättningar och omständigheter, uppnår så god hälsorelaterad livskvalitet som möjligt. (Ur landstingets policydokument Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting).

I enlighet med hälso- och sjukvårdens författningar och landstingets utfästelser i policydokumenten "Vård i Dialog" och "Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting" för att ytterligare "stärka patientens ställning" framgår att hälso- och sjukvården ska utmärkas av hög kvalitet och helhetssyn, där patienten och dennes närstående ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omtanke och respekt. Vidare ska vårdens resurser användas på ett så effektivt sätt, att den kommer så många behövande som möjligt till nytta. När resurserna inte räcker, ska de med störst vårdbehov få hjälp först.

För att säkerställa att patientens ställning stärks är det av vikt att man

beaktar att patienter med fetma eller övervikt likaväl som övriga patienter ska:

- uppleva att vård ges på lika villkor
- uppleva sig värdigt bemötta i vården
- uppleva att hälso- och sjukvården bidrar till att de kan uppnå en hälsosam livsstil, som minskar risk för sjukdom
- uppleva att hälso- och sjukvården bidrar till att en individ kan förverkliga sitt liv med så hög hälsorelaterad livskvalitet som möjligt
- uppleva kontinuitet, närhet och långsiktighet i omhändertagandet
- få tillgång till utredning och behandling av övervikt och fetma enligt gällande prioritering
- få tillgång till utredning och behandling av övervikt och fetma i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet

Landstingets uppdrag

Landstingets hälso- och sjukvårdsuppdrag regleras i hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Det övergripande målet är: "En god hälsa och hälso- och sjukvård på lika villkor för hela befolkningen." Med hälso- och sjukvård avses "åtgärder för att medicinskt förebygga, behandla och rehabilitera sjukdomar och skador". Landstingen åläggs att erbjuda sjukvård men även att förebygga ohälsa hos befolkningen genom insatser riktade mot såväl människor som miljö.

När HSL senast uppdaterades infördes ett viktigt krav på sjukvårdspersonalen:

"Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar och ohälsa."

Landstingets huvuduppgifter inom fetma/överviktsområdet är att:

- trygga ett samlat vårdutbud för befolkningen när det gäller sjukdomsförebyggande, sjukvårdande och vidmakthållande insatser samt skapa en infrastruktur för hälso- och sjukvården.
- axla sjukvårdshuvudmannens samhällsansvar för finansiering av hälso- och sjukvård, hälsofrämjande insatser, forskning och utveckling samt för kunskapsförmedling till andra aktörer.

Riksdagen har fastställt en prioriteringsordning som anger fyra prioriterade grupper. I den första ingår vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd och för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård i livets slutskede och vård av människor med nedsatt autonomi. I den andra prioriteringsgruppen ingår prevention samt habilitering och rehabilitering. I den tredje gruppen återfinns vård av mindre svåra, akuta och kroniska

sjukdomar. I den fjärde och sista gruppen återfinns vård av andra skäl än sjukdom och skada.

Problem relaterade till övervikt och fetma finns inom alla de fyra prioriteringsgrupperna. Landstingsfullmäktige fastställde 2001 den prioritering som är utgångspunkt för detta handlingsprogram (se sidan 9).

Befolkningens behov

Förekomst av övervikt och fetma bland Stockholmare

Övervikt och fetma har ökat konstant i Stockholms län under de senaste decennierna. Förekomsten av fetma i Sverige är idag fyra till fem gånger högre än i slutet av 1960-talet. I början av 1980-talet var förekomsten av fetma och övervikt mycket låg i Sverige jämfört med många andra västländer, men under 1990-talet har antalet personer med fetma fördubblats.

I början av 2000-talet var drygt varannan man och var tredje kvinna överviktig eller fet i länet. Idag är i Stockholms län cirka 10 procent av både män och kvinnor feta. Bland medelålders och äldre, vissa grupper av utrikes födda samt ej facklärd arbetare är andelen med fetma uppemot 15 procent. I hela befolkningen är andelen som är överviktiga men inte feta 42 procent bland män och 25 procent bland kvinnor.

Den största ökningen har skett i den del av befolkningen som är yngre än 45 år. Ökningen har varit betydligt mindre bland äldre män över 75 år. Bland män är fetma vanligast omkring femtioårsåldern och bland kvinnor efter pensionsåldern. Ser man till de yngre vuxna i åldersgruppen 18–24 år har antalet som har fetma minskat något och är omkring tre procent bland både män och kvinnor.

Även bland barn och ungdom har övervikt och fetma ökat kraftigt. Olika undersökningar visar att bland de allra yngsta och upp till fyra års ålder är mellan femton procent, och ända upp till vart fjärde barn överviktigt. Runt tre till sex procent har redan drabbats av fetma (se även Vårdprogram barn, sidan 60).

Studier om levnadsvanor bland olika etniska grupper i Sverige visar att personer födda i utlandet i många avseenden har en sämre hälsa än genomsnittet och en högre andel är överviktiga och har fetma. Andelen fysiskt inaktiva är också högre bland dem som är födda i ett utomeuropeiskt land.

Förekomsten av övervikt och fetma skiljer sig kraftigt mellan olika socioekonomiska grupper i länet. I kommuner med en högre andel socioekonomiskt svaga bland befolkningen är andelen sålunda högre. Till exempel är närmare hälften av alla kvinnor med enbart grundskole- eller folkskoleutbildning överviktiga eller har fetma medan bara ungefär en fjärdedel är bland kvinnor med universitetsutbildning. Bland män förhåller det sig på motsvarande sätt, men andelen är högre i båda grupperna. Precis som föräldrarna så är barn i socioekonomiskt svagare områden tyngre än andra barn.

”Idag är i Stockholms län cirka 10 procent av både män och kvinnor feta. I hela befolkningen är andelen som är överviktiga men inte feta 42 procent bland män och 25 procent bland kvinnor.”

"I Stockholms län uppger mindre än var femte man och var sjätte kvinna att de motionerar regelbundet på fritiden, medan mer än en av tio uppger sig ha en stillasittande fritid."

Levnadsförhållanden och livsstil

I grunden beror uppkomsten av övervikt och fetma på en obalans mellan en individs energiintag och den energi denne gör av med. Enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) pekar forskningen på att många faktorer finns med när fetma utvecklas: ärftliga, sociala, beteendemässiga och kulturella. Ärftlighet beräknas stå för 25–40 procent av skillnaderna i vikt mellan individer som lever i samma miljö.

Den utveckling som skett beror främst på förändringar i livsstilen med ett alltmer ökat energiintag och minskad rörelse i arbetsliv och vardag. I Stockholms län uppger mindre än var femte man och var sjätte kvinna att de motionerar regelbundet på fritiden, medan mer än en av tio uppger sig ha en stillasittande fritid. Det finns också stora skillnader mellan kommunerna i länet när det gäller fysisk aktivitet. Skillnaderna mellan områden beror i stor utsträckning av olikheter i social sammansättning med högre andel låginkomsttagare, lågutbildade och utrikes födda.

Kostvanorna har förändrats snabbt i Stockholms län och befolkningen äter fler måltider utanför hemmet jämfört med tidigare och jämfört med övriga landet. Maten som serveras på lunch- och snabbmatsrestauranger är ofta både energirik och fet. De socioekonomiska och etniska skillnaderna i länet återfinns också när det gäller kost, bland annat i konsumtionen av grönsaker och frukt. Det är ungefär dubbelt så vanligt för tjänstemän att äta grönsaker mer än en gång per dag än det är för arbetare.

Sjukdomsrisker

Undersökningar har visat att personer med övervikt och fetma skattar sin hälsorelaterade livskvalitet lägre än normalviktiga.

Övervikt behöver inte medföra några hälsoproblem, men innebär en ökad risk för att livsstilsrelaterade sjukdomar ska uppkomma. Fetma innebär en klar ökning av risken för olika sjukdomar och förtida död. Risken ökar med stigande grad av fetma, särskilt vid så kallad bukfetma. De vanligaste följsjukdomarna är typ 2 diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, gallsten, sömnapné, ledbesvär, vissa cancersjukdomar, ofrivillig barnlöshet, ångest och depression. Se även vårdprogrammen sidan 61 och 86–87.

Hälsoekonomiska aspekter

Internationella studier visar att kostnader relaterade till fetma och följsjukdomar kan uppskattas till omkring två procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård. Därtill kommer indirekta kostnader för sjukskrivning med mera, vilka bedöms vara minst lika stora. Andra beräkningar, som även tar hänsyn till överviktens betydelse för utveckling av livsstilsrelaterade sjukdomar, har bedömt kostnaden till mellan fyra och åtta procent.

Troligt är att landstinget kan minska kostnader om behandling mot övervikt och fetma sätts in så att uppkomst av komplicerande sjukdomar motverkas. Sjukdomstillstånd orsakade av övervikt och fetma medför

kostnader för till exempel omvårdnad, transporter och sjukskrivning. Samhällsekonomiska nettovinster uppstår redan vid små minskningar av sjukskrivningstiderna. En ökning av en individs livskvalitet genom ändrad kost, motion och vikt kan leda till snabbare återgång i arbete samt minskat sjukvårdsbehov. Det finns få utvärderingar som belyser de ekonomiska effekterna av samhällsinriktade, förebyggande insatser mot övervikt. Resultat från modellbaserade studier av samhällsekonomiska besparingar pekar på stora besparingsmöjligheter. Dessa beräkningar visar att även förhållandevis kostsamma, överviktsförebyggande insatser skulle kunna vara kostnadseffektiva.

En av de få studier som rapporterats är det metabola projektet vid tolv vårdcentraler i Kalmar län. I projektet utvecklades metoder för livsstilsförändrande insatser till patienter med metabolt syndrom. Metodernas kostnadseffektivitet studerades. Om enbart kostnaderna och besparingarna för rutinmässig verksamhet beaktas gav insatserna en nettobesparing för hälso- och sjukvården med 6 900 kr per deltagare.

Mål och uppföljning

Hur och när uppföljning av respektive mål ska göras samt vem som ansvarar för att det blir gjort redovisas nedan.

Uppföljningen ska ha fokus på att målen uppnås, att handlingsprogrammet genomförs enligt planerna och att strategierna och styrformerna ger önskat resultat. Resultaten ska analyseras och ska leda till eventuella justeringar av vårdprogram, plan för hälsofrämjande arbete och beställaruppdragets strategier och styrning. Eftersom kunskap i stor utsträckning saknas om metodernas effektivitet – särskilt när det gäller långtidseffekter och kostnadseffektivitet – är det viktigt att alla behandlingsmetoder som används utvärderas.

Visionen "Halvera andelen personer med fetma 2003–2013"

Effektmål för den övergripande visionen formulerades år 2004. Två nya mål har formulerats i detta reviderade Handlingsprogram.

Effektmål

- Andelen personer med fetma (BMI ≥ 30) ska halveras fram till 2013
- Ökning av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2010
- Under perioden 2011–2018 ska andelen personer med fetma successivt minska i relation till året innan
- Antalet nyinsjuknade i typ 2 diabetes ska successivt minska under perioden 2010–2018 *
- Under perioden 2010–2018 ska andelen ungdomar 18–24 år som går in med övervikt/fetma i vuxen ålder minska med 10 procent
- Ökning av medel-BMI ska ha vänt år 2010 jämfört med 2002

* Andelen husläkarmottagningar i SLL som registrerar i Diabetesregistret var år 2008 21 procent. Om fler registrerar kommer resultaten från Diabetesregistret troligtvis visa en ökning av antalet nyinsjuknade i diabetes typ2 de första åren.

Uppföljning

Ansvarig för uppföljning av visionen är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f). Målen följs upp via folkhälsoenkät, det nationella diabetesregistret och graviditetsregistret samt skolhälsovården. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av visionen

EFFEKT MÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÅR	ANSVAR
Andelen personer med fetma (BMI ≥ 30) ska halveras mellan 2003 och 2013	Folkhälsoenkät	År 2010, 2014	HSN-f
Ökning av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2010	Folkhälsoenkät	År 2010, 2014, 2018	HSN-f
Under perioden 2011–2018 ska andelen personer med fetma successivt minska i relation till året innan	Folkhälsoenkät	År 2010, 2014, 2018	HSN-f
	Vikt/längd på gravida vid första graviditeten via nationella graviditetsregistret.	Årligen fr.o.m år 2009	HSN-f
	Vikt och längd årskurs 0 (6-årsklassen), 4 och 8, via skolhälsovården	Årligen fr.o.m 2010	HSN-f
Antalet nyinsjuknade i typ 2 diabetes ska successivt minska 2010–2018	Nationella diabetesregistret	Årligen fr.o.m år 2009	HSN-f
Under perioden 2010–2018 ska andelen ungdomar 18–24 år som går in med övervikt/fetma i vuxen ålder minska med 10 %	Folkhälsoenkät 18–24 år	2010, 2014 och 2018	HSN-f
Ökning av medel-BMI ska ha vänt år 2010 jämfört med 2002	Folkhälsoenkät 18–65 år	År 2010	HSN-f

Mål och uppföljning utifrån prioriterade områden

Prioriterat område 1: Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar

INRIKTNINGSMÅL

- Alla i vården som möter barn och ungdomar ska identifiera de barn/ungdomar som har risk för övervikt eller fetma
- En samlad kontinuerlig epidemiologisk uppföljning av barn och ungdomar med övervikt och fetma ska utvecklas
- Förekomsten av övervikt och fetma hos fyraåringar ska minska
- Samverkan avseende förebyggande arbete med övervikt och fetma med länets kommuner ska utvecklas

EFFEKTMÅL

- 95 procent av alla BHV-journaler för barn som fyller 4 år inom mätperioden ska innehålla uppgift om barnets längd, vikt och Iso-BMI
- Samtliga kommuner i länet ska medverka i den epidemiologiska bevakningen av barns och ungdomars övervikt och fetma år 2012
- 95 procent av vårdgivare/BUMM/barnläkare ska registrera i BORIS år 2010
- Andelen fyraåringar med övervikt eller fetma ska successivt minska 2009–2018
- Sjukvårdsstyrelserna i SLL ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner

UPPFÖLJNING

Ansvarig för samordning av uppföljningen är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Uppföljning görs i samarbete med Karolinska institutets folkhälsoakademi (KFA), Överviktsenheten Norrtull, BUMM och barnhälsovården. Uppföljningsmått är bland annat barns vikt och längd samt Iso-BMI i barnhälsovården och skolhälsovården. Från och med år 2010 och årligen genom sammanställning av antal möten mellan politiker i landsting och kommun, där frågor om övervikt och fetma diskuterats. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av prioriterat område 1.

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR
Alla i vården som möter barn och ungdomar ska identifiera de barn/ungdomar som har risk för övervikt eller fetma	95 % av alla BHV-journaler för barn som fyller 4 år inom mätperioden ska innehålla uppgift om barnets längd, vikt och Iso-BMI	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC)	Årligen	BHV
En samlad kontinuerlig epidemiologisk uppföljning av barn och ungdom med övervikt och fetma ska utvecklas	95 % av alla BHV-journaler för barn som fyller 4 år inom mätperioden ska innehålla uppgift om barnets längd och vikt.	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC)	Årligen	HSN-f BHV
	Samtliga kommuner i länet ska medverka i den epidemiologiska bevakningen av barns och ungdomars övervikt och fetma år 2010	Barn och ungdomars längd och vikt från skolhälsovården (i skolhälsovården)	Årligen från 2012	HSN-f KFA Förutsätter samarbete med kommunerna
	95 % av vårdgivare/BUMM/barnläkare ska registrera i BORIS år 2010	BORIS (på BUMM)	Årligen från 2010	HSN-f BUMM
Förekomsten av övervikt och fetma hos 4-åringar ska minska	Andelen 4-åringar med övervikt eller fetma ska successivt minska 2009–2018	Barns vikt och längd samt Iso-BMI (på BVC)	Årligen	HSN-f BHV
Samverkan avseende förebyggande arbete med övervikt och fetma i länets kommuner ska utvecklas	Sjukvårdsstyrelserna i SLL ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner	Folkhälsa/övervikt och fetma är en stående punkt vid politikernas samverkansmöten	Sammanställning årligen med start 2010	HSN-f

*Prioriterat område 2:
Behandlande insatser riktade mot överviktiga
och feta barn och vuxna med komplicerande
sjukdomar*

INRIKTNINGSMÅL

- Överviktiga och feta med komplicerande sjukdomar som söker vård ska identifieras
- Viktutvecklingen hos personer med övervikt och fetma med komplicerande sjukdomar ska hejdas
- Långvarigt psykiskt funktionshindrade med övervikt eller fetma inom den psykiatriska vården ska identifieras
- Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ska öka
- Ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR®
- Mödravårdscentralerna ska förskriva FaR®

EFFEKTMÅL

- 95 procent av alla journaler gällande patienter med diabetes och hypertoni ska innehålla uppgift om vikt, längd och midjemått 2009
- 95 procent av alla journaler för långvarigt psykiskt funktionshindrade inom den psykiatriska vården ska år 2011 innehålla aktuella uppgifter om årlig genomgången somatisk undersökning som inkluderar mätning av BMI och midjemått
- Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna och inom psykiatri
- 95 procent av ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR® år 2012
- 95 procent av mödravårdscentralerna ska förskriva FaR® år 2012
- Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna

UPPFÖLJNING

Ansvarig för samordning av uppföljning är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Uppföljning görs årligen via WIM – webbaserad inrapporteringsmall – enligt uppföljningsplaner i vårdöverenskommelser/avtal och regelböcker. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av prioriterat område 2.

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR
Överviktiga och feta med komplicerande sjukdomar som söker vård ska identifieras	95 % av alla journaler gällande patienter med diabetes och hypertoni ska innehålla aktuell uppgift om vikt, längd och midjemått samt BMI 2009	WIM	Årligen	HSN-f
Viktutvecklingen hos personer med övervikt och fetma med komplicerande sjukdomar ska hejdas	Iso-BMI ska sjunka under behandlingstiden	BORIS	Årligen	HSN-f, BUMM
Långvarigt psykiskt funktionshindrade med övervikt eller fetma inom den psykiatriska vården ska identifieras	95 % av alla journaler för långvarigt psykiskt funktionshindrade inom den psykiatriska vården ska år 2011 innehålla aktuella uppgifter om årlig genomgången somatisk undersökning som inkluderar mätning av BMI och midjemått	WIM	Årligen från 2011	HSN-f
Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ska öka	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna och inom psykiatri	WIM till HLM, rehab och psykiatri	Årligen	HSN-f
Ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR®	95 % av ungdomsmottagningarna ska förskriva FaR® år 2012	WIM till UM	Årligen från 2011	HSN-f
	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på ungdomsmottagningarna	WIM till UM	Årligen från 2011	HSN-f
Mödravårdscentralerna ska förskriva FaR®	95 % av mödravårdscentralerna ska förskriva FaR® år 2012	WIM till MVC	Årligen från 2011	HSN-f
	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska successivt öka på mödravårdscentralerna	WIM till MVC	Årligen från 2011	HSN-f

***Prioriterat område 3:
Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna
med fetma***

INRIKTNINGSMÅL

- Alla med fetma (BMI ≥ 30) som söker vård ska identifieras
- Registreringen i BarnObesitasRegistret i Sverige (BORIS) ska öka
- Behandling ska erbjudas enligt vårdprogram
- Barn och vuxna med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården

EFFEKTMÅL

- 95 procent av alla journaler gällande patienter med BMI ≥ 30 ska ha diagnosen registrerad som huvud- eller bidiagnos 2013
- 95 procent av barn med fetma ska registreras i BORIS år 2013
- Alla barn med fetma ska erbjudas behandling enligt vårdprogrammet från och med 2010
- Andelen vuxna med fetma som erbjudits behandling ska öka från och med 2011
- 95 procent av patienter med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården

UPPFÖLJNING

Ansvarig för samordning av uppföljning är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, HSN-f. Samarbetsparter i uppföljningen är Rikscentrum för överviktiga barn och Utvecklingscentrum för klinisk överviktsbehandling vid Karolinska universitetssjukhuset samt respektive verksamhet. Uppföljning görs via BORIS, vårdgivares egna enkäter, indikatorenkät och via WIM. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av prioriterat område 3.

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR
Alla med fetma (BMI ≥ 30) som söker vård ska identifieras	95 % av alla journaler gällande patienter med BMI ≥ 30 ska ha diagnosen registrerad som huvud- eller bidiagnos 2013	WIM	Årligen från 2013	HSN-f
Registreringen i Barn-ObesitasRegistret i Sverige (BORIS) ska öka	95 % av barn med fetma ska registreras i BORIS år 2013	BORIS	Årligen från 2009	HSN-f BUMM
Behandling ska erbjudas enligt vårdprogram	Alla barn med fetma ska erbjudas behandling enligt vårdprogrammet från och med 2010	BORIS	Årligen från 2010	HSN-f
Alla vuxna med fetma ska erbjudas behandling från och med 2011	Andelen vuxna med fetma som erbjudits behandling ska öka	WIM	Årligen från 2012	HSN-f
Barn och vuxna med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården	95 % av patienter med fetma ska uppleva sig värdigt bemötta i vården 2010	Vårdgivares egna enkäter.	Årligen från 2011	HSN-f

*Prioriterat område 4:
Förebyggande insatser i form av kunskaps-
förmedling riktade mot vuxna med övervikt*

INRIKTNINGSMÅL

- Vuxna med övervikt ska få ökad kunskap om livsstilens betydelse vid övervikt
- Vårdgivare ska i större omfattning diskutera livsstilsfrågor med sina patienter
- Föreskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ska öka

EFFEKTMÅL

- Andelen vuxna med övervikt som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med tio procent per fyraårsperiod
- Andelen vuxna med övervikt som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med fem procent per fyraårsperiod
- Andelen personer som besökt vården och där vårdgivaren tagit upp livsstilsfrågor i samband med besöket ska öka med tio procent varje år
- Andelen personer som fått livsstilsråd och som anser att råden bidragit till att de förändrat sin livsstil ska öka med fem procent varje år
- Antalet föreskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska öka successivt på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna, inom psykiatri samt på ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna
- Från och med år 2011 ska ungdomsmottagningarna registrera FaR®
- Från och med år 2011 ska mödravårdscentralerna registrera FaR®

UPPFÖLJNING

Ansvarig för samordning av uppföljning är Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Samarbetsparter i uppföljningen är KFA, SLSO/Centrum för allmänmedicin, kommunernas skolhälsovård. Uppföljning görs via Folkhälsoenkät 2010, WIM och Vårdbarometern. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av prioriterat område 4.

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMAÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR
Vuxna med övervikt ska få ökad kunskap om livsstilens betydelse vid övervikt	Andelen vuxna med övervikt som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA
	Andelen vuxna med övervikt som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA
Vårdgivare ska i större omfattning diskutera livsstilsfrågor med sina patienter	Andelen personer som besökt vården och där vårdgivaren tagit upp livsstilsfrågor i samband med besöket ska öka med 10 % varje år	Vårdbarometern	Årligen	HSN-f
	Andelen personer som fått livsstilsråd och som anser att råden bidragit till att de förändrat sin livsstil ska öka med 5 % varje år	Vårdbarometern	Årligen	HSN-f
Förskrivning av fysisk aktivitet på recept (FaR®) ska öka	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska öka successivt på husläkarmottagningarna, rehab-mottagningarna, inom psykiatri samt på ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna	WIM-enkät till HLM, rehab och psykiatri samt ungdomsmottagningarna och mödravårdscentralerna	Årligen	HSN-f
	Från år 2011 ska ungdomsmottagningarna registrera FaR®	WIM till UM	Årligen från 2011	HSN-f
	Från år 2011 ska mödravårdscentralerna registrera FaR®	WIM till MVC	Årligen från 2011	HSN-f

Prioriterat område 5:

Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna

INRIKTNINGSMÅL

- Normalviktiga vuxna ska erbjudas kunskap om hur man motverkar risken att bli överviktig och fet
- Samverkan kring förebyggande arbete med övervikt och fetma i länets kommuner ska utvecklas

EFFEKTMÅL

- Vårdguiden ska på sin webbplats ha frågor relaterade till övervikt och fetma under minst en vecka fyra gånger per år
- Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 procent per fyraårsperiod
- Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 procent per fyraårsperiod
- Sjukvårdsstyrelserna i landstinget ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner.

UPPFÖLJNING

Ansvarig för samordning av uppföljning är HSN-f. Uppföljning görs via Folkhälsoenkät och Vårdguiden, som sammanställer svaren och antal besök på hemsidan årligen, 2008–2013. Sammanställning av antal kommuner som sjukvårdsstyrelserna har diskuterat frågor kring övervikt och fetma med. Ansvar, tidpunkt och metod för uppföljning anges i tabellen.

Mål och uppföljning av prioriterat område 5.

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING NÄR	ANSVAR
Normalviktiga vuxna ska erbjudas kunskap om hur man motverkar risken att bli överviktig och fet.	Vårdguiden ska på sin webbplats ha frågor relaterade till övervikt och fetma under minst en vecka fyra gånger per år	Antal besök på hemsidan Vårdguiden sammanställer svaren	Årligen, 2011–2013	HSN-f; Vårdguiden
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSN-f KFA
Samverkan kring förebyggande arbete med övervikt och fetma i länets kommuner ska utvecklas	Sjukvårdsstyrelserna i landstinget ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner.	Folkhälsa/övervikt o fetma är en stående punkt vid politikernas samverkansmöten	Sammanställning årligen med start 2010	HSN-f

Uppdragets genomförande

Förutsättningar och hinder för måluppfyllelse

Livsstilsförändringar har positiva effekter på medicinska komplikationer och hälsorelaterad livskvalitet vid övervikt och fetma. Insatser bör därför inte enbart fokusera på åtgärder för att reducera vikten. Experter på prevention och behandling av livsstilsrelaterade sjukdomar samt företrädare för personer med övervikt och fetma är överens om att insatser ska anpassas för individen och ha ett långsiktigt perspektiv. Behandlingen bör i vissa fall vara livslång. Patientföreträdarna betonar även vikten av närhet och tillgänglighet.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser bör nå individer så tidigt i livet som möjligt. Därför är det viktigt att arbeta med barn. Viktiga strategier för både barn och vuxna är att förhindra att normalviktiga utvecklar övervikt, att överviktiga utvecklar fetma och att de som har fetma får behandling. Att identifiera barn med övervikt och fetma redan i 4–6-årsåldern innebär att åtgärder kan vidtas tidigt och att behandlingstiden blir kortare än om övervikt eller fetma upptäcks senare. Dessutom nås barnets föräldrar. Det gör att en förälder som eventuellt är överviktig eller har fetma får kunskaper som kanske gör att han/hon ändrar livsstil och går ned i vikt.

Det saknas ännu evidensbaserad kunskap om vilka insatser inom hälso- och sjukvården gällande prevention, behandling, stöd till livsstilsförändring och vidmakthållande som är mest effektiva. Utvecklingen är intensiv och man kan förvänta sig utökad kunskap inom alla de nämnda områdena under de närmaste åren. I avvaktan på detta krävs att de metoder och strategier som används, utvärderas och omprövas både på kort och lång sikt, så att kunskapsbasen hålls aktuell och de bästa metoderna används.

Dagens sjukvårdsorganisation måste bli mer anpassad för att arbeta med livsstilsförändringar. För att ändra inriktning krävs – förutom omfördelning av resurser – en satsning på utbildning och kompetensutveckling. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobak, kommer år 2010.

Inom det samhällsinriktade förebyggande arbetet är landstinget en viktig aktör men huvudansvaret ligger hos andra aktörer. Problemets komplexitet kräver samverkan och samordning av resurser mellan aktörer på alla nivåer. Staten har ett stort ansvar genom sin övergripande politik och kommunerna har ett stort ansvar på lokal nivå.

Innehållet i detta handlingsprogram utgör en gemensam kunskapsgrund att utgå ifrån. Insatser och åtgärder i handlingsprogrammet måste så långt det är möjligt vara kunskaps- och evidensbaserade. Alla aktörer inom hälso- och sjukvården ska genom handlingsprogrammet ha en tydlig roll i det hälsofrämjande, förebyggande, behandlande och vidmakthållande arbetet. Programmet ska också vara lättillgängligt för vårdgivare i sin kontakt med patienterna. En kontinuerlig uppföljning och utvärdering av

hela handlingsprogrammet liksom de projekt kring utveckling av metoder för behandling av fetma och övervikt som pågår inom Stockholms län måste ske.

Övervikt och fetma har inte i tillräckligt stor omfattning betraktats som ett hälsoproblem som kräver insatser av hälso- och sjukvården. Problem relaterade till övervikt och fetma har haft låg status när det gäller prioriteringar, såväl vad gäller resurser som i den dagliga verksamheten. För att ge problemet högre prioritet och status behöver attityder och värderingar kring övervikt och fetma förändras. Ett led i detta är att arbeta för kompetenshöjning av personal, förvaltningschefer och andra i ledningsfunktion samt politiker.

Förslag på insatsområden utifrån prioriterade områden

1. Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar

- Landstinget ska ta initiativ till gemensam epidemiologisk uppföljning i samverkan med skolhälsovården i länets kommuner
- Överviktsfrågor ska prioriteras i kontakter mellan landsting och kommuner/stadsdelar
- Landstinget ska ta initiativ till hälsofrämjande arbete inriktat mot övervikt
- Samverkan ska utvecklas mellan MVC, BVC, husläkarmottagningar, skolhälsovård, ungdomsmottagningar och andra aktörer som möter barn och ungdomar. Särskild uppmärksamhet ska riktas mot barn och ungdomar i åldern 6–12 år
- Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA ska erbjuda samverkanspartners inom skola, fritidsverksamhet m.fl. kunskap, information och stöd i metodfrågor
- Mödrahälsovården ska informera blivande föräldrar om vikten av goda mat- och rörelsevanor samt konsekvenser av kraftig viktuppgång i samband med graviditeten
- Barnhälsovården ska under hela förskoletiden stimulera och ge stöd till familjer att utveckla goda mat- och rörelsevanor. Särskilt fokus ska riktas mot s.k. riskfamiljer
- Vårdguiden ska erbjuda lättillgänglig information om kost och fysisk aktivitet anpassad till barns och ungdomars behov
- Kompetensutveckling inom prevention och behandling av övervikt och fetma ska vara ett fokusområde inom de verksamheter inom vården som möter barn och ungdomar
- Tandvården ska ge adekvata hygien och kostråd till barn med överviktsproblematik samt uppmärksamma och identifiera barn med fetma och lotsa dessa barn till andra aktörer som t.ex. vårdcentral

”Mödrahälsovården ska informera blivande föräldrar om vikten av goda mat- och rörelsevanor samt konsekvenser av kraftig viktuppgång i samband med graviditeten.”

”Alla sjukvårdsenheter ska identifiera patienter med övervikt eller fetma. Vikt och längd samt för vuxna även bukomfång ska registreras i patientjournal vid alla relevanta besök. Fysisk aktivitet på recept, FaR®, ska användas som behandlingsalternativ av vårdgivare inom SLL för att förebygga och behandla övervikt och fetma.”

2. Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar

- Alla sjukvårdsenheter ska identifiera patienter med övervikt eller fetma. Vikt och längd samt för vuxna även bukomfång ska registreras i patientjournal vid alla relevanta besök. För barn noteras även föräldrarnas längd och vikt
- På varje sjukvårdsenhet ska finnas kompetens att göra basal utredning och riskbedömning samt ge individuell rådgivning, behandling och uppföljning under vidmakthållandefas (basnivå = vårdnivå ett)
- Inom primärvården ska patientutbildning och gruppbehandling erbjudas (basnivå = vårdnivå ett)
- Utredning och behandling som kräver samverkan mellan flera medicinska specialiteter t.ex. invärtesmedicin och kirurgi samt eventuell inläggning ska finnas inom sjukvården (högspecialiserad vård = vårdnivå tre inom barnsjukvården och vårdnivå två inom vuxenvården)
- Verksamhet som finansieras av Stockholms läns landsting ska aktivt bidra till en attitydförändring till och ett gott bemötande av personer med övervikt och fetma. Insatser ska särskilt riktas mot personer i ledande ställning samt läkare
- Verksamhet som finansieras av Stockholms läns landsting ska aktivt bidra till att överviktigas och personer med fetmas hela livssituation beaktas
- Vårdguiden ska erbjuda lättillgänglig information om övervikt och fetma, komplicerande sjukdomar samt egenvård och andra behandlingsmöjligheter
- Personal inom relevanta sjukvårdsenheter ska erbjudas kunskap och kompetensutveckling kring övervikt och fetma, hälsorisker, utredning, behandling, stöd till livsstilsförändring och vidmakthållande
- Sjukvården ska delta i att utveckla och utvärdera metoder för utredning, behandling och vidmakthållande
- Fysisk aktivitet på recept, FaR®, ska användas som behandlingsalternativ av vårdgivare inom SLL för att förebygga och behandla övervikt och fetma
- Vårdgivare inom SLL ska erbjuda långvarigt psykiskt funktionshindrade somatisk undersökning som inkluderar mätning av BMI och midjemått
- Ungdomsmottagningar och mödravårdscentraler inom SLL ska förskriva FaR®
- Behandling av barn med fetma ska registreras i Barnobesitasregistret i Sverige, BORIS, och följas upp

3. Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma

Insatser som under punkt 2. Särskild uppmärksamhet bör ägnas bemötande av patienter med fetma som söker sjukvård av anledningar som inte direkt är kopplade till fetman.

4. Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt

- Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA ska erbjuda samverkansparter kunskap, information och stöd i metodfrågor
- Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA ska inventera och komplettera befintligt informations- och utbildningsmaterial riktat till vissa grupper, t.ex. invandrargrupper, personer med funktionsnedsättning, gravida, vid rökslut och vid viss läkemedelsanvändning
- Vuxna med övervikt ska vid besök i vården få ökad kunskap om livsstilens betydelse vid övervikt
- Fysisk aktivitet på recept, FaR[®], ska användas som behandlingsalternativ av vårdgivare inom SLL för att förebygga och behandla övervikt och fetma
- Ungdomsmottagningar och mödravårdscentraler inom SLL ska förskriva FaR[®]

5. Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna

- Insatser som under punkt 4
- Sjukvårdsstyrelserna i SLL ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets alla kommuner

“Från ax till limpa” – styrning av förebyggande och behandlande insatser

Resursfördelning och sjukvårdsstruktur

För att genomföra handlingsprogrammets intentioner krävs både metodutveckling och utbildningsinsatser, men även tillskott av resurser. I stor utsträckning kan detta ske genom omfördelning av befintliga resurser. Hälso- och sjukvården måste i högre grad fokusera på stöd till livsstilsförändring vilket på sikt minskar både sjukvårds- och läkemedelsbehoven. På vårdkedjans basnivå krävs en satsning på ändrade arbetsformer såväl inom som mellan enskilda vårdenheter.

Inom primärvården finns i vissa områden även särskilda enheter med uppdrag att erbjuda behandlingsinsatser från multiprofessionella specialteam samt arbeta med kunskaps- och metodutveckling kring stöd till livsstilsförändring och vidmakthållande. I de geografiska områden där dessa enheter ännu inte finns kan sådana enheter skapas eller en husläkarmottagning ha uppdrag att tillhandahålla multiprofessionella team för behandling av övervikt och fetma. Övriga husläkarmottagningar inom det geografiska området kan avropa denna tjänst. För de patienter som inte klaras inom de första vårdnivåerna krävs en länsövergripande, högspecialiserad vårdnivå, det vill säga vårdnivå tre för barn och vårdnivå två för vuxna. På denna nivå, ska patienter som behöver samverkan mellan flera medicinska specialiteter inom akutsjukvården tas om hand. Där ska även den högspecialiserade forskningen kring övervikt och fetma bedrivas. Vårdnivå två inom barnsjukvården (BUMM) får ett samordningsansvar för de olika vårdinsatserna.

Verksamheternas uppdrag, avtal och överenskommelser

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ska se över alla verksamheters uppdrag, så att de överensstämmer med åtgärderna ovan. Därefter ska avtal och överenskommelser anpassas till uppdragen. Ersättnings- och uppföljningssystem ska på sikt ge förutsättningar för arbete enligt intentionerna i handlingsprogrammet.

Särskilt krävs en anpassning till att dessa patienter kan behöva längre besökstid och möta flera behandlare i ett vårdteam. Vidare krävs samverkan mellan olika vårdenheter samt med andra aktörer utanför sjukvården. Sjukvårdsstyrelserna ska lyfta frågor om övervikt och fetma i samverkan med politiker i länets kommuner.

Kunskaps- och kompetensbehov

Kunskap och kompetens om övervikt och fetma finns inom landstinget men är utspridd och utan samordning. Detta leder till att vård ges på olika villkor beroende på enskilda vårdgivares attityder och kunskap. Utmaningen är att få genomslag för handlingsprogrammets intentioner. Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutets folkhälsoakademi samt specialkliniker inom fetmaområdet ska få tydliga uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning att planera, genomföra och delta i utbildningsinsatser och sprida kunskap inom hela sjukvårdsorganisationen och till samarbetspartners.

Forskning och utveckling

Det krävs en ökad satsning på forskning och utveckling inom olika områden

- Utveckla former för uppföljning och utvärdering av metoder och strategier som används
- Öka kunskapen om resursåtgång för behandling av komplikationer till följd av övervikt och fetma
- Förbättra diagnosregistrering avseende övervikt och fetma både som huvud och bidiagnos
- Vidareutveckla kostnadseffektiva metoder för prevention, utredning och behandling av överviktiga och barn med fetma samt vuxna med komplicerande sjukdomar
- Initiera särskilda satsningar på utbildning och handledning av vårdgivare

”Vidareutveckla kostnads-effektiva metoder för prevention, utredning och behandling av överviktiga och barn med fetma samt vuxna med komplicerande sjukdomar.”

Organisation och ansvar

Övervikt och fetmaproblematikens komplexitet och behov av långsiktiga insatser förutsätter att ansvar fördelas mellan ett antal enheter inom landstingets organisation och att ett övergripande sammanhållande ansvar läggs på en verksamhet. Nedan följer en sammanställning av ansvaret utifrån handlingsprogrammets delar.

Handlingsprogrammet som helhet

- Implementering av arbetet – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
- Uppföljning och samordning av helheten – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning presenterar och Hälso- och sjukvårdsnämnden, HSN, beslutar om en åtgärdsplan och en organisation för arbetet

Vårdprogram

- Implementering av arbetet – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som ger uppdrag till Landstingsförvaltningen/Produktionssamordning, LSF/PS samt SLSO/Centrum för allmänmedicin, CeFAM

- Utveckling av vårdprogrammet – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning
- Uppföljning och utvärdering – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

Hälsofrämjande arbete

- Implementering av handlingsprogrammet – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som ger uppdrag till LSF/PS samt CeFAM samt Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA
- Utveckling av det samhällsinriktade programmet – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som ger uppdrag till Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA
- Uppföljning och utvärdering – Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning som ger uppdrag till LSF/PS och CeFAM samt Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA

Utmaningen är att hålla visionen levande till år 2013. För uppföljning av resultatet av aktiviteter som utgår från handlingsprogrammet – delarna och helheten – samt samordning av alla aktiviteter ska en åtgärdsplan presenteras och beslutas samt en genomförandeorganisation tillsättas för detta arbete. Avrapportering ska ske årligen inom ramen för budgetprocessen.

REFERENSER

Barnhälsovårdens årsrapport för 2008, Stockholms läns landsting 2009

Diabetesregistret www.ndr.nu samt Årsrapport 2007

Engman K O et al. *Hälsoekonomisk utvärdering av Metabola projektet i Kalmar län*. Arbetsmaterial. Landstinget Kalmar län 2008

Folkhälsan i Stockholms län 2003. Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, 2003.

Folkhälsan i Stockholms län 2007. Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2007

Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. Stockholms läns landsting 2004

Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

Sundblom, E. *Övervikt och fetma hos tioåriga barn i Stockholms län – förändrade mönster under en fyraårsperiod*. Rapport nr: 37. Stockholm: Centrum för folkhälsa, Stockholms läns landsting, 2006

VETA MER

Barnhälsovården SLL www.bhvsll.se

www.folkhalsoguiden.se

www.uppdragsguiden.sll.se

www.vardguiden.se

HUR FÖRÄNDRAS LIVSSTIL?

Inledning

I det här kapitlet presenteras grundläggande teorier, begrepp och verktyg för kommunikation om hur förändring av livsstil kan underlättas.

Det finns flera gemensamma nämnare mellan de presenterade synsätten. Det patientcentrerade förhållningssättet används till exempel inom den kognitiva samtalsmetoden, vid NVC (Non Violent Communication), i motiverande samtal och i samband med begreppet "empowerment". Inom KBT framhålls att det inte finns en enda metod som fungerar för alla patienter. Möjligtvis kan detta tillämpas även för vårdgivare. Det väsentliga är att utforska vad det är som fungerar för mig som vårdgivare i mitt arbete och utveckla arbetssätt därefter.

Förutom att praktiskt organisera arbetet med att behandla patienter med övervikt och fetma på vård-enheten så behöver personalens kompetens i mötet med patienterna utvecklas. Grundläggande kunskaper och färdigheter som vårdpersonalen bör ha berör följande områden:

1. Förhållningssätt

- att diskutera "hur ser vi på den här patientgruppen"
- att diskutera "vilken är min roll och uppgift i samtalet med en person som vill och behöver ändra vanor?"

I det här sammanhanget kan man ha nytta av att fördjupa sig i begreppet "empowerment" men också att inhämta kunskap om lärande (inlärningsteori) som ligger utanför detta kapitel.

2. Det fungerande samtalet

- att känna till och använda sig av ett patientcentrerat samtal
- att öka förståelse och samarbete med hjälp av Non-Violent Communication (NVC) när missförstånd och utmaningar i mellanmänniska relationer behöver redas ut

Här kan förutom teoretiska kunskaper om samtalsmetodik även praktisk träning vara av nytta. Handledning, "att sitta med" och ge återkoppling, att videofilma samtalen kan vara sätt att praktiskt träna.

3. Hur går livsstilsförändring till?

- att vara förtrogen med innebörden i delarna i "förändringshjulet" dvs. de olika stadierna i en förändringsprocess.
- att betrakta förändring av livsstil som en process som behöver ta sin tid.
- att vid behov tydliggöra och förstärka motivationen för förändring med hjälp av Motiverande samtal (MI)

4. När patienten är redo att förändra

- att kunna vägleda i hur man löser problem steg för steg

5. Fördjupning eller kompetenser att bifoga till teamet

- att fördjupa sig i kognitiv beteendeterapi (KBT) är ett sätt öka förmågan att vägleda vid förändring av beteende och vanor

Förhållningssätt

Samtalet är ett av de viktigaste redskapen när man ska hjälpa patienter att förändra sin livsstil. Ett fungerande samspel mellan vårdgivare och vårdsökande är avgörande för kommunikation om levnadsvanor. Reflektion kring den egna rollen som vårdgivare och det egna förhållningssättet lägger grunden för samspelet. Att inför ett samtal med patienten ställa sig frågan "vilken roll/uppgift har jag i det här samtalet" kan göra det möjligt att tillsammans och förutsättningslöst utforska patientens situation, svårigheter och möjligheter att söka lösningen på sina problem. Samtal om livsstilsförändringar tar tid. Det är viktigt för en vårdgivare som vill vägleda en patient i en förändringsprocess att ge tid för samtal och erbjuda uppföljning i form av återbesök.

Begreppet "empowerment" beskriver ett användbart förhållningssätt vid samtal om hälsa. Empowerment ("egenmakt") kan definieras som att individen ges möjlighet att själv ta makten över sitt eget liv och sin hälsa. Utgångspunkt är tron att människor vill och kan förändras och att de kan lära nytt. Vårdgivarens roll är att fungera som en handledare i ett möte mellan två "experter": Patienten är experten på sitt liv och sina livsvillkor och vårdgivaren på den medicinska delen av sjukdomen. Som vårdgivare kan vi inte lösa problemen åt patienten. Däremot kan vi erbjuda nödvändiga kunskaper och lära ut färdigheter så att patienten själv kan ta ansvar för sitt beteende och sin hälsa. Vuxna lär utifrån behov; lärandet är livscenrerat och vuxna föredrar oftast att bestämma själva om och hur de vill förändra sitt beteende. Målet är att få patienten att använda sina resurser, att växa i styrka.

Kognitiv beteendeterapi

Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en psykoterapeutisk behandlingsmetod. I vid bemärkelse syftar KBT till att hjälpa människor genomföra de förändringar som behövs för att kunna leva på ett bättre fungerande sätt. Metoden används vid en rad olika psykologiska problem och behandlingsprinciperna som används inom KBT praktiseras idag även utanför traditionella psykoterapeutiska sammanhang. Det finns till exempel nätbaserade, interaktiva behandlingsprogram med kognitiv inriktning samt en mängd självhjälpböcker som applicerar KBT vid olika hälsoproblem som till exempel panikångest och social fobi.

KBT är ett samlingsnamn för behandlingsformer som omfattar både beteendeterapeutiska och kognitiva teorier samt analys- och behandlingsmetoder. En viktig grundprincip inom KBT är att de teorier, metoder och tekniker som behandlingen baseras på ska utvärderas och utvecklas kontinuerligt. Det finns stark evidens för att KBT fungerar vid till exempel specifik fobi, depression, panikstörning, ätstörningar, missbruk och beroende.

De KBT-inriktade behandlingsformerna kännetecknas av att man tillämpar ett patientcentrerat, strukturerat och problemorienterat arbetsätt. Behandlingen baseras på en analys av patientens problem och utformas med utgångspunkt i patientens aktuella behov, resurser och svårigheter. För att kunna inrikta och anpassa behandlingen utforskar man till exempel patientens beteende, tankar och känslor i olika situationer. Vanligtvis fokuserar man behandlingen på den nuvarande situationen snarare än på det förflutna. Vidare betraktas den kognitiva behandlingen som ett "teamarbete" i vilket en god och ömsesidig samarbetsallians med patienten är grundläggande. Både patienten och vårdgivaren förväntas vara aktiva samtidigt som man har en tydlig arbetsfördelning. Patientens uppgifter är att passa behandlingstider och arbeta aktivt med hemuppgifterna mellan behandlingstillfällena. Exempel på uppgifter vårdgivaren ska ansvara för är behandlingens struktur och att hjälpa patienten ändra problematisk livsföring eller uppnå specifika mål.

Det kognitiva arbetssättet är inte standardiserat eller regelstyrt utan förutsätter att man som vårdgivare är öppen och beredd att välja arbetsmetod utifrån vad som fungerar för patienten. Samtidigt som behandlingen anpassas till patienten är den strukturerad och målinriktad. Strukturen hjälper vårdgivaren att rikta behandlingen och använda tiden på ett ändamålsenligt sätt för att de uppsatta målen ska kunna uppnås. Man arbetar strukturerat men flexibelt med patientens behov i centrum.

Inom KBT finns det ett stort antal olika metoder, tekniker och övningar. Ofta använder man sig av ett flertal av dessa parallellt för att uppnå optimal behandlingseffekt. Exempel på metoder och arbetsredskap som tillämpas i praktiken ges i faktarutan.

Sammanfattningsvis kan sägas att KBT är en evidensbaserad form av psykoterapi i utveckling. Även om man inte arbetar psykoterapeutiskt med

övervikt och fetma kan en del av de kognitiva principerna vara tillämpningsbara vid behandling av viktrelaterade problem. Till exempel kan det kognitiva perspektivet på samtal och patientutbildning vara ett sätt att fördjupa sig i samtalskonsten och utforma information till patienter.

FAKTA

Exempel på metoder och redskap inom KBT

BETEENDEANALYS

I beteendeanalys kartlägger och analyserar man specifika händelser och situationer för att identifiera problembeteenden och dess konsekvenser. Beteendeanalys används även som en utgångspunkt när mål och behandlingsplan läggs upp. Med "beteende" avses yttre, synliga handlingar som till exempel att äta eller att simma. Med beteende menas även inre, osynliga beteenden i form av känslor, tankar och kroppsreaktioner eller kroppssensationer.

DEN KOGNITIVA SAMTALSMETODEN

Den kognitiva samtalsmetodiken har sina rötter i den så kallade sokratiska dialogen som härstammar från grekisk filosofi. Centralt i denna dialog är antagandet att människan är kapabel till självreflektion och inom sig har de insikter och svar som hon behöver. Därmed blir vårdgivarens uppgift att inta en undersökande hållning och "förlösa" patientens inneboende förmåga att hantera sina problem. Man vägleder patienten genom att ställa frågor och använda sig av kognitiva undersökningstekniker. I samtalet hjälper man patienten granska och ompröva sina tankar, känslor och beteende med utgångspunkt i konkreta situationer.

PSYKOPEDAGOGIK

Inom KBT använder man ofta patientutbildning eller psykopedagogik. Patientutbildning eftersträvar att öka patientens förståelse för aktuella problem och behandlingsmetoder. Genom att förmedla relevanta kunskaper söker man även fylla ut kunskapsbrister och minska risken för missuppfattningar hos patienten. Psykopedagogiken handlar om att kommunicera fakta på ett sätt som berör både hjärnan och hjärtat hos patienten. Både undervisning och psykologiska interventioner används och centralt är respekten för patientens autonomi och synpunkter. Vid behandling av övervikt kan psykopedagogik vara aktuellt till exempel när hälsoriskerna med övervikt och fetma ska kommuniceras eller när man reder ut vad som är bra mat.

BETEENDE- OCH KOGNITIVT INRIKTADE TEKNIKER ELLER ÖVNINGAR

Beteendetekniker som kan vara till hjälp vid överviktsbehandling är olika typer av självobservationer. De går ut på att patienten noterar och registrerar till exempel ett specifikt beteende som fysisk aktivitet. Ett annat exempel är när patienten kartlägger sina matvanor genom att registrera när, vad och hur mycket hon/han äter. Matregistrering eller matdagbok är en uppgift som kan användas på olika sätt. Den kan fungera som underlag för beteendeanalys av matvanor och som utgångspunkt vid kognitiv omstrukturering av dysfunktionella tankemönster i relation till mat och ätande.

Beteendeinriktade och kognitiva tekniker är praktiska verktyg som ska användas med urskillning och i samverkan med patienten. Vid val av teknik är det viktigt att man är klar över vad den syftar till och hur man som vårdgivare vill använda den. Grundläggande är att den utvalda tekniken gynnar och för vidare samarbetet med patienten. Vidare medför beteende- och kognitiva tekniker ofta att patienten får arbeta med konkreta, handfasta uppgifter mellan behandlingstillfällen.

HEMUPPGIFTER

Hemuppgifter syftar till att aktivera patienten i det "verkliga" livet och att öka behandlingseffekten. För att hemuppgiften ska vara verkningsfull behöver den utformas i samförstånd med patienten. Det är även viktigt att uppgiften följs upp.

NonViolent Communication, NVC

NVC (ickevåldskommunikation, även kallat giraffspråket) är användbart i alla mellanmänniska relationer där man vill undvika missförstånd och frustration och istället uppnå medkänsla, förståelse och samarbete. Det är ett hjälpmedel för både personlig utveckling och hantering av konflikter som skapats av den amerikanska psykologen Marshall Rosenberg under 1960-talet. Sedan dess har tekniken spridits och använts med framgång inom områden som skola, sjukvård, terapi, handledning, affärsförhandlingar och såväl personlig som politisk konflikthantering. Vetenskaplig evidens saknas fortfarande men metoden är väl beprövad och beskriven i litteratur. Det ges även utbildningar i metoden.

Negativa och stigmatiserande attityder mot personer med fetma är vanligt förekommande och fetma knyts, i större utsträckning än många andra sjukdomar, ihop med en persons identitet. Många känner sig därför skuldbelagda på grund av sin sjukdom. Samtal om fetma kan bli känsloladdade och behandlaren kan stöta på motstånd i samtalet trots goda intentioner. Genom att praktisera NVC kan ett samtalsklimat där patienten känner sig respekterad och förstådd upprätthållas och behandlaren få större möjlighet att nå fram med sitt budskap.

NVC utgår från att vi kan förstå varandra utifrån grundläggande behov som alla har gemensamt och därför kan känna igen. Sådana grundläggande behov är enligt Rosenberg; mening, tillit, delaktighet, trygghet, empati, ärlighet, uppskattning, växande, kreativitet, ordning, frihet, stöd, vila, fysiskt skydd, näring. Även autonomi och ömsesidighet i samtalet är en förutsättning. Det betyder att parterna ska ta ansvar för sina egna upplevelser och behov och ha förmåga att förstå och ta hänsyn till andra människor.

NVC i fyra steg

Målet är att alla inblandade ska få sina aktuella behov tillfredsställda. Tekniken bygger på att man beskriver konkreta observationer, fria från tolkningar och bedömningar. Var och en tar sedan ansvar för de känslor som observationen ger upphov till och skiljer dessa från de tankar som väcks. Därefter uttrycks vilket behov det är som ger upphov till den känsla man har och sist formuleras en önskan om handling till motparten.

I det följande exemplifieras de fyra stegen. En person uttrycker sig ärligt omkring en situation som har uppstått och vill skapa kontakt för att i nästa steg komma fram till en lösning där bådas behov blir tillgodosedda.

Observation, att skilja fakta från tolkningar och bedömningar.

”När du uteblir från våra avtalade möten ...”

(Jämför med ”När du struntar i att komma hit...” eller ”du bryr dig inte om behandlingen..” Båda meningarna innehåller bedömningar.)

Känsla, att skilja känslor från tankar.

”När du uteblir från våra avtalade möten känner jag mig orolig...”

(Jämför med ”känner jag mig lurad”... ”oviktig”... Dessa ord beskriver mer vad den andra personen gör än vad den som talar känner.)

Behov, att skilja bakomliggande behov från konkret önskan om handling.

”När du uteblir från våra avtalade möten, känner jag mig orolig, *för jag har behov av att bidra till din hälsa*”.

(Jämför med ”därför att du struntar i det vi kommit överens om”, talaren skyller sin känsla på den andra och är inte i kontakt med det behov som gett upphov till känslan.)

Förfrågan om handling, att skilja önskan om handling från krav.

”När du uteblir från våra avtalade möten känner jag mig orolig, för jag har behov av att bidra till din hälsa. *Och jag önskar att vi nu diskuterar hur jag kan bidra på ett bättre sätt. Skulle du vilja göra det?*”

(Jämför med ”du måste ta behandlingen på allvar” eller ”du måste komma hit på avtalade tider”.)

Att lyssna med empati och bekräfta att man hört den som talat görs utifrån samma modell; man lyssnar in i vad som pågår bakom försvar, attacker eller förklaringar utan att döma utifrån rätt- och feltänkande. Den egna åsikten uttrycks senare. Det skulle kunna låta så här:

”*Jag går ju inte ner i vikt av att komma hit i alla fall!*”

NVC: ”*Känner du dig irriterad därför att du behöver förståelse för hur svårt/jobbigt/frustrerande det här är för dig?*”

Dialogen fortsätter och empatin bidrar till en kontakt som öppnar för att bådas behov kan tillgodoses. Att visa empati innebär inte att man är överens eller måste ge upp sin egen ståndpunkt. Men det visar att man förstått och bryr sig om vad den andra tycker är viktigt.

Det fungerande samtalet

Ett fungerande samtal utgår från patientens behov och förutsättningar. Patientcentrering är ett begrepp som förekommer när man tar upp förhållningssätt, kommunikation och behandlingsmetoder som kognitiv beteendeterapi (KBT) och motiverande samtal (MI).

Exempel på viktiga inslag i ett patientcentrerat samtal:

- Närvaro
- Aktivt lyssnande
- Öppna frågor
- Klargörande/sammanfattande

Närvaro

Närvaro i ett samtal innebär att i möjligaste mån vara medveten om sin egen agenda ”vad jag vill med mötet”. Det innebär även att vara villig att lämna den egna agendan och i stället följa patientens. Vårdgivaren behöver också skapa praktiska förutsättningar för samtalet, till exempel se till att man kan samtala ostört.

I ett patientcentrerat samtal är det viktigt att fråga om patientens förväntningar på mötet. ”*När det gäller din övervikt – vad vill du ta upp idag?*”

Det är även nödvändigt att vara närvarande i tid och rum, lämna det som hänt tidigare eller det som ska hända senare under dagen. Ett sätt att visa sin närvaro och uppmärksamhet är genom ”uppmuntrare”, små men viktiga tecken som hummanden eller nickningar som patienten behöver för att fortsätta. De visar för patienten att hon är i fokus för vårt intresse.

Exempel på uppmuntrare:

“... fortsatt ...”

“Jag förstår ...”

“och sedan ...”

“Är det något annat som du vill ta upp idag?”

Aktivt lyssnande

Uppmärksam tystnad är en av de viktigaste delarna i aktivt lyssnande. Det ger patienten tillfälle att tänka ut vad han ska ta upp och hur. Tystnad är också något av det svåraste att hantera och tystnad känns ofta längre än vad den är. Som vårdgivare behöver vi ge patienten en chans att ta till sig vår fråga och tid att tänka ut ett svar och sätta samman det. Nästa steg i samtalet är att aktivt lyssna in patientens svar. Svaret på frågan ger viktiga ledtrådar för följdfrågor och hjälper oss vidare i samtalet. Det är viktigt att undvika en alltför ensidig ”utfrågning” där man ställer frågor utan att lyssna till och följa upp svaren. Det kan upplevas som ett taktlöst förhör och därmed hindra kommunikationen.

Öppna frågor

Avsikten med öppna frågor är att få patienten att utforska och reflektera över sin situation. Använd gärna frågeord som *Hur* eller *Vad*. Orden som *Beskriv* och *Berätta* kan också vara användbara när man vill komma vidare i samtalet. Däremot kan frågor som börjar med *Varför* upplevas som anklagande och leda till att patienten vill försvara sig. Om patienten inte kan svara på en fråga – försök att formulera om frågan för att utforska närmare hur personen uppfattar problemet eller ämnet. Även svaret ”Jag vet inte...” kan bollas tillbaka och bearbetas vidare: ”*Vad är det du inte vet?*”

Använd frågor som uppmuntrar patienten att berätta mera. De är öppningsfrågor eller ”dörröppnare” som inviterar patienten att ta upp det som känns viktigast att ta upp vid detta möte:

“Berätta vad du tycker är svårast med att ...”

“Vad skulle du vilja ta upp under de ... minuter vi har på oss idag?”

“Vad skulle vara viktigast för dig att vi ägnar de närmaste ... minuterna åt?”

“Varför tror du att det har varit svårt för dig att ...?”

“När har du svårt att hantera suget efter godis?”

"Jag ser inte att du har tagit upp frukost i matdagboken.

Hur brukar du göra med frukost?"

"Vad är det i det du äter som gör att du har svårt att gå ned i vikt?"

Motsatsen till dörröppnare, som frågorna nedan, kan effektivt stänga av kommunikationen innan samtalet ens kommit igång:

"Varför går du fortfarande upp i vikt?"

"Så du har inte gått ner något i vikt?"

"Dina värden är inte bra."

"Låt oss titta lite på dina matvanor."

Klargörande och sammanfattande

Genom att be patienten förtydliga sig frågar vi efter mer information för att förstå hur patienten tänker, känner eller gör. Att be om klargörande är mest användbart när det som patienten säger är oklart eller svårt att förstå.

Dessutom minskar risken för att alltför snabbt tolka och feltolka svaret när vi uppmanar till ett förtydligande. Om vi inte ber om klargöranden kan vi komma att agera på ofullständig eller felaktig information. Klargörande ger också patienten en möjlighet att bli klarare över sina egna tankar och känslor.

"Jag vet inte om jag förstår hur du menar, kan du förklara det där igen."

"Kan du berätta lite mer om det ...?"

Sammanfattning är ytterligare ett sätt att bekräfta att vi har hört och förstått patienten. Till exempel kan vårdgivaren ge en kort sammanfattning av samtalet efter inledningen, mot slutet av besöket eller vid lämpliga tillfällen under samtalets gång. Att sammanfatta är speciellt användbart inför byte av ämne under samtalet. Genom vårdgivarens sammanfattning får patienten en överblick över vad han/hon berättat och kan se sammanhang som kanske inte varit tydliga tidigare. Det ger också patienten en chans att korrigera om vi missuppfattat något. Likaså kan man be patienten sammanfatta vid slutet av mötet. På detta sätt får patienten ett tillfälle att summera innebörden av samtalet samtidigt som vi får återkoppling på patientens syn på mötet och hur han/hon har uppfattat samtalet.

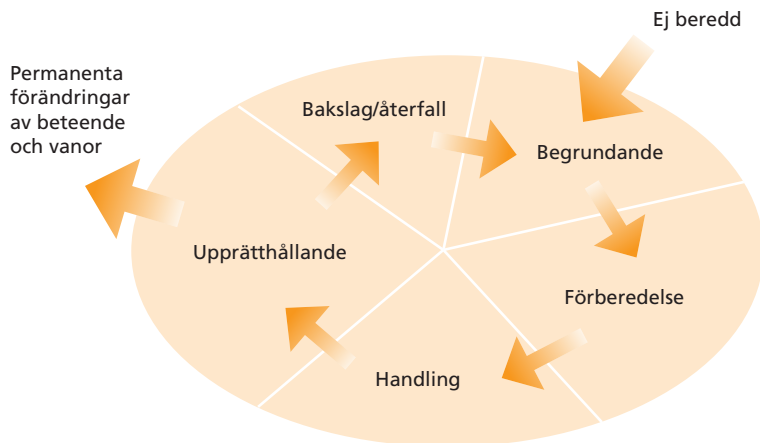
Motivation för förändring av levnadsvanor

Förändring som en process

Den process som leder till att människor ändrar sitt beteende beskrivs i fem olika stadier:

1. Ej beredd; man överväger eller funderar inte på förändring
2. Begrundande; man har tankar om förändring men är inte redo
3. Förberedelse; man är redo och planerar för förändring
4. Handling; man sätter igång och genomför förändring
5. Upprätthållande; man vidmakthåller förändrat beteende.

”Förändringshjulet” (efter Prochaska)



Inget av stadierna kan hoppas över och individen utför olika arbete inom de olika stadierna. Utsikterna att patienten ska lyckas med förändringen är liten om patienten inte befinner sig i handlingsstadiet, det vill säga aktivt börjat förändra sitt beteende. Vårdpersonalens uppgift är att i första hand identifiera var i förändringsprocessen patienten befinner sig och sedan hjälpa personen att ”flytta” sig framåt genom att styra samtalet utifrån de behov som personen har i de olika stadierna av förändring. Förändring av levnadsvanor och livsstil kräver olika lång tid för olika individer. Ibland kommer förändringar relativt snabbt, ibland kan förändringsprocessen vara tidskrävande och ta årtal. Snedsteg och återfall tillhör det vanliga under ett förändringsskede. Ett snedsteg är en partiell återgång till tidigare mat- och motionsvanor och ett återfall är en fullständig återgång till tidigare vanor. Vid återfall gäller det för vårdgivaren att åter ta reda på var i förändringsprocessen patienten hamnat och identifiera vilka behov patienten har.

Att återfall inträffar kan bero på att patienten fått bristande stöd att behålla de nya vanorna eller på egna värderingar och attityder som motver-

kar förändringen. Även känslomässiga tillstånd som frustration, besvikelse, nedstämdhet och ångest kan ha betydelse. Bristande strategier att hantera snedsteg och återfall kan medföra att återfallet permanentas. Vid ett återfall är det inte ovanligt att patienten uteblir från besök på grund av en känsla av att ha misslyckats. Genom ett respektfullt förhållningssätt och samtalstekniker som patientcentrering, NonViolent Communication och Motiverande samtal skapar vårdgivaren en tillåtande miljö dit patienten gärna söker sig när problem uppstår.

Förändringsprocessen är alltså inte linjär utan pendlar mellan att gå framåt och bakåt av återfall. Vårdgivarens uppgift är att erbjuda den hjälp patienten är mottaglig för utifrån var i förändringsprocessen patienten befinner sig.

Motivation

En grundläggande förutsättning för förändring av livsstil är att patienten upplever att den aktuella livsstilen medför problem. Motivation är en process som innebär att gå från "inte medveten om att min övervikt är ett problem för mig" till "att genomföra en förändring". Att vilja förändra kräver att patienten kartlägger sambandet mellan sitt beteende och konsekvenser på kort och på lång sikt. Exempel på en kartläggning:

"Jag äter för mycket på kvällarna" (beteende)

"Det betyder fler kalorier än jag gör av med vilket leder till att jag går upp i vikt" (kortsiktig konsekvens)

"Min övervikt kan innebära att jag får typ 2-diabetes vilket jag inte vill" (långsiktig konsekvens)

Bristande insikt om samband och konsekvenser av olika beteenden och levnadsvanor kan stå i vägen för motivationen och blockera förändringsarbete. Därför är det viktigt att utforska hur patienten ser på sambanden och konsekvenserna och om det finns behov att samtala vidare utifrån dem. Möjliga öppningsfrågor kan vara:

"Vad tror du har gjort att du har gått upp i vikt?"

"Vad känner du till om hur din kropp påverkas av övervikt?"

"Vill du veta mera om vad som påverkar kroppsvikten?"

Många som säger sig vilja gå ner i vikt upplever det svårt att aktivt börja förändra. Vad som får en person att komma till beslutet att börja förändra sitt beteende är individuellt. Det är oftast inte bristande kunskaper som är ett hinder för förändring utan att förändringen innebär praktiska problem i vardagen och hotar invanda rutiner. Ett sätt att underlätta beslutet att förändra beteenden och livsstil är att ställa frågor som tydliggör hur patienten ser på sina egna möjligheter att lyckas och hur viktig förändringen är. Frågor som kan ställas till en person som överväger att förändra sitt beteende är:

"Hur viktigt är det för dig att ...? (gå ner i vikt, må bättre)"

"Vad tror du om dina möjligheter att lyckas ...?"

Sättet att använda frågorna beskrivs mer utförligt i Problemlösning steg för steg, sidan 46. Under förändringsprocessen växlar motivationen i styrka och den behöver underhållas. Att gå tillbaka till "varför" jag vill ändra beteende kan stärka motivationen. Motivationen finns alltid men kanske inte till det som kan bidra till viktninskning.

Motiverande samtal

Motiverande samtal syftar till förändring. Samtalet handlar inte i första hand om *hur* en förändring ska ske utan *om* den ska ske. Studier har visat att metoden är effektiv vid alkohol- och drogberoende, kostförändringar och för att öka fysisk aktivitet. Utvärderingar av metodens effektivitet pågår fortlöpande.

Det motiverade samtalet är patientcentrerat och bygger på tron att människor har förutsättningar att fatta beslut och göra egna val. Vårdgivaren visar tydligt att hon/han vill och försöker förstå patienten, i första hand genom reflektioner och sammanfattningar. Vårdgivaren bör vara medveten om att befinna sig på samma nivå i förändringsprocessen som patienten, vanligtvis är vi långt före. Om patienten signalerar motstånd mot förändring så kan det vara ett tecken på att vårdgivaren ligger före patienten och har gått för fort fram.

Grunden i samtalet är att vårdgivaren kan identifiera var patienten befinner sig i förändringsprocessen, och anpassa samtalet och verktygen efter det. När patienten inte är medveten om att en förändring behövs så är vårdgivarens uppgift att ge patienten värderingsfri fakta och att utveckla diskrepans. Det betyder att vårdgivaren hjälper patienten att bli medveten om skillnaden mellan *hur det är* och *hur det borde vara* utifrån patientens önskningar och värderingar. Känslomässigt upplevd diskrepans är en stark drivkraft för att börja en förändring, förutsatt att patienten har förmåga att genomföra förändringen.

Viktigt i ett motiverande samtal är att inget får ske utan patientens medgivande. Därför används verktygen "Be om lov" och "Utforska i dialog". Vårdgivaren frågar om patienten vill ha information. Den enklaste formen är att "Be om lov", ett exempel:

"Är det OK att vi pratar om hur din vikt påverkar ditt blodtryck?"

Att "Utforska i dialog" är en mer utvecklad form att ge information på, ett exempel:

*"Vad känner du till sedan tidigare om hur vikt och blodtryck hör ihop?"
(invänta patientens svar)*

"Jag hör att du vet en del om sammanhanget redan. Det finns mer information i ämnet, vill du att jag berättar om det?"

När informationen är given så följer vårdgivaren upp med en fråga, exempelvis

"Vad tänker du nu om det här."

När man är i stadierna "Begrundande" eller "Förberedelse" i förändringsprocessen är man fortfarande ambivalent och tveksam till att förändra. Vårdgivaren kan då hjälpa patienten att utforska för- och nackdelar med nuvarande beteende och att se vad som hindrar och vilka möjligheter en förändring kan ge. Användbara verktyg här är Ambivalenskorset och Motivations- och självtillitsskala. Här följer ett exempel på hur vårdgivaren kan använda Ambivalenskorset.

Första frågan kan vara

"Vad är bra med att äta godis?"

för att sedan fortsätta med

"Vad är mindre bra med att äta godis?"

följt av

"Vad skulle du sakna/förlora om du slutade att äta godis?"

Slutligen frågar vårdgivaren

"Vad skulle bli bättre om du slutade med godis?"

Sedan sammanfattar vårdgivaren det patienten har sagt eller avslutar med en fråga

"Hur tänker du kring att äta godis nu?"

Motstånd till förändring respekteras som ett naturligt uttryck för patientens oro eller skepsis inför en förändring. Om rådgivaren konfronterar eller argumenterar ökar motståndet hos patienten. Rådgivaren "rullar med" motståndet, när det inträffar, men försöker i första hand att förebygga det.

Målet är att uppnå "förändringsprat" hos patienten, det visar att personen har nått en insikt i att ett beteende är relaterat till problem och att problemet inger oro och att förändring krävs. Exempel på förändringsprat:

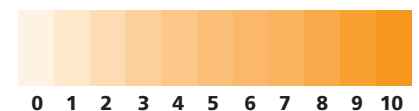
"Jag äter kanske mer än jag borde och det oroar mig vad det kan innebära på sikt. Jag vill gärna göra något åt det".

Människor påverkas av att höra sin egen argumentation och känner förpliktelse mot sina egna uttalanden. Evidens finns om att positiva förändringsyttranden förutspår en beteendeförändring.

Ambivalenskorset



Motivations- och självtillitsskala



Skatta sannolikheten till förändring.

Hur viktigt är det för dig att ändra dina vanor?

Hur säker är du på att du skulle kunna lyckas?

Problemlösning steg för steg

En bra problemlösningsförmåga är grundläggande vid förändring av livsstil. När man ställer om beteenden och vanor behöver man kunna lösa både gamla och nya problem i vardagen. Allt behöver dock inte förändras utan det handlar om att ringa in vilka beteenden och vanor som är problematiska och hur dessa ska hanteras. Den generella processen vid problemlösning som beskrivs nedan kan användas i samtal om förändring och även läras ut till patienten.

Steg 1 Identifiera problemet

VAD ÄR PROBLEMET OCH HUR KAN DET TYDLIGGÖRAS?

Om man inte är medveten om vad som är problemet så kan det inte heller lösas. Därför är det första steget i problemlösning inriktat på att kartlägga, identifiera och analysera problem. Avsikten är att formulera problemet i så konkreta termer som möjligt.

Matregistrering är en praktisk startpunkt när man tillsammans med patienten vill undersöka vilken betydelse patientens ätbeteende och matvanor har för uppkomsten och bibehållandet av övervikten. När man arbetar med problemformulering är det viktigt att utgå från patientens perspektiv. Det är patienten som ska definiera och sätta ord på vad som är problemet när det gäller ätbeteende och matvanor. Om patienten inte kan upptäcka några problem i relation till mat och ätande är det inte aktuellt att fortsätta diskutera hur matvanor ska förändras. En förutsättning för fortsatt samtal om förändring är att man är överens om att det finns ett problem som patienten vill arbeta med.

Vid problemformulering är förutsättningslösa, öppna och utforskande frågor till hjälp:

"Vad anser du om dina matvanor?"

"Vad påverkar dina val av mat?"

"Hur tror du att dina matvanor påverkar din vikt och hur du mår?"

"På vilket sätt är ... ett problem för dig?"

"Hur påverkar ... dig?"

När problem ska tydliggöras är det viktigt att uppmärksamma och klargöra känslor och värderingar som är kopplade till problemet. Värderingar och känslor har betydelse för både beteende och motivation till förändring. Likaså kan starka, besvärliga känslor vara en stor del av problemet. Känslor behöver inte lösas men sättas ord på, bekräftas och speglas.

"Du låter ledsen när du pratar om ..."

"Jag uppfattar att du är arg för ..."

Steg 2 Sätta upp mål

VAD VILL PATIENTEN ARBETA MED?

Innan samtalet övergår till att formulera mål måste patienten vara redo för att ta tag i problemet. Därför kan det vara värdefullt att åter undersöka och lyfta fram hur patienten ser på sin motivation och förmåga att förändra sin situation vid tillfället. Användbara inledande frågor då är till exempel (se även avsnittet Motivation sidan 43):

“Hur viktigt är det för dig att ...?” (Klargörande av motivation)

“Vad tror du om dina möjligheter att lyckas?” (Utforskande av tilltro till egen förmåga)

Ett sätt att fördjupa ovanstående frågor är att be patienten gradera sitt svar på en linje mellan 0 och 10, till exempel:

“Hur viktigt är det för dig att gå ner i vikt/må bra på en skala mellan 0 och 10, där 0 står för att det inte är alls viktigt och 10 för att det viktigare än allt annat?”

Man kan sedan fortsätta att fråga vidare:

“Vad var det som gjorde att du valde siffra ... och inte 0?”

“Vad behövs för att viktnedskningen ska få en större betydelse för dig?”

Ibland kan patienten identifiera en mängd problem som hon eller han vill åtgärda. Utan tvekan kan det kännas svårt om inte övermäktigt att lösa alla problem på en gång. Ett sätt att komma vidare är att handleda patienten att göra en lista över sina problem och välja ett avgränsat problem att ta itu med.

KONSTEN ATT HITTA LÖSNINGAR OCH SÄTTA MÅL

Det finns flera vägar för patienten att nå sitt mål. Patienten kan behöva stöd i sökandet efter lösningar och utvärdering av dem. Vårdpersonalens uppgift är inte att erbjuda lösningar utan att hjälpa patienten ta fram egna lösningar utifrån sina unika kunskaper och erfarenheter samt att tydliggöra de kortsiktiga och långsiktiga målen och sätta delmål.

Användbara, smarta mål kännetecknas av att de är:

Specifika En exakt och konkret beskrivning av vad som ska genomföras och uppnås, gärna i beteendetermer.

Mätbara Det är tydligt hur man bedömer att målet är uppfyllt.

Acceptabla Patientens ska känna sig tillfreds med målet.

Realistiska Målet ska vara något som går att påverka och är möjligt att uppnå.

Tidsbestämda Man gör en tidsplan för när målet ska vara uppfyllt.

SMART-principerna som används för att utforma mål kan även användas när man vill utvärdera om målet är uppnått.

För att kunna sätta upp nåbara mål måste man ha definierat problemet i konkreta termer. Målet ska vara specifikt, mätbart och tidsbestämt. Ett otydligt problem som ”jag äter för mycket” leder till svävande och icke verkningsfulla mål som ”jag vill äta mindre”. Det gäller att utforska och förtydliga problemet tills det kan avgränsas och beskrivas klart. Det är viktigt att patienten tar ställning till de olika lösningsalternativen och väljer det alternativ som känns mest angeläget och tänkbart att genomföra.

Den otydliga problemformuleringen från exemplet i början ”jag äter för mycket” kan tydliggöras genom att man närmare utforskar vad ”äter för mycket” innebär för patienten. Till exempel kan man klargöra när och i vilka situationer patienten äter för mycket samt vad det är som patienten äter för mycket av:

”Det är på kvällarna, framför TV:n som jag äter för mycket. Det blir minst åtta till tio mackor med mjölk till. Kanske en liter eller en och en halv liter mjölk. Så jag får i mig för mycket kalorier på kvällarna eftersom jag också äter middag.”

Ett förtydligande av vad patienten vill äta mindre av, hur mycket mindre patienten vill äta och när patienten vill att målet ska vara uppnått är på sin plats. Det kan vara lämpligt att reda ut vad som ska uppnås på kort sikt och vad som kan betraktas som ett långsiktigt mål. Patientens långsiktiga mål kan till exempel vara att helt sluta äta smörgåsar med mjölk framför TV:n på kvällarna till sin 40-års dag som infaller om ett år. Ett år kan kännas som en lång tid att göra förändringar på. För att patienten verkligen ska komma igång med sitt förändringsarbete och kunna uppnå sitt långsiktiga mål är det viktigt att patienten sätter kortsiktiga delmål i relation till slutmålet och börjar arbeta med dem. Till exempel skulle patientens första delmål kunna vara:

”Mitt första mål är att dra ner antalet mackor till fem och se till att en liter mjölk räcker till två kvällar.”

Steg 3 Göra en handlingsplan

HUR SKA PATIENTEN KONKRET GÅ TILL VÄGA?

En handlingsplan ska vara så konkret och detaljerad som möjligt. I samtalet om planer kan man fokusera på att klarlägga och tydliggöra vad, när och hur något ska göras. Syftet är att patienten ska skapa en konkret handlingsplan utifrån sina aktuella behov och förutsättningar.

Det här ska gälla från måndag till torsdag från med denna vecka. Men på fredagarna och på helgerna vill jag ha kvar mina mackor än så länge. För att ha lite koll på hur jag sköter mig så ska jag sätta en kryss i almanackan när jag väl har klarat av kvällen. Och om jag inte fixar neddragningen någon kväll så får jag väl reda ut vad jag ska göra för att få det att funka bättre. Om två månader borde det här sitta i ryggmärgen hos mig så att jag kan gå vidare med nästa delmål.”

Exempel på frågor vid utforskande av handlingsplan

”När vill du sätta igång med ...?”

”Vad ska hända idag, i morgon?”

”Hur vill du gå till väga ...?”

”Vad behöver du förbereda?”

IDENTIFIERA RISKSITUATIONER

Även goda intentioner kan falla. Vårdpersonalen kan hjälpa patienten att förutse och bli bättre förberedd på att hantera tänkbara svårigheter när planerna ska genomföras. Att ha beredskap är att man kan känna igen tidiga tecken på de situationer då man tenderar att återgå till gamla beteendemönster. Som vårdpersonal kan man vägleda patienten i att identifiera risksituationer och hur dessa ska hanteras.

”I vilka situationer kan du tänka dig att det kan bli svårt att ...”

”Hur skulle du kunna hantera detta på ett annorlunda sätt?”

Steg 4 Genomföra

VAD HJÄLPER PATIENTEN ATT HÅLLA SIG TILL HANDLINGSPLANEN?

Patienten genomför de planerade åtgärderna och noterar vad som fungerar bra respektive mindre bra. Rekommendera gärna patienten att skriva dagbok (till exempel vad som fungerade eller inte fungerade, tankar och känslor kring detta). Det hjälper patienten att fokusera på och reflektera över pågående förändringsarbetet.

Exempel på frågor vid utforskande av genomförande

"Hur ofta ska du väga dig?"

"Vilken dag i veckan väger du dig eller går till viktpol?"

"Hur ofta behöver du stöd från sjukvården?"

"När och hur ofta behöver du läsa igenom eller agera utifrån din plan för viktstabilitet?"

Steg 5 Följa upp

HUR GICK DET OCH HUR VILL PATIENTEN GÅ VIDARE?

När patienten har satt sina planer i verket är det dags att utvärdera de åtgärder som genomförts och utnyttja erfarenheterna: Vad fungerade bra, vad fungerade mindre bra, vad kan göras mer eller mindre av och vad behöver göras annorlunda. Planera för en fortsättning vilket kan innebära att man börjar om med problemlösningsprocessen, det vill säga:

- En ny kartläggning, identifiering och analys av problem
- Helt ny målformulering eller omformulering av tidigare mål/delmål
- Konkret handlingsplan eller justeringar av tidigare handlingsplan
- Aktivt genomförande och praktiskt förändringsarbete
- Uppföljning och en ny utvärdering osv

Exempel på frågor vid utforskande av utvärdering

"Vad har fungerat bra?"

"Behöver planen förändras i något avseende?"

"Vilka risksituationer behöver du vara uppmärksam på?"

"Vad kan ha haft betydelse för din tillfälliga viktuppgång?"

"Vad ska du göra för att återgå till goda vanor?"

"Vilka är dina problemområden som du behöver vara medveten om även i fortsättningen?"

En lägre vikt på sikt

Patienten bör på ett tidigt stadium informeras om att vidmakthållande är en självklar del av behandlingsprogrammet. Det kan vara ett stöd för patienten i det långsiktiga förändringsarbetet att efter en viktnedgång praktisera viktstabilitet under tre till sex månader. Patienten kan sedan återuppta viktnedgång under en ny period om så krävs eller önskas. Det är viktigt att patienten får hjälp att formulera realistiska behandlingsmål så att han eller hon accepterar övergången från viktnedgång till viktstabilitet i slutet av behandlingen.

Patienten behöver få möjlighet att öva på de strategier som har introducerats under behandlingen. Exempel på sådana strategier kan vara att skriva matdagbok, att göra en kedjeanalys för att se vad som ledde fram till problembeteendet och att använda problemlösning för att hitta alternativa sätt att hantera problemet på. Patienten övar sig därmed i att vara framtidsorienterad, det vill säga att identifiera riskbeteenden samt förutse och planera inför kommande problemsituationer. Innan behandlingen avslutas kan en individuell och skriftlig viktstabilitetsplan utformas i samarbete mellan patient och vårdgivare. Planen ska vara en påminnelse om vad man har lärt sig under behandlingen men kan även vara en guide att ha till hands när framtida problem uppstår.

Utforskande av en lägre vikt på sikt

"Vad innebär viktstabilitet för dig?"

"Vilken är den övre gränsen för acceptabel viktuppgång beräknat från din målvikt (som regel 3 kg)?"

"Hur länge vill du försöka hålla din nuvarande vikt stabil?"

"När behöver du justera dina mat- och motionsvanor?"

"Vilka goda mat- och motionsvanor vill du hålla fast vid?"

Viktstabilitet skiljer sig från viktnedgång

Att gå ner i vikt och att behålla vikten är två skilda faser där patienten behöver olika stöd. Viktstabilitet är på flera punkter mindre uppmuntrande och belönande än viktnedgång:

- Man blir inte positivt sporrade av minskad vikt i kilo
- Man får färre positiva kommentarer och mindre stöd från andra
- Det finns ingen tidsgräns vilket innebär att man måste upprätthålla nya vanor på lång sikt
- Det kan även innebära att man måste acceptera en högre viktnivå och annan kroppsform än vad man ursprungligen önskade

Det är vanligt att personer som gått ner i vikt är tillbaka på sin ursprungsvikt inom två till fem år. Vi vet inte säkert vad den vikande motivationen

FAKTA

Viktstabilitet

- Ingen tidsgräns
- Ingen förändring i kilo
- Liten eller ingen uppmuntran från andra
- Eventuellt acceptans av en högre vikt än önskat

Viktminskning

- Tidsbegränsad
- Ser förändringen i kilo
- Får uppmuntran av andra
- Kan innebära högt ställda mål och förväntningar

beror på. Vidmakthållande av behandlingsresultat är dock en av de största utmaningarna för övervikts- och fetmavården. Gemensamt för dem som behållit en viktninskning mer än tre år är att de minskat sitt fettintag, motionerar och väger sig regelbundet. Viktstabilitet innebär således förändring av tre beteenden vilket kan jämföras med rökstopp som innebär förändring av endast ett beteende. Uppskattningsvis krävs det sju försök innan man lyckas sluta röka.

Att samtala om barns övervikt och fetma

”I vårdgivares inbördes kommunikation och journalföring bör orden övervikt och fetma användas som diagnoser och omskrivningar undvikas.”

Barn med övervikt och fetma kommer i kontakt med barnhälsovården och sjukvården på många olika sätt. För den som möter barn med övervikt och fetma i sitt arbete är det därför viktigt att känna till rekommendationerna för när övervikt och fetma ska behandlas. Detta gäller både när familjen söker på grund av barnets övervikt och när barnet kommer av andra skäl. Vårdgivaren bör definiera om barnet har övervikt eller fetma med hjälp av ISO-BMI. En vårdgivare som tar upp frågan om ett barns viktutveckling måste veta att det är viktigt att behandla övervikt och fetma hos barn.

Den vårdgivare som vet med sig att hon eller han träffar barnet endast vid ett tillfälle kan gärna väcka frågan, men bör då förvissa sig om att familjen vet vart de kan vända sig för att få fortsatt hjälp.

Ordval och samtalsstrategier

I vårdgivares inbördes kommunikation och journalföring bör orden övervikt och fetma användas som diagnoser och omskrivningar undvikas. Det stärker uppfattningen att barnfetma är en allvarlig, kronisk barnsjukdom. Även i kommunikationen med föräldrarna bör begreppen användas. I samtal med yngre barn kan omskrivningar, oftast kanske det ord barnet själv väljer att använda som ”tjock” eller ”stor”, vara helt berättigade.

Samtalet kring barnets viktutveckling måste ta hänsyn till barnets ålder och hur självständigt det kan vara. Små barn har litet eget inflytande över när och vad de äter. Då är det självklart viktigast att vårdgivaren i huvudsak samtalat med barnets föräldrar. Äldre barn och tonåringar måste gradvis bli alltmer delaktiga i samtalet och ta eget ansvar för sin behandling.

Kunskapen om att fetma till stor del är en ärftlig sjukdom kan lyfta av en hel del skuld från barnet och dess föräldrar. Samtidigt måste vårdgivaren vara tydlig och stötta föräldrarna så att de tar ett stort ansvar för barnets behandling – som vid andra kroniska barnsjukdomar

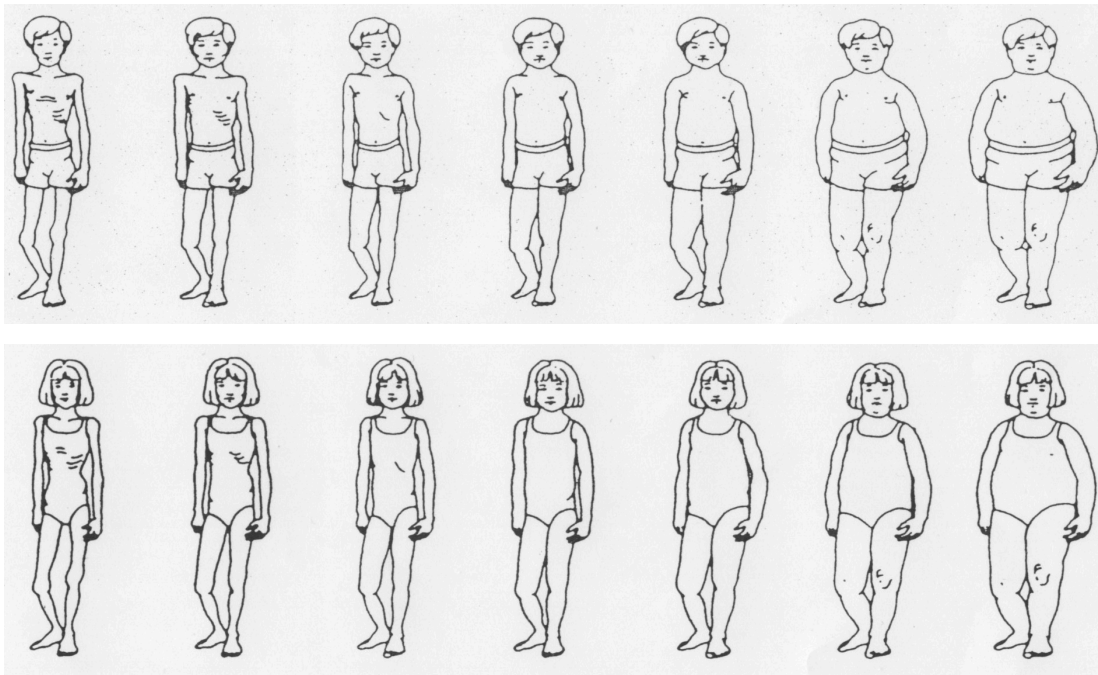
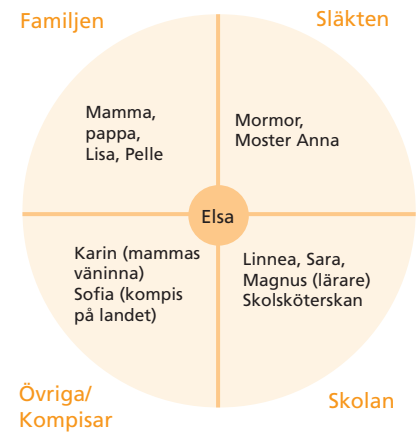
I samtalet med barn och föräldrar är det ofta bra att använda tillväxtkurvan som underlag för samtalet, ”Vad har hänt med vikten de senaste åren?”. Den gör att föräldrarna och barnet tydligare ser konsekvenserna av att inte reagera och hur den nuvarande ökningstakten kan komma att fortsätta med ännu kraftigare fetma som följd. Tillväxtkurvan kan tydliggöra att det handlar om långsiktiga förändringar.

I övrigt skiljer sig samtalet med barnet som patient inte så mycket från samtalet med en vuxen patient. Ett utforskande samtal om vanor när det gäller mat och fysisk aktivitet kan i allt väsentligt följa råden för samtal i avsnittet Det fungerande samtalet (sidan 39), men med den skillnaden att det är barnet som står i centrum.

Barn har inte lika lätt som vuxna att använda samtal som redskap för förändring. Utan det kan det vara nödvändigt att använda papper och penna eller hjälpmedel såsom en enkel "nätverkskarta" för att få en uppfattning om barnets sociala nätverk. Ett pictogram med bilder av kroppssilhuetter kan också vara en utgångspunkt för samtal om hur barnet upplever sin kropp och hur det ser på sin övervikt.

Ibland kan det vara lämpligt att tala med en förälder och ett barn enskilt, speciellt om familjens livssituation är svår. Behandlingen försvåras om det finns emotionella eller sociala problem i familjen. Det är nödvändigt att vara öppen och beredd att lyssna också till sådana omständigheter som komplicerar familjens vardag. Det krävs lyhördhet från en vårdgivare för att såväl föräldrar som barn ska uppleva att samtalet är ägnat att hjälpa dem.

Nätverkskarta



Ett pictogram med bilder av kroppssilhuetter kan vara en utgångspunkt för samtal om hur barnet upplever sin kropp och hur det ser på sin övervikt.

Barn i förskoleåldern

Syftet med samtalet när barnen är i förskoleåldern är att hjälpa föräldrar att förändra vanor och mönster. Använd öppna frågor som syftar till att kartlägga familjens måltidsrutiner, TV-vanor och utrymme för fysisk aktivitet vilka kan bidra till att hjälpa föräldrar att se familjens levnads-mönsters betydelse för barnets viktutveckling. Exempel på användbara frågor:

"Hur ser ditt barns frukostvanor ut?"

"Beskriv familjens middagsvanor?"

"Hur färdas barnet till daghem eller skola?"

"Hur ser du på ditt barns tid framför TV eller dator?"

"Berätta vad du tänker om läsk, godis, chips?"

I ett senare skede kan frågorna mer inriktas på föräldrarnas roll för att upprätthålla struktur och gränser kring det lilla barnet:

"Hur gör ni om barnet inte vill äta grönsaker?"

"Vad händer om barnet inte vill äta den mat du serverar?"

"Berätta om vem som är med och bestämmer om, som exempel, barnets tid framför TV."

"Vem bestämmer när man får ta en glass ur frysen?"

Varje familj har sitt eget sätt att fungera. Men det brukar vara enklare för ett barn att hålla vikten eller minska i vikt om det finns en tydlig struktur i familjen och ett varmt och lagom engagerat stöd från föräldrarna.

Barn i skolåldern

Från tidiga skolår brukar barn med övervikt och fetma själva vara helt klara över att de har problem med vikten. När skolsköterskan tar upp detta och erbjuder hjälp kommer barnet sannolikt att känna lättnad. Även här krävs en regelbunden kontakt med föräldrarna. Barn ska inte lämnas ensamma med sina viktproblem utan få konkreta råd och handfast stöd för att normalisera sin vikt under den tid de fortfarande växer.

I mellanstadieåldern uppstår ofta en ny risksituation när ett barn inte längre går på fritidshem, utan är ensamt hemma innan föräldrarna kommer hem. En del barn slutar att vara aktiva i de idrotter de tidigare ägnat sig åt och en del barn blir väldigt stillasittande på helgerna. Användbara frågor kan vara:

"Vad brukar du äta till mellanmål?"

"Hur gör du när du äter hemma hos kamrater?"

"När du går hem med kompisar, vad gör ni då?"

"Vad gör ni på helgerna?"

"Hur brukar du och dina föräldrar bestämma, vad du kan äta, när de inte är hemma?"

"När du är i skolan, hur gör du om du blir hungrig eller sugen på något?"

"Berätta vad du gör efter skolan, på eftermiddagarna?"

"Vad tycker du om att äta frukt och grönsaker?"

"Hur ofta dricker du läsk?"

"Hur många timmar sitter du framför dator eller TV eller video en vanlig dag?"

I samtalet med tonåringar använd med fördel öppna frågor. Frågor om konkreta vardagssituationer markerar respekt för tonåringens större oberoende men kan också belysa risksituationer.

"Vad brukar du och dina kompisar göra under skoldagen och efter skolan?"

"Hur gör du när de andra går till fiket?"

"Hur går det med maten när du är ensam hemma?"

"Vad kan du påverka när det gäller vad du äter?"

Några slutna frågor:

"Hur ofta köper du läsk?"

"Vilken sorts läsk brukar du välja?"

"Hur ofta handlar du snacks eller godis?"

Ibland kan en tonåring verka väldigt obekymrad, trots att viktutvecklingen är mycket alarmerande. Då kan en vårdgivare försiktigt försöka väcka medvetenhet om viktens betydelse. Det brukar fungera bättre att fråga om tonåringens aktuella situation än att ta upp framtida komplikationer till fetma. Det måste finnas tid och beredskap hos den som ställer frågor att ta emot de svar som tonåringen lämnar, så att inte tonåringen känner sig utlämnad och hjälplös. Det är särskilt viktigt att låta varje fråga i samtalet få ta tid, och de exempel på frågor som presenteras nedan ska inte ställas i rask följd som efter en checklista. De ska användas som ingångar i ett utforskande samtal, och kanske kommer ett helt samtal att kretsa kring en enda fråga.

"Berätta hur du ser på din vikt?"

"Vad betyder din vikt när du är tillsammans med dina kompisar?"

"Vad tror du händer med din vikt under nästa år?"

"Vad tror du skulle kunna bli bättre om du gick ner i vikt?"

Samtal vid vågen

Varje vägning är ett tillfälle för återkoppling mellan beteende och resultat. Vid vågen finns ett utmärkt tillfälle för samtal kring barnets vikt. Här har en vårdgivare en möjlighet att stärka barnets och föräldrarnas egen analys av hur livsföringen avspeglar sig på vikten. Varje vägning av barn i alla åldrar

som genomgår behandling för övervikt eller fetma bör därför föregås av frågan:

”Hur tror du att det gått?”

Först sedan barnet tänkt efter och svarat om det tror att vikten gått upp, gått ner eller stått still, vägs barnet. Därefter kan barnets analys och resultatet på vågen jämföras.

Om barnet har gått upp i vikt är vägningen ett tillfälle att göra en nystart. Det är en konst för vårdgivaren att vara tydlig med att en viss viktuppgång inte är acceptabel, men samtidigt inspirera barnet till nya ansträngningar. Vårdgivare bör poängtera sådant som faktiskt gått bra – kanske har ISO-BMI-värdet stått stilla trots att barnets vikt ökat. Kanske har barnets lyckats förändra en vana på ett bra sätt, även om vikten inte minskat. Uppmuntran och ett tydligt och konkret stöd hjälper barnet att identifiera sig själv som framgångsrik och att komma vidare i sitt arbete.

Avslutningsvis bör samtalet föras in på det fortsatta arbetet:

”Hur vill du jobba vidare tills nästa gång vi ses?”

Föräldrarnas roll måste åter betonas, så att barnet inte blir ensamt i sitt arbete med vikten.

REFERENSER

Adolfsson B, Arnold M. *Behavioral Approaches to Treating Obesity*. American Diabetes Association. Metabolic Books, 2006

Anderson B, Funnell M. *The art of empowerment. Stories and strategies for diabetes educators*. American diabetes Association, 2000

Arborelius E. *Varför gör dom inte som vi säger? Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor*. Medioteket, telefonnummer: 08-508 334 81

Barth T, Näsholm C. *Motiverande samtal – M1. Att hjälpa en människa till förändring på hennes egna villkor*. Studentlitteratur, 2006

Brownell K. *The Learn Program for weight management, 10th ed.*, American Health Publishing Company, 2005

Holli B, O'Sullivan Maillet J, Calabrese R, Beto J. *Communication and Education Skills for Dietetics Professionals. 5 th ed*. Lippincott Williams & Wilkins, 2008

Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinical guide*. Guilford Press, 2004

D'Elia G. *Det kognitiva samtalet inom vården*. Natur & Kultur, 2004

Edlund K, Ghaderi A. (red). *Kognitiv beteendeterapi vid hetsätningsstörning och övervikt*. Studentlitteratur, 2009

Jansson A., Danielsson P. *Överviktiga barn. En handbok för föräldrar och proffs*. Forum, 2003

Kåver A. *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Natur & Kultur, 2006

Melin I. *Obesitas. Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på beteendemodifikation och konventionell behandling*. Studentlitteratur, 2001

Miller W R, Rollnick S. *Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring. (andra utgåvan)*. Kriminalvårdens förlag, 2003

Oestrich I., Kolstrup N. *Kognitiv terapi i läkarpraktiken*. Studentlitteratur, 2005

Prochaska J. et al. *In search of how people change. Applications to addictive behaviours*. American Psychologist 1992;47:9:1102-1114.

Rosenberg M. *Nonviolent Communication: Ett språk för livet*. Friare Liv Konsult, 2007

Rydén O, Stenström U. *Hälsopsykologi. Psykologiska aspekter på hälsa och sjukdom*. Falköping. Bonnier Utbildning 2008

Stahre L. *Kognitiv behandling vid övervikt och hetsätning – Ny syn på övervikt och behandling*. Studentlitteratur, 2002

VÅRDPROGRAM BARN OCH UNGDOM

Inledning	58
Vårdkedjan	59
Bakgrund	60
Prevention och behandling	63
Vårdkedjans basnivå	66
Vårdkedjans specialistnivå	71
Vårdkedjans högspecialiserade nivå	78
Referenser	80

Inledning

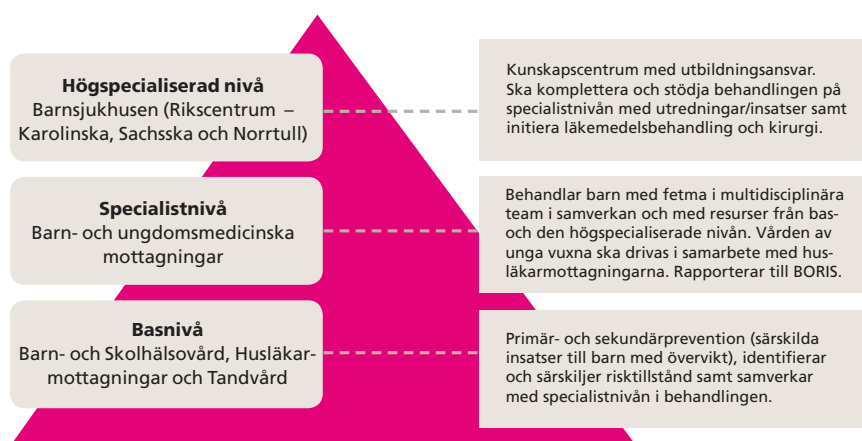
Övervikt och fetma hos barn och ungdomar är ett av de snabbast ökande hoten mot folkhälsan. Barn som tidigt blir feta riskerar att tidigt – ibland redan i tonåren – drabbas av allvarliga följsjukdomar.

Målet med vårdprogrammet för barn och ungdomar är att minska förekomsten av övervikt och hindra uppkomst av fetma så att alla barn ska komma under Iso-BMI 30. Detta är den BMI-gräns för ålder och kön som motsvarar BMI 30 hos vuxna (fetma). Behandlingen bör starta redan vid 5–6 års ålder.

I arbetet med att förebygga övervikt och fetma behövs samordnade hälsofrämjande insatser för en god kroppslig och psykisk hälsa samt insatser för tidig upptäckt av och stöd till riskindivider. Barn med fetma ska få behandling på rätt vårdnivå.

I detta vårdprogram har vårdkedjan tydliggjorts och beskrivs som en pyramid av tre vårdnivåer med de olika vårdaktörernas roll och ansvar. Skolan innefattas i vårdkedjan och ansvaret motsvarar det vårdprogram som finns för skolhälsovården i Stockholms stad. För en fungerande behandling krävs att primärvårdens vårdgivare och barnläkare i öppen vård utvecklar rutiner och en fungerande samverkan. För ett fungerande samarbete mellan olika vårdnivåer måste remittenterna veta vilken vård/utredning som kan erbjudas på nästa vårdnivå.

Vårdkedjan



Vårdkedjan kring barn och ungdom med övervikt och fetma

Prevention är grunden i arbetet mot barnfetma. På basnivån finns BVC med uppgift att allmänt grundlägga goda vanor för alla barn och att identifiera barn i riskzonen för fetma. I vissa fall behöver BVC ta initiativ till behandling. När barnet är sex år övertas detta hälsoansvar av skolhälsovården (SHV). Parallellt med dessa instanser arbetar husläkarmottagningar och tandvården med hälsoinsatser och primära vårdinsatser för hela befolkningen.

På specialistnivån finns länets barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM) som har ansvaret för behandling av barn som utvecklat fetma och de barn med övervikt som har särskilda riskfaktorer. Behandlingen ska vara långsiktig och bör bedrivas av särskilda multidisciplinära team med stöd av och i nära samverkan med skolhälsovården, primärvården och tandvården i barnets närområde. BUMM har också ett ansvar för att stödja BVC, SHV och primärvård i det preventiva arbetet och i den inledande behandlingen.

På den högspecialiserade nivån, länets barnsjukhus, finns resurser för forskning och utveckling samt resurser för mer avancerade utredningar och behandlingsinsatser. Där tas även barn med speciella sjukdomar och syndrom om hand. Sjukhusen har också ett särskilt ansvar att stötta med utbildning, fortbildning och ge särskilt stöd till de behandlingsteam som finns på BUMM och inom primärvården.

Vården i Stockholms läns landsting ska kvalitetssäkras med hjälp av en ökad rapportering till kvalitetsregistret BORIS (Barnobesitasregistret i Sverige). Utvärdering sker av olika behandlingsformer, behandlings- och uppföljningstider för barn i olika åldrar/kön/grad av fetma samt om det över tid sker förbättring vid behandling av barnfetma.

Bakgrund

Definition av övervikt och fetma

Övervikt och fetma hos barn definieras med hjälp av Iso-BMI. För övervikt betyder detta det BMI värde som för den aktuella åldern motsvarar BMI 25 för vuxna (Iso-BMI 25). För fetma betyder detta det BMI värde som för den aktuella åldern motsvarar BMI 30 för vuxna (Iso-BMI 30), se BMI-gränser för övervikt och fetma hos barn samt Tillväxtkurvor med gräns för fetma och övervikt.

Hur vanligt är övervikt och fetma bland barn?

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar har ökat kraftigt de senaste 25 åren. I COMPASS-studien i Sydvästra Storstockholm 2004 (åk 8–9) var cirka 11 procent av flickorna och närmare 15 procent av pojkarna överviktiga. Bland flickor var 3,3 procent feta och bland pojkar 3,7 procent. Fetma var mer än tre gånger så vanligt bland flickor med lågutbildade mödrar som bland flickor med högutbildade mödrar. För pojkar var det nästan dubbelt så vanligt med fetma bland dem som hade lågutbildade mödrar. Ungdomar med svensk bakgrund var i mindre utsträckning överviktiga och feta än ungdomar med utländsk bakgrund. Risken att barn med fetma har kvar sin sjukdom som vuxna är hög. Cirka 80 procent av sjuåringar med fetma lider fortfarande av fetma i 14–19 års ålder. Graden av fetma ökar och de allra tyngsta barnen har blivit ännu tyngre de senaste åren.

Det finns också data som talar för att ökningen av övervikt och fetma hos barn i Sverige har stannat upp. Bland fyraåringar födda år 2002 i Stockholm är andelen överviktiga och feta mindre än bland barn födda 2000 och 2001 (Barnhälsovårdens årsrapport för 2007). Resultaten baseras på vikt- och längduppgifter på BVC från närmare 20 000 fyraåringar. Totalt var 9,3 procent av fyraåringarna överviktiga och 2,1 procent feta. Det är dock stora variationer inom landstinget. Av fyraåringarna i Vaxholm var knappt fem procent överviktiga medan 14 procent av fyraåringarna i Skärholmen var överviktiga och fem procent feta.

Även hos äldre barn ses en viss förändring i överviktsutvecklingen. I en studie från Göteborg ökade övervikt och fetma bland tioåringar markant mellan 1984/85 och 2000/2001 för att sedan plana ut bland pojkar och tydligt minska bland flickor. Ett snarlikt mönster sågs i en studie från Stockholm där andelen tioåringar som var överviktiga eller feta var oförändrad bland pojkar och sjönk bland flickor mellan åren 1999 och 2003. I båda studierna sågs tydliga sociala skillnader. I Folkhälsoinstitutets kartläggning av viktutvecklingen hos tioåringar i fyra representativa städer ses inte heller några tecken på att barnfetman skulle ha ökat under de senaste åren.

Ålder	Iso-BMI 25		Iso-BMI 30	
	pojkar	flickor	pojkar	flickor
2	18,41	18,02	20,09	19,81
2,5	18,13	17,76	19,80	19,55
3	17,89	17,56	19,57	19,36
3,5	17,69	17,40	19,39	19,23
4	17,55	17,28	19,29	19,15
4,5	17,47	17,19	19,26	19,12
5	17,42	17,15	19,30	19,17
5,5	17,45	17,20	19,47	19,34
6	17,55	17,34	19,78	19,65
6,5	17,71	17,53	20,23	20,08
7	17,92	17,75	20,63	20,51
7,5	18,16	18,03	21,09	21,01
8	18,44	18,35	21,60	21,57
8,5	18,76	18,69	22,17	22,18
9	19,10	19,07	22,77	22,81
9,5	19,46	19,45	23,39	23,46
10	19,84	19,86	24,00	24,11
10,5	20,20	20,29	24,57	24,77
11	20,55	20,74	25,10	25,42
11,5	20,89	21,20	25,58	26,05
12	21,22	21,68	26,02	26,67
12,5	21,56	22,14	26,43	27,24
13	21,91	22,58	26,84	27,76
13,5	22,27	22,98	27,25	28,20
14	22,62	23,34	27,63	28,57
14,5	22,96	23,66	27,98	28,87
15	23,29	23,94	28,30	29,11
15,5	23,60	24,17	28,60	29,29
16	23,90	24,37	28,88	29,43
16,5	24,19	24,54	29,14	29,56
17	24,46	24,70	29,41	29,69
17,5	24,73	24,85	29,70	29,84
18	25,00	25,00	30,00	30,00

BMI-gränser för övervikt och fetma

BMI-gränser för övervikt och fetma hos barn, både pojkar och flickor, mellan 2 och 18 års ålder. Gränserna är definierade så att de motsvarar BMI ≥ 25 = övervikt och BMI ≥ 30 = fetma vid 18 års ålder. Internationella data från Brasilien, Storbritannien, Hongkong, Holland, Singapore och USA.
(Tim Cole, *British Medical Journal*, 2000:320(7244), s 1240-3).

Ärftlighetens betydelse

Fetma är till stor del en genetisk sjukdom, som för att komma till uttryck måste samverka med vissa faktorer i livsmiljön. Hos vissa individer är den genetiska risken så uttalad att de utvecklar fetma nästan oavsett hur omgivningen ser ut. För andra individer är den genetiska risken för fetma mindre uttalad, vilket gör att faktorer i omgivningen har en större betydelse. Det är i denna grupp som den stora ökningen av antalet barn med övervikt och fetma finns. Se vidare Riskfaktorer sidan 62.

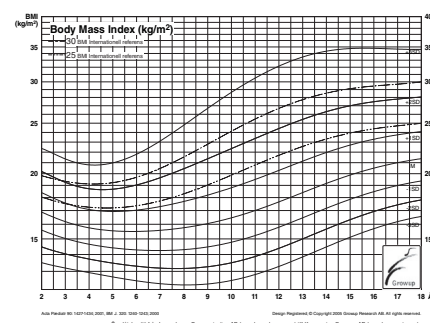
Matvanor och fysisk aktivitet

Generellt sett äter barn och unga för lite frukt och grönsaker. Intaget av socker och mättat fett är för högt. Ungefär 25 procent av barnens energi-intag kommer från godis, läsk, snacks, glass och bakverk. Barn rör sig också för lite; flickor rör sig mindre än pojkar och den fysiska aktiviteten minskar med ökande ålder. Utevistelse, rörelselekar i vardagen samt organiserad träning får ökad betydelse när den spontana fysiska aktiviteten i vardagen blir mindre. Se vidare kapitlet Kost sidan 119 och Fysisk aktivitet sidan 143.

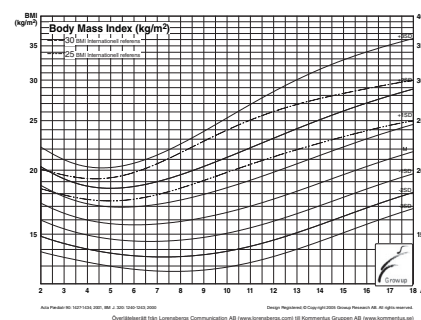
Konsekvenser av fetma och övervikt

Fetma leder till ökad risk för sjuklighet och för tidig död i hjärt- och kärlsjukdomar, typ 2 diabetes, metabolt syndrom och vissa cancersjukdomar. Barn- och ungdomsfetma är särskilt farlig. Epidemiologiska undersökningar visar att riskerna är större ju tidigare fetman utvecklas. Barn och unga med övervikt eller fetma riskerar att bli överviktiga eller feta även i vuxen ålder.

Barn med fetma har sämre livskvalitet och får mindre chanser att forma sina liv självständigt efter egna önskemål och förutsättningar. En del av barnen kommer från familjer som också tyngs av andra problem och för dessa barn blir fetman en extra börda. Barn med övervikt eller fetma riskerar även att utveckla låg självkänsla och psykiska problem.



Flickor



Pojkar

Tillväxtkurvor

Tillväxtkurvor med gräns för fetma, Iso-BMI 30, respektive gräns för övervikt, Iso-BMI 25, för flickor och pojkar i olika åldrar.

(Publicerade med tillstånd av SKL Kommentus.)

FAKTA

Medicinska komplikationer/följder vid fetma

METABOLA SYNDROMET

Insulinresistens, typ 2 diabetes, hypertoni och dyslipidemi är starkt associerade till bukfetma och höga BMI-värden hos vuxna. Negativ stress och fysisk inaktivitet samt alkohol och tobak ökar risken. Syndromet kan också utvecklas hos tonåringar som under lång tid utvecklat en massiv fetma och framför allt där det finns hereditet.

DIABETES TYP 2

Orsakerna till typ 2 diabetes är både genetiska och miljöbetingade. Fysisk inaktivitet, felaktig kost, övervikt och rökning bidrar till utvecklingen. Det föreligger en rubbning av insulinsekretion och insulinresistens hos vissa individer långt före diabetesdebuten. Hos barn debuterar diabetes typ 2 sällan före pubertet. Prevalensen i Sverige är fortfarande låg även om man nu ser en successiv ökning på samma sätt som i USA.

HYPERLIPIDEMI

Ökad lipolys framför allt i visceral adipocyter leder till förhöjda fettsyror, som i kombination med hyperinsulinemi underlättar bildningen av triglycerider (TG)

och LDL-kolesterol i levern. Förhöjda TG och LDL-kolesterol samt sänkt HDL-kolesterol ses därför som en komplikation till fetma. Viktnedgång och fysisk aktivitet sänker TG, höjer HDL och sänker LDL.

FETTLIVER OCH GALLSTEN

Höggradig fetma kan ge upphov till steatos, dvs. inlagring av fett i levern. Detta leder till transaminasstegring (ALAT) och risk för framtida cirrosutveckling. Gallsten kan förekomma vid fetma men även vid viktnedgång.

SÖMNPAPNÉ

Förekommer hos cirka 5 procent av barn med uttalad övervikt. Detta tillstånd är vanligare vid svår fetma. Det är angeläget med viktreduktion.

ACANTHOSIS NIGRICANS

Är en gråbrun sammetsliknande hudförändring som ofta är lokaliserad till axiller, nacke och ljumskar – ”ser smutsigt ut”. Förändringen är associerad till insulin-resistens.

MENSTRUATIONS RUBBNING

Oligomenorre och amenorre är vanligt hos unga kvinnor med fetma. Ibland förekommer polycystiskt ovariesyndrom (PCO) med hirsutism (ökad behåring) och akne och/eller anovulatoriskt blödningsmönster.

PSEUDOTUMOR CEREBRI

Mycket ovanlig komplikation som beror på ett ökat intrakraniellt tryck. Symptom kan vara huvudvärk och man finner ibland papillödem. Aggressiv viktreduktion och eventuellt neurokirurgisk åtgärd kan bli aktuell.

ORTOPEDISKA KOMPLIKATIONER

Vanligen rör det sig om rygginsufficiens eller glidning av caput femoris (epifysiolyt). Blounts sjukdom förekommer också vilket innebär en tillväxt av mediala tibiometafysen pga. ökat tryck av den ökade kroppstyngden.

Riskfaktorer

Barn med svår fetma riskerar att utveckla många sjukdomar. Det är dock svårt att identifiera vilka överviktiga eller feta barn som kommer att utveckla en svårare sjukdom. Det metabola syndromet (sänkt insulin-känslighet som leder till försämrad glukostolerans, högt blodtryck, dyslipidemi och bukfetma) utvecklas oftast senare i livet. Det krävs därför en noggrann analys för att man tidigt ska kunna identifiera och särskilja risktillstånd hos barn.

FAKTA

Identifiera riskfaktorer

ÄRFTLIGHET

Dokumentera förekomst och grad av övervikt och fetma hos familjemedlemmar och släkten i övrigt samt förekomst av olika sjukdomstillstånd som diabetes, graviditetsdiabetes, högt blodtryck, hjärtsjukdomar, hormonsjukdomar, leversjukdomar, cancer och eventuella ätstörningar.

KLINIK

Vid undersökning av barnet notera särskilt vikt, längd, bukomfång, blodtryck, acanthosis nigricans, gynekomasti, pubertetsstatus. Identifiera avvikande tillväxtmönster, bedöm pubertetsutveckling och eventuella menstruationsrubbnings.

UTREDNING

Blod-, thyroidea- och leverstatus, fasteprover med blodfetter, insulin och glukos.

Prevention och behandling

Vid vilken ålder bör prevention eller behandling påbörjas?

Primärpreventiva insatser, som att uppmärksamma föräldrar på vikten av goda kostvanor och fysisk aktivitet, bör självfallet vidtas för alla barn och ungdomar. Liksom för vuxna är det betydligt svårare för barn att bli av med fetma än att undvika att den utvecklas. Därför är det angeläget att tidigt sätta in åtgärder som motverkar att övervikt utvecklas till fetma. Sådana (sekundärpreventiva) åtgärder bör inriktas på den åldersgrupp där övervikt utvecklas snabbt – mellan sex och tolv år – och där möjligheterna att påverka är som störst. Behandling måste ges med stor respekt och urskiljning eftersom många barn smalnar spontant. Yngre barn bör inte heller utsättas för onödiga behandlingsinsatser.

Enligt erfarenhet är prognosen för obehandlad fetma bättre hos yngre än hos äldre barn. Yngre barn med mindre grad av fetma och ett mindre invariant beteende är också lättare att behandla. En avvägning mellan olika riskfaktorer krävs när man avgör i vilken ålder det är rimligt att sätta in behandling.

För barn under fyra års ålder är prognosen god för att både fetma och övervikt försvinner. Behandling, grundad på barnets egen vikt, bör därför inte sättas in annat än i extrema fall. Överviktiga barn mellan fyra och sex års ålder bör uppmärksammas på BVC med särskild rådgivning till föräldrarna och eventuellt läkarbesök. Vid utvecklad fetma remitteras barn till BUMM för behandling efter läkarbedömning, se vidare avsnittet Barnhälsovården – förskolebarn sidan 66.

FAKTA

Vid vilken ålder ska insatser påbörjas?

FÖRE 4 ÅR:

Vanligen ingen åtgärd. Allmänna råd till alla barn.

4 – 6 ÅR:

Identifiera barn med övervikt. Överväg behandling av barn med fetma (remiss till BUMM).

FRÅN 6 ÅR:

Identifiera barn med övervikt. Behandla barn med fetma (remiss till BUMM).

Prevention av övervikt och fetma

Det råder samsyn kring att preventiva insatser är grunden för arbetet mot övervikt och fetma. Primärprevention är de insatser som riktas till alla barn. Sekundärprevention är insatser som riktas till barn och ungdomar som löper särskild risk att utveckla fetma, framförallt barn och ungdomar med övervikt eller mycket måttlig fetma.

Men även om preventiva insatser måste till för att bromsa ökningen av fetma är det också utomordentligt angeläget att barn med fetma får en adekvat behandling för att minska framtida sjuklighet och för tidig död. Behandling av barnfetma kräver ett tydligt mål och en regelbunden uppföljning. Det är viktigt att det är tydligt för både patient, föräldrar och vårdgivare när man övergår från generell rådgivning till specifik behandling av fetma.

Se även kapitlet Samhällsinriktat hälsoarbete, sidan 157.

Mål för behandling

All behandling av fetma bland barn och ungdomar måste vara långsiktig och grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Kortsiktiga insatser utan uppföljning kan få negativa konsekvenser med sänkt självkänsla hos barnet som följd. I kontakter med barn med fetma och deras familjer bör vårdgivaren bemöda sig om att inte skuldbelägga barnet eller föräldrarna. Fetma hos barn har en stark ärftlig komponent och många smala barn har lika olämpliga vanor som barn med fetma.

I samtalet med barn och föräldrar är det ofta lämpligt att använda tillväxtkurvan som underlag. Kunskapen om att fetma till stor del är en ärftlig sjukdom kan lyfta av en hel del skuld från barnet och dess föräldrar. Samtidigt måste vårdgivaren tydligt förmedla föräldrarnas och barnets ansvar och delaktighet i behandlingen, med hänsyn taget till barnets ålder.

Små barn har litet eget inflytande över när och vad de äter. Viktigast är att vårdgivaren i huvudsak samtalar med barnets föräldrar. Äldre barn och tonåringar måste gradvis bli alltmer delaktiga i samtalet och ta eget ansvar för sin behandling. Varje vägning är ett tillfälle för återkoppling mellan beteende och resultat. Se vidare kapitlet Hur förändras livsstil? sidan 33.

Mål med behandlingen varierar i olika åldrar. För ett litet barn kan ett rimligt mål vara att barnet ska stå still i vikt, det vill säga sakta växa i sin vikt. För äldre barn kan det vara nödvändigt att minska i vikt. Vilket mål man väljer för behandlingen avgörs också av hur stora riskerna är för överviktrelaterad sjukdom och av barnets aktuella viktutveckling.

Ärftligheten och de övriga riskfaktorerna påverkar också vilken sorts behandling som behövs. Barn med svag eller måttlig ärftlighet för fetma kan med ganska små förändringar i sin livsföring (t.ex. begränsat intag av läsk eller sötsaker) bromsa sin viktökning och växa ikapp sin vikt. Dessa barn bör kunna behandlas med insatser under kortare tid (2–5 år) för att förändra kost- och aktivitetsvanor och bör i mindre grad bli föremål för tyngre sjukvårdande insatser.

Barn med mer ärftlighet för komplikationer och följsjukdomar eller andra risktillstånd (se sidan 62) kräver mer aggressiv behandling. De barn som har uttalad genetisk belastning kommer att behöva avancerad medicinsk hjälp, exempelvis specialkost, gruppbehandlingar, läkemedel, kirurgi och livslångt stöd.

En del barn kommer, trots stora insatser, att förbli feta – deras handikapp blir bestående. Då måste vårdgivaren se till att barnet och familjen får det stöd de behöver för att kunna leva så väl som möjligt med fetma. Där skiljer sig inte behandling av fetma från behandling av barn med andra kroniska sjukdomar. Det kan vara värdefullt med stödgrupper för tonåringar och kontakt med patientföreningar. Se även Överföring till vuxen-sjukvården sidan 76.

Evidens för behandling

Det finns idag relativt god evidens för olika typer av beteendearterad behandling för framförallt yngre barn. För dem med mycket svår fetma och för tonåringar i 15-årsåldern är effekten av beteendebehandling betydligt

sämre. För dessa grupper prövas därför nu kirurgisk behandling och läkemedel. Kompetensen inom fetmavården för barn och ungdomar är fortfarande relativt låg, vilket medför risk att vårdkvaliteten blir ojämn. Ett annat problem är att det finns regionala, geografiska, etniska och sociala faktorer som gör att fetmabehandlingen är ojämnt fördelad i befolkningen.

Fetma hos barn med funktionshinder eller syndrom

Att behandla barn och ungdomar med fetma som samtidigt har fysisk funktionsnedsättning, utvecklingsstörning eller en neuropsykiatrisk sjukdom kan ställa särskilda krav. Patienterna behöver ofta ett tvärprofessionellt omhändertagande på högspecialiserad nivå, i samarbete med föräldrar och övriga vårdgivare, som är anpassat till barnens specifika problematik och förutsättningar. Det gäller också barn med fetma som del av sällsynta syndrom, till exempel Laurence Moon Biedle syndrom, Prader Willi syndrom och Alström syndrom.

”Den självkänsla som handlar om uppskattningen av den egna kroppen (body-esteem) är låg hos ungdomar med fetma. Även den totala självkänslan (self-esteem) kan påverkas negativt.”

Psykologiska komplikationer

Fetma medför en stigmatisering som gör att flera barn och i synnerhet ungdomar mår psykiskt dåligt. Ibland leder det till en jobbig skolsituation där mobbning ingår. Den självkänsla som handlar om uppskattningen av den egna kroppen (body-esteem) är låg hos ungdomar med fetma. Även den totala självkänslan (self-esteem) kan påverkas negativt. Nedstämdhet, nervositet, ångest och olika psykosomatiska symptom utvecklas ibland och vissa ungdomar med lågt self-esteem kan utveckla ett riskbeteende. Fetma kan medföra negativa konsekvenser för den socioekonomiska utvecklingen hos dessa ungdomar.

Fetma och ätstörningar

Både ätstörningar och fetma kan till viss del ha psykiska och sociala orsaker. Ingenting talar för att väl utförda preventiva insatser eller behandling av feta barn och ungdomar leder till ätstörningar. Sannolikt minskar i stället riskerna för att barnen i tidigt vuxenliv ska utveckla ätstörningar om de som barn och unga får hjälp att behandla sin fetma. Ätstörningar är ovanliga bland feta barn och ungdomar, men vissa som haft fetma sedan barndomen utvecklar ätstörningar som unga vuxna. Binge eating disorder (BED) förekommer hos cirka fem procent av gravt feta patienter. BED är en form av periodiska attacker av hetsätning kombinerade med kontrollförlust, uppgivenhet, skamkänsla och depressiv sinnesstämning men utan kompensatoriskt beteende med kräkningar och överdriven träning. Ungdomar med fetma och BED har ofta uttalade problem med ångest, depression och social fobi. De behöver ofta behandlas i samarbete med specialiserade ätstörningsmottagningar som har kunskap att hantera den mer komplexa psykiatriska bilden.

Vårdkedjans basnivå: Barnhälsovården, skolhälsovården, husläkarmottagningen och tandvården

Uppgifter

PRIMÄRPREVENTION:

- Rådgivning kring livsstil som motverkar övervikt och fetma

SEKUNDÄRPREVENTION:

- Särskilda insatser och rådgivning till barn med övervikt och barn med riskfaktorer
- Identifiera barn med fetma och särskilja olika riskfaktorer
- Initiera behandling för barn med fetma
- Samverka med specialistnivån i behandlingen

FAKTA

Kompetenskrav basnivån

- Tillgång till tillväxtkurvor och BMI-kurvor
- Kunskap om bra mat och vikten av rörelse/ fysisk aktivitet
- Kunskap om hur fetma påverkar längdtillväxt och pubertet
- Kunskap om ärftlighetens betydelse
- Kunskap om hur fetma ökar risken för typ 2 diabetes, cancer, hjärtsjukdom, leversjukdom, menstruationsrubbningar och bröstutveckling hos pojkar
- Känna till betydelse av acanthosis nigricans
- Tillgång till dietist, kurator och psykologkonsult

Barnhälsovården – förskolebarn

Hälsosamtal

I stort sett alla barn kommer till barnavårdscentralen (BVC). Arbetet där är i huvudsak förebyggande. De generella råden om kost och fysisk aktivitet som ges på BVC ska vara bra för alla barn, smala som överviktiga. BVC har de senaste åren framgångsrikt börjar använda "hälsosamtal" vid tre års ålder. Alla barn behöver etablera en god måltidsordning med tre huvudmål och två till tre avgränsade mellanmål. De yngsta (upp till cirka två års ålder) barnens mat ska innehålla relativt mer fett än de äldres. Fettinnehållet ska gradvis minska och mängden kostfiber i maten öka. Fukt och grönsaks-konsumtion bör uppmuntras liksom föräldrarnas roll som goda förebilder vid måltiderna. Barnens konsumtion av söta livsmedel, söta drycker, glass och godis bör begränsas. Tallriksmodellen är ett utmärkt sätt att beskriva en väl sammansatt måltid. Fysisk aktivitet ska uppmuntras. Små barn bör få gå på egna ben så mycket som möjligt och slippa att bli skjutsade. Utevistelse på fritiden och i förskolan bör stimuleras och föräldrar bör reflektera över hur mycket tid barnet tillbringar framför TV och dator. Se även Kost sidan 119 och Fysisk aktivitet sidan 143.

FAKTA**Hälsosamtal på BVC vid tre års ålder**

Vid hälsosamtalet mäts och vägs barnet och BVC-sjuksköterskan samtalar med föräldern kring:

Barnets fysiska aktivitet och möjlighet till fri lek, hemma och i förskolan

Hur barnet rör sig, exempelvis till och från förskolan

Barnets tid framför TV och dator (tiden bör begränsas till högst två timmar om dagen och barn under 2 år bör inte titta på TV)

Familjens måltidsordning (uppmuntra föräldrar att äta tillsammans med sina barn)

Barnets intag av frukt och grönsaker

Barnets intag av söta drycker, godis och glass och andra "guldkanter" (dricka vatten i stället för söta drycker och om barnet äter godis, glass eller dricker söta drycker bör det begränsas till högst en gång i veckan)

Kontroll av vikt och längd

BVC mäter längd och vikt på alla fyraåringar. BMI beräknas när vikten är minst en kanal högre på viktkurvan än på längdkurvan för att identifiera de barn som har övervikt eller fetma (se kriterier sidan 60).

Barn med riskfaktorer

Förekomst av hereditet (fetma, diabetes, hjärt-kärlsjukdomar, högt blodtryck m.m., se Riskfaktorer sidan 62) anges i BHV-journalen. Båda föräldrarnas vikt (innan graviditeten) och längd anges vid inskrivningen på BVC. Föräldrar med fetma bör inom ramen för de vanliga BVC-kontakterna få möjlighet att samtala om hur deras fetma kan påverka risken för att barnet utvecklar övervikt eller fetma. BVC-personal bör vara lyhörd för den oro föräldrarna kan känna för att deras barn ska utveckla övervikt och fetma. BVC bör kunna ge extra stöd för att etablera lämpliga kost- och aktivitetsvanor till de föräldrar som vill ha det.

Barn med fetma

Om ett barn vid fyra års ålder har fetma ska läkare konsulteras. Läkarens uppgift är att undersöka barnet, göra en medicinsk bedömning och värdera barnets riskfaktorer (se sidan 62) med hänsyn till livsmönster och ärftlighet för fetma och fetmarelaterad sjukdom. Ett barn med fetma vid fyra års ålder kan remitteras till vårdkedjans specialistnivå (BUMM). Barn som vid sex års ålder har fetma ska remitteras vidare. När barnavårdscentralen lämnar över förskolebarn till skolhälsovården ska barn med fetma, liksom barn med andra sjukdomar, rapporteras.

Skolhälsovården

Skolhälsovård är, liksom skolan i sin helhet, ett kommunalt uppdrag med tonvikt på förebyggande hälsovård och med begränsat utrymme för sjukvårdande insatser. Skolhälsovårdens dimensionering varierar mycket mellan olika kommuner och mellan olika skolor.

FAKTA

Skolhälsovårdens uppgifter

- Initiera ett primärpreventivt program för skolan i sin helhet
- Identifiera barn som har fetma och överviktiga barn som löper risk att utveckla fetma
- Vid övervikt försöka bromsa ett accelererande förlopp
- Stödja barn med fetma att stå still i vikt när de växer på längden
- Uppmärksamma övriga aktörer i skolan på problemet; fritidspersonal, rastpersonal, personal i skolrestaurangen, idrottslärare och de som ansvarar för utformningen av skolgårdar och yttre miljö

Preventiva insatser

Skolans och skolhälsovårdens betydelse i det förebyggande arbetet kan inte överskattas. Alla skolor bör ha ett primärpreventivt program mot övervikt. Programmet bör inkludera hela elevvårdsteamet, skolgymnastiken, skolmåltiderna, fritidsverksamheten, inklusive mellanmål, och föräldrar. Skolhälsovården bör aktivt delta i alla de diskussioner på skolan och fritidshemmen som rör barnens mat, måltidsordning, skolgårdsmiljö och förutsättningar för fysisk aktivitet för alla barn. Skolhälsovården bör tillfrågas när cafeterior sätts upp och vara delaktig i besluten genom råd och stöd samt granskning av deras utbud. Aktiviteter som initieras av organisationer, till exempel Friskis & Svettis program "Röris", kan användas för att stimulera skolbarnens fysiska aktivitet på raster och fritid. Se även kapitlet Samhällsinriktat hälsoarbete sidan 157.

Skolhälsovården mäter och väger alla skolbarn. När ett barn ligger en kanal i vikt över längd bör skolsköterskan räkna ut barnets BMI och kontrollera om barnet uppfyller kriterierna för övervikt eller fetma enligt Iso-BMI (sidan 60). Data ska föras in i skolhälsovårdens journal. I de hälsosamtal som genomförs i flera årskurser kan skolsköterskan diskutera barnets mat- och aktivitetsvanor och ge råd till barn och ungdomar om kost och fysisk aktivitet.

Barn och ungdomar med övervikt

De barn och ungdomar som är överviktiga bör särskilt uppmärksammas. Skolhälsovården ska ha ett långsiktigt habiliteringsperspektiv med målet att alla överviktiga ungdomar ska kunna lämna skolan med bibehållen självkänsla och med ett sunt förhållningssätt till kost och motion. Innan man beslutar om insatser bör barnets hela situation i skola och hem beaktas och eventuellt diskuteras med övriga professioner i elevvårdsteamet. Många barn och ungdomar med övervikt eller fetma har andra problem som kräver insatser från skolan och elevvården. Barn och ungdomar med övervikt bör vägas och mätas en gång per termin. De bör också erbjudas att komma tillsammans med sina föräldrar för ett hälsosamtal där bland annat barnets längd- och viktkurva kan diskuteras med föräldrarna.

Samtalet bör beröra föräldrarnas inställning till barnets vikt och deras medvetenhet om övervikt som en risk för fetma. Genom att ta upp barnets mat- och aktivitetsvanor kan skolhälsovården stötta föräldrarna och barnet att göra nödvändiga små förändringar. Framför allt kan man rekommendera

dera att småätande begränsas, särskilt godis, snacks, kaloririka mellanmål och söta drycker. Barnet bör uppmuntras att äta grönsaker och att utveckla goda frukostvanor. Se även kapitlet Kost, sidan 119.

Barn och ungdomar bör stimuleras till vardaglig fysisk aktivitet och sitta begränsad tid vid TV eller dator. För många barn kan en maxtid framför TV- eller datorskärm per dag – kanske tre timmar – vara det bästa. För andra barn kan en bytesteknik fungera där en timmes utomhuslek är en förutsättning för en timmes skärmtid.

FAKTA

Hälsosamtal i skolan

I hälsosamtalet diskuterar skolsköterskan barnets mat- och aktivitetsvanor. Följande frågeställningar syftar till att ge skolsköterskan, men också barnet, en ökad insikt:

Hur ser barnets måltidsordning ut? Äter barnet frukost och vad äter han/hon?

Hur äter barnet i skolmatsalen? Känner barnet till tallriksmodellen?

Tycker barnet om grönsaker? Hur stort är intaget av söta drycker, godis och glass?

Hur fysiskt aktiv är barnet i sin vardag? Har barnet fritidsaktiviteter som stimulerar fysisk aktivitet? Hur stor del av tiden spenderas framför TV och dator?

Vet barnet hur kroppen fungerar och varför det är bra att äta regelbundet och röra på sig? Sover barnet bra?

Barn och ungdomar med fetma

När fetma identifieras bör skolläkaren involveras. Skolläkaren gör en utförlig anamnes och statusgenomgång. För att förankra nödvändiga åtgärder hos samtliga personalgrupper i skolan initierar skolläkaren en elevvårdskonferens som utmynnar i ett åtgärdsprogram för barnet.

Skolläkaren tar ställning till om barnet måste remitteras vidare i vårdkedjan när skolhälsovårdens insatser inte ger tillräckliga resultat. Barn med komplicerande faktorer som rörelsehinder eller stark ärftlighet för överviktsrelaterad sjukdom bör remitteras tidigare. När barn remitteras till BUMM ska de fortsätta att ha kontakt med skolhälsovården vars insatser inte bör minska men genomföras i samråd med BUMM.

FAKTA

Skolläkarens insatser för barn och ungdomar med fetma

ANAMNES

Hur är situationen för barnet och familjen, den sociala miljön, mobbning, missbruk, ärftlighet för fetma och följdsjukdomar, menstruationsrubbning, kost och fysisk aktivitet, fritidsintressen inklusive "skärmtid"

STATUS

Vikt, längd, bukmått, identifiera avvikande tillväxtmönster, acanthosis nigricans, pubertetsstatus, gynekomasti, blodtryck

INFORMERA

God prognos i många fall, fetma är en sjukdom, minska skuldbördan, långsiktigheten: om barnen ska behandlas så ska behandlingen inte avbrytas

ELEVVÅRDSKONFERENS

Åtgärdsprogram, förankra och inhämta stöd och synpunkter från fritidspersonal, idrottslärare och skolrestaurangens personal

RÅD

Öka vardagsaktiviteter, utnyttja skolidrottstimmarna, erbjuda extra fysiska aktiviteter, se över måltidsordningen, mellanmål, småätande, hjälp och stötta familjen med gränssättningar

VIDARE REMISS

Remiss till BUMM är aktuell om barnet inte visar tecken på minskad fetma och ligger över gränsen trots behandling under sex månader. Efter att remiss skickats fortsätter skolhälsovårdens insatser som tidigare, men nu i samråd med sjukvården.

Husläkarmottagningen

Husläkarmottagningen ska liksom de övriga vårdgivarna på basnivån bedriva ett preventivt arbete mot övervikt och fetma. Då husläkaren ofta har ett primärt ansvar för behandling av vuxna med fetma kommer man också i kontakt med barn som har en hereditär risk att utveckla övervikt och fetma. Barn och unga med övervikt eller fetma ska identifieras. Särskild rådgivning (sekundärprevention) ska erbjudas barn med övervikt och andra barn med risk att utveckla sjukdomar relaterade till fetma enligt samma principer som beskrivs för barnhälsovården och skolhälsovården ovan. Barn och ungdomar som utvecklat fetma behandlas av husläkaren i samverkan med BUMM enligt principer som beskrivs nedan.

Tandvården

Folktandvården ska enligt tandvårdslagen arbeta med förebyggande inriktning och medverka i folkhälsoarbetet genom att ge livsstilsråd till patienter för att uppnå en god munhälsa och uppnå sunda kostvanor. Alla föräldrar med barn erbjuds rådgivning via BVC och efter behov fortsatta kontakter fram till tre års ålder när den organiserade barntandvården börjar. Dålig tandhälsa, högt sockerintag och fetma förekommer ofta samtidigt hos ett barn. Tandläkare som uppmärksammar barn med riklig karies och samtidigt övervikt eller fetma bör kunna remittera dessa barn till BUMM som tar ställning till fortsatta insatser.

Vårdkedjans specialistnivå

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUMM)

Uppgifter

- Utredda och behandla barn och ungdomar med fetma
 - Erbjudna vård i multidisciplinära team i samverkan och med resurser från basnivån och den högspecialiserade nivån
 - Samverka med basnivån (skolhälsovård och primärvård) kring vårdinsatser
 - Vården kan drivas i samarbete med primärvården, speciellt inför överföring till vuxenvården som bör ske successivt
 - Rapportera resultat (BORIS)
 - Utbilda och ge stöd åt basnivån
 - Samverka med den högspecialiserade vårdnivån
-

BUMM ska ha huvudansvaret för behandlingen av barn med fetma. Behandlingen är ofta besöksintensiv och bör kunna ges utan att barnet och familjen tvingas till upprepade långa resor. För en effektiv behandling måste vården utföras i nära samverkan med övriga resurser från landstinget (primärvård, sjukgymnast, dietist, psykolog och kurator) och kommunen (framför allt skola och ibland socialtjänst). Även andra aktörer kan behöva engageras, till exempel lokala idrottsklubbar, Korpen eller annan organiserad form av fysisk aktivitet.

Behandlingen av barn med fetma bör starta tidigt (vid 5–6 års ålder) eftersom en mindre uttalad fetma och ett mindre invariant beteende är lättare att förändra. I praktiken innebär det att BUMM inleder behandling och har ett övergripande ansvar (årskontroller och registrering i BORIS). Det måste finnas rutiner för samverkan med primärvården, insatser kring ”stabila” patienter och för eventuell överföring av patienter. Se vidare sidan 76 Överföring till vuxensjukvården.

Behov av remiss till barn- och ungdomspsykiatri (BUP) bör övervägas. Fetma har sällan psykologiska orsaker men leder liksom andra kroniska sjukdomar till ökad psykosocial belastning. Psykosociala problem i familjen kan också försvåra möjligheterna att genomföra förändringar i hemmiljön, gränssättning etcetera. I sådana fall kan BUP vara ett bra stöd. Det är viktigt att familjen förstår syftet med remissen och att målen som ska uppnås i kontakten med BUP är konkreta.

FAKTA

Kompetenskrav specialistnivån (BUMM)

Samma kompetenskrav som basnivå (se sidan 66) plus:

Kunskaper om riskfaktorer för komplikationer till fetma som påverkat leverstatus, sänkt insulinkänslighet, menstruationsrubbnings

Kunskaper om etablerade metoder för vikttnedgång och alternativa "dieter" (till exempel viktväktarmodellen, Atkinsmetoden och glykemiskt index)

Etablerade behandlingsteam med:

- Resursperson(er) för gruppbehandling av barn och föräldrar
- Dietistresurs och kurator/psykologkonsult
- Möjlighet att bedriva fysiska aktivitetsgrupper (sjukgymnast, hälsoterapeut eller externa aktörer som idrottsklubbar, Korpen eller Friskis & Svettis)

BORIS (Barnobesitasregistret i Sverige)

BORIS är ett nationellt webbaserat kvalitetsregister för barnfetma som startades under 2005 (www.e-boris.se). Registret stöds ekonomiskt av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. Det grundläggande syftet med registret är att långsiktigt följa och värdera behandling av barnfetma i landet genom analys av behandlingsformer och resultat. Med hjälp av registret kan en kvalitetssäkring av vården lokalt utföras gentemot hur det ser ut i resten av landet. Via registret tillhandahålls också enkla arbetsinstrument både för den som startar ett behandlingsprojekt, men också för den kliniska verksamheten. Specialist- och högspecialiserad nivå som behandlar barn med fetma, ska registrera sina patienter i BORIS och en gång per år rapportera till registret (årskontrollen).

Behandlingsteam

För att göra vården effektiv bör den organiseras utifrån ett multidisciplinärt synsätt där flera aktörer samverkar i arbetet med beteendeförändringar hos den enskilda patienten. Enskilda besök bör och kan kombineras med gruppbesök/behandlingsgrupper. Fysiska aktivitetsgrupper eller läger kan arrangeras i samverkan med sjukgymnast eller externa aktörer (till exempel hälsopedagog, idrottsklubbar, Korpen eller Friskis & Svettis). Andra insatser kan vara föräldrautbildningar och "viktskola" för barn och ungdom.

Exempel på behandlingsteamets aktiviteter



FAKTA

Behandlingsteam på BUMM

Uppgifter för ett multidisciplinärt behandlingsteam kan vara:

LÄKARE

Ansvar för nybesök och återbesök 1–2 gånger per år (årskontroller enligt BORIS), lägger upp en behandlingsplan, bedömer behov av provtagning och ytterligare utredningar samt remitterar patienten till övriga aktörer i vårdkedjan (framför allt primär- och skolhälsovård) för särskilda insatser.

SKÖTERSKA

Ansvar för egna patientbesök och stödjande besök med motiverande samtal, kan ges i grupp eller individuellt, föräldrautbildning, viktskola för barn/ungdomar

DIETIST

Enskilda eller gruppbesök av patienter, delta i föräldrautbildning och viktskola för barn/ungdomar

FYSISKA AKTIVITETSGRUPPER

Bör knytas till teamet, kan ledas av sjukgymnast, hälsoterapeut, skolhälsovård, primärvård eller andra lokala aktörer som Korpen eller Friskis & Svettis.

RESURSÅTGÅNG

Riktlinje för ett team med 250 barn i behandling kan vara en halvtid läkarresurs, en halvtid sjuksköterske- eller barnsköterskeresurs samt tillgång till dietist- och psykologresurs och konsult för fysiska aktivitetsgrupper.

BORIS

Nybesök och årskontroller genomförs med hjälp av enkäter från BORIS vilka skickas till patienten innan besöket och som går igenom och kompletteras med "läkarprotokollet" vid själva besöket. Registreringen kan göras direkt via Internet men kan också göras i efterhand (mer tidseffektivt).

Läkarbesök

Läkarbesöken (framför allt nybesök och årskontroller) bör struktureras tydligt. Bra hjälpmedel finns i BORIS där speciella formulär kan laddas ner och användas. Nybesöksenkäten som kan skickas hem till föräldrarna ger bra underlag för anamnes och rådgivning och kompletteras med Läkarprotokollet vid besöket. Tillsammans ger dessa formulär ett bra underlag för att kunna lägga upp en behandlingsplan som sedan kan följas upp vid kommande återbesök och årskontroller. Vid årskontrollen används återigen en föräldraenkät. Rapportering av patientdata till BORIS kan göras direkt via internet eller vid senare tillfälle.

FAKTA

Barnläkarens insatser på BUMM

LÄKARBESÖK

1–2 gånger per år och barn, varav minst ett är en årskontroll (enligt BORIS).

ANAMNES (BORIS-PROTOKOLL)

Uppföljning av vad som gjorts tidigare, Fördjupad anamnes avseende pubertet/menstruation, psykosocial miljö och ätstörningar, ärftlighet, kost och fysisk aktivitet etc.

STATUS (BORIS-PROTOKOLL)

Vikt, längd, bukmått, identifiera avvikande tillväxtmönster, acanthosis nigricans, pubertetsstatus, gynekomasti, blodtryck

ÅTGÄRDER

Blod-, thyroidea- och leverstatus, fasteprover med blodfetter, insulin och glukos.

Information om fetmabehandling och fetmans betydelse för sjukdom på sikt, framhåll långsiktigheten i behandlingen, minska skuldbördan, dela på ansvaret för behandling mellan föräldrar och barn.

Öka vardagsaktiviteter och se över måltidsordningen, uppmana föräldrarna att ta kontakt med skolan och diskutera matsituation och möjlighet till extra fysiska aktiviteter (ge stöd med ev. intyg till skolbespising/fritids och skolgymnastiken). Stötta familjen med gränssättningar.

Skapa en vårdplan kring insatser från teamet (överväg besöksfrekvens hos läkare respektive sköterska, gruppbehandling, dietistkontakt, fysisk aktivitetsgrupp), fysisk aktivitet på recept, eventuell remiss till skolhälsovården och/eller primärvården (till exempel hjälp med regelbunden vikt- och längdmätning, sjukgymnastik och dietist). Överväg remiss till BUP.

Om barnet ökar i vikt ytterligare och har uttalad äftlighet för hjärt-kärlsjukdom, typ 2 diabetes, hypertoni, höga blodfetter, leverpåverkan eller om prover visar att patienten är en högriskpatient för att utveckla dessa tillstånd bör barnet remitteras till den högspecialiserade vården för ställningstagande till ytterligare utredningar/behandling. I samverkan bör etablerade behandlingsinsatser fortsätta på BUMM.

Barnläkaren i samråd med primärvården planerar och överför ungdomar med kvarstående fetma för fortsatt kontinuerlig vård.

BORIS
Barn Oesofitas Registret i Sverige

LÄKARPROTOKOLL barnföda ver. 081101
baserat på BORIS checklistor
sid 1(2)

Läkarprotokoll
bilaga (höft häng) med föräldrarnas frågeformulär !!

BORIS av	
☐ sjukvårdspersonell	sign.
☐ register föräldg	sign.

Barnets namn: Nybesök/Årskontroll nr:

Personnummer: Datum för besökst: sign läk:

Status:

vikt: kg längd: m (*nöd nybesök omgåe vikt/längd nöd årligast besökst*)

Mådfmätt: cm Hötfmätt: cm

Blodtryck: /

Tamner: Bröst/Gemialia 0 1 2 3 4 5 Behåring 0 1 2 3 4 5

Menarche: Ja Nej ålder: [] Pojke

Acanthosis nigricans: Ja Nej Gynkomasti: Ja Nej

Följefråjdokomar: { } NEJ debutålder?

{ } ledmatita

{ } hyperlipidemi

{ } sköldkörtel

{ } annat (HT, DM, Fettlever, PCO, gallblvsår)

Övgigt: (andra sjukdomar, mediciner, annat av betydelse?) [] Inget nyttillkomst

Nya diagnoser inkl eventuella neuropsykiatiska tillstånd under detta år:

.....

Labbprøver: tagna nåre och var: Planeras att tas: [] Nej

Pågående eller avslutade projekt / studier: [] Nej

74

Individuella besök hos sjuksköterska eller barnsköterska

Oftast krävs täta besök vilket ökar sannolikheten för att barnet ska kunna förstå hur förändringar i mat- och aktivitetsvanor ger resultat för viktutvecklingen. Framgång stimulerar till fortsatta insatser.

Det är viktigt att den som väger barnet blir en bundsförvant som hjälper barn och föräldrar att analysera vad som skett sedan förra vägningen och sedan ger konkreta och tydliga råd för framtiden samt lägger ansvaret för det fortsatta arbetet på barnet och familjen.

Det är viktigt att barn med fetma som genomgått en behandling som resulterat i normalvikt eller övervikt fortsätter gå på kontroller. Fetma är en kronisk sjukdom och de genetiska faktorer som en gång bidrog till att just detta barn utvecklade fetma finns kvar.

Gruppbehandling

Föräldrautbildning

Ju yngre barnet är desto större möjlighet har föräldrarna att påverka mat- och motionsvanor. Syftet med utbildningen är därför att tidigt i behandlingen ytterligare aktivera föräldrarna då enbart information inte räcker till. Genom lösningsfokuserade diskussioner med andra föräldrar kan motivation och handlingskraft stärkas. Hemuppgifter från gång till gång som sedan diskuteras i gruppen ökar chansen att föräldrarna aktivt prövar att genomföra förändringar i hemmet. Utbildningen kan bli ett forum där man delar erfarenheter, får tips på livsstilsförändringar och hjälp att hitta nya strategier för hur förändringarna kan genomföras. För att öka föräldrarnas möjlighet att delta kan träffarna förläggas till sen eftermiddag eller kvällstid och parallellt kan barnen erbjudas "viktskola".

Viktskola

Viktskola är en kombination av fysisk aktivitet (lekar), undervisning (t.ex. kost, fysiologi, kroppskunskap) och diskussioner som riktar sig till barn. Grupperna bör åldersanpassas (t.ex. 6–8, 9–12 och 13–17 år). Inriktningen på undervisningen och diskussionerna bör vara lösningsfokuserade, det vill säga till att uppmuntra till egna initiativ och delge varandra goda exempel. Genom små enkla läxor från gång till gång aktiveras barnen och får tillfälle att pröva nya vanor. Träffarna hålls förslagsvis en gång i veckan under en till två månader, gärna parallellt med en föräldrautbildning.

Grupper för fysisk aktivitet

Ökad fysisk aktivitet är en av grunderna i de livsstilsförändringar som krävs vid behandling av fetma. Gruppbehandling kan erbjudas i samarbete med sjukgymnast, hälsopedagoger, skolhälsovård, primärvård eller andra lokala aktörer som Korpen eller Friskis & Svettis. Fysisk aktivitet på recept (FaR®) kan vara ett verktyg (se nedan). Fokus bör ligga på fysisk aktivitet under lekfulla former utan prestationskrav. Att klara av fysiska ansträngningar,

ha kul och få uppmuntran ger tillfredsställelse och stärker självkänslan. Det kan i sin tur ge motivation och goda förutsättningar för den fortsatta behandlingen.

Familjeterapi

Barnöverviktsenheten i Region Skåne har utvecklat SOFT-modellen (Standardiserad Obesitas Familjeterapi). SOFT bygger på lösningsfokuserad familjeterapi där familjens egna resurser identifieras och används för att i positiv anda åstadkomma beteendeförändringar i små steg. Metoden används för närvarande mycket i den specialiserade barnsjukvården i Malmö och har visat sig ha god effekt.

Besök hos dietist

Via BUMM ska en dietistkontakt kunna erbjudas, vanligtvis via primärvården. Rådgivningen bör baseras på de kostråd som beskrivs i kapitlet Kost sidan 119.

Fysisk aktivitet på recept

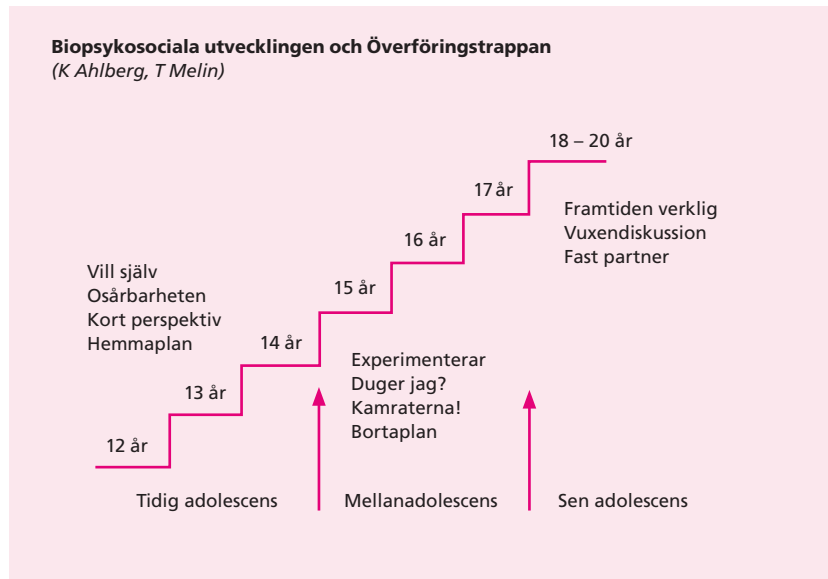
Fysisk aktivitet på recept (FaR[®]) innebär att legitimerad vårdpersonal ordinerar fysisk aktivitet på samma sätt som läkemedel. Se även sidan 155. Barn- och ungdomar ska delta i speciellt anpassade FaR[®]-program, företrädesvis gruppaktiviteter men även individuella aktiviteter som är anpassade efter behov. Val av nivå för fysisk aktivitet görs i samråd med hälso- och sjukvårdspersonal men kan även styras av barnets egen preferens. Barn och ungdomar som förskrivs FaR[®]-aktiviteter ska alltid följas upp.

Det finns goda erfarenheter av att använda FaR[®] för barn. Evidens för att metoden fungerar i prevention och behandling av övervikt och fetma finns dock bara vad gäller vuxna.

Överföring till vuxensjukvården

Ansvar för vården av barn med fetma ligger på BUMM. Eftersom fetma är en kronisk sjukdom måste även ”stabila” patienter kontrolleras regelbundet. Om möjligt kan dessa patienter överföras till, eller samvårdas med, primärvården. Läkaren på BUMM har alltid ett fortsatt ansvar för att årskontroller genomförs och att resultatet rapporteras till BORIS (det är viktigt att rapportera även de patienter som har goda behandlingsresultat). De ungdomar som har en bestående fetma och är i behov av fortsatta behandlingsinsatser som vuxna måste överföras till primärvården.

Kunskap finns nu kring den komplexitet det innebär för unga vuxna med kroniska sjukdomar att byta vårdgivare. Attityder och förväntningar skiljer sig åt mellan barn- och vuxensjukvård. Därför bör rutiner upparbetas så att en bra behandlingskontakt med primärvården skapas redan under ungdomsåren.



Den biopsykosociala utvecklingen varierar stort mellan individer. Erfarenheten talar för att störst risk för ett *misslyckande* i överföringen till vuxenvården är i mellanadolescensen mellan 14 och 16 års ålder (se Figur ovan). Ungdomsbeteende kan medföra att patienten undviker all sjukvårdskontakt efter överlämnandet.

En förutsättning är att den unga personen ”kan sin sjukdom och behandling” och kan föra sin egen talan. För att lyckas krävs upprepade kontakter och besök i vuxenvården innan själva överföringen görs, gärna utifrån en checklista. Typiska fallgropar är att barnläkaren överför sin oro för att vuxenvården ”inte förstår”, ”inte bryr sig lika mycket” eller ”inte kan” och för vuxenläkaren att ”sälja in sig” med ny basutredning och omläggning av behandlingen/medicineringen.

Vårdkedjans högspecialiserade nivå

På vårdkedjans högspecialiserade nivå finns Rikscentrum barnfetma på Astrid Lindgrens barnsjukhus, Sachsska barnsjukhuset och sedan år 2007 Överviktscentrum Norrtull (16–25 år) som finansieras via projektmedel.

Uppgifter

- Utredda och behandla barn och ungdomar med extrem fetma, andra sjukdomar och syndrom som orsakar fetma eller svåra obesitasrelaterade sjukdomar (t.ex. diabetes eller PCO – polycystiskt ovariesyndrom)
- Stödja behandlingen på specialistnivån med utredningar och särskilda insatser
- Initiera läkemedelsbehandling och kirurgi
- Kunskapscentrum och FoU
- Rapportera resultat (BORIS)
- Utbilda specialistnivån (coachingteam)

Vissa patientkategorier ska behandlas primärt på den högspecialiserade nivån. Det kan vara barn med extrem fetma som utvecklats i småbarnsåren till följd av obesitasrelaterade sjukdomar eller syndrom, barn med fetma som utvecklar diabetes och/eller hjärt- och kärlsjukdom eller barn som utvecklar svår fetma status post CNS-operation. Det kan också finnas andra kombinerade sjukdomstillstånd som gör att det primära ansvaret ligger på den högspecialiserade vården.

Barnsjukhusen ska också stödja den vård som ges på specialistnivån med avancerade utredningar, initiering av läkemedelsbehandling och fetmaki-rurgi. Barn med svår fetma behöver mycket stöd. Behandlingen kan ges via barnsjukhuset men i normalfallet kan det finnas fördelar om vården bedrivs i samverkan med specialistnivån och patientens tidigare behand-lare och med närhet till aktiviteter (grupper) och annat i stöd i närmiljön (t.ex. skola, BUP, socialtjänst).

FAKTA

Kompetenskrav högspecialiserade nivån (barnsjukhus)

Samma kompetenskrav som basnivå (se sidan 66) och specialistnivån (se sidan 72) plus:

- Obesitasteam med dietist, sjuksköterska, läkare, sjukgymnast, psykolog
- Avancerad utredningskapacitet
- Bred, varierad behandlingskapacitet
- Metodutvecklingskapacitet
- Erfarenheter av obesitasrelaterade syndrom

FAKTA

Remisskriterier

Barn som bör remitteras till den högspecialiserade nivån:

Extrem fetma trots tidigare åtgärder

Barn i behov av läkemedelsbehandling eller kirurgi

Måttlig övervikt trots tidigare åtgärder men kombinerat med överviktsrelaterade sjukdomar

Uttalad hereditet med tidig hjärt-kärlsjukdom samt diabetes i familjen

Barn med obesitasrelaterade syndrom

Barn som utvecklar svår fetma status post CNS-operation

Andra kombinerade sjukdomstillstånd som kräver högspecialiserad vård (t.ex. diabetes)

Utredningar

PROVTAGNING:

Allmänna prover (blod-, thyroidea- och leverstatus), fasteprover med fullständig lipidstatus, insulin och glukos.

ANDRA RIKTADE UTREDNINGAR:

Peroral glukosbelastning/Bergmanbelastning, lipid-elfores, PCO-utredning, utredning av fetmaassocierade gendefekter vid misstanke på syndrom eller andra specifika sjukdomar, 24 tim blodtrycksmätning, echocardiografi, arbetsprov, m.m.

Behandling

Behandling utförs av ett obesitasteam (läkare, sjuksköterska, dietist, sjukgymnast, psykolog och kurator). Teamet bör kunna erbjuda både individuella besök och gruppverksamhet (t.ex. sjukgymnastik, träningsgrupper och lägerverksamhet) utifrån behov. Förutom beteendeinriktad behandling ska LCD/VLCD (Low/Very Low Caloric Diet), läkemedelsbehandling och kirurgisk behandling kunna initieras.

Coaching-team

För att underlätta BUMM:s arbete enligt vårdprogrammet prövas för närvarande ett system med ett coachingteam från vårdkedjans högspecialiserade nivå. Teamet bidrar med undervisning och kompetens inom BUMM och hjälper även till vid specifika patientfrågor.

Uppföljning av unga vuxna med grav fetma

Hos ungdomar med en bestående grav fetma är sannolikheten stor att fetman kommer att bestå upp i vuxen ålder. Dessa individer löper också en mycket hög risk att utveckla svåra fetmaassocierade sjukdomar. Vid Överviktscentrum Norrtull (specialistmottagning för vuxna med fetma och en utvecklingsenhet med uppdrag att stödja primärvård och andra vårdgivare) finns en riktad mottagning för unga vuxna mellan 16 och 25 års ålder med grav fetma. Mottagningen är tänkt att vara en länk mellan barn- och vuxenmottagningar och metodutvecklingen sker i samarbete med Rikscentrum barnfetma.

REFERENSER

- Barnhälsovården SLL www.bhvsll.se
- Barnhälsovårdens årsrapport i Stockholms läns landsting, 2007
- Campbell K, Waters E, O'Meara S, Summerbell C. *Interventions for preventing obesity in childhood. A systematic review*. *Obes Rev* 2001;2(3):149-57
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3
- Fetma – problem och åtgärder, En systematisk litteraturöversikt. SBU, oktober 2002
- Folkhälsoguiden www.folkhalsoguiden.se
- Folkhälsoinstitutet www.fhi.se
- FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling) www.fyss.se
- Growing people www.growingpeople.se
- Health consequences of obesity in youth: childhood predictors of adult disease*, Dietz WH. *Pediatrics* 1998;101(3 PT 2):518-25
- Janson A, Danielsson P. *Överviktiga barn – en handbok för föräldrar och proffs*. Forum 2003
- Kiess W, Marcus C, Wabitsch M (red). *Obesity in Childhood and adolescence*. *Pediatr Adolesc Med* (Basel, Karger, 2004) vol 9, sid 209-216
- Lager A, Bremberg S. Rapport. *Övervikt bland barn – system för nationell uppföljning: 2005/06 års uppdatering*. Statens Folkhälsoinstitut: Stockholm, 2006
- Marcus C (red Lindberg T, Lagercrantz H). *Övervikt och fetma i boken Barnmedicin*. Studentlitteratur 2003, sid 513-518
- Melin I. *Obesitas*. Studentlitteratur, andra upplagan, 2001
- Mossberg HO. *40-year follow-up of overweight children*. *Lancet* 1989;2(8661):491-3
- Nowicka P och Flodmark CE. *Barnövervikt i praktiken – evidensbaserad familjeviktsskola*. Studentlitteratur, 2006
- Obesity: prevention and managing the global epidemic*, Geneva: WHO; 1998
- Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. *Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm*. Rapport 2004:1, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting och Statens folkhälsoinstitut
- Rörelseglada barn. Ett fortbildningsmaterial för förskolepersonal*, Förlagshuset Gothia
- Rössner S. *Childhood obesity and adulthood consequences*. *Acta Paediatr* 1998;87(1):1-5
- Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Marild S. *Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalences of overweight in girls*. *Acta Paediatr* 2008; 97:118-123
- Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. *Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist*. *Int J Obes (Lond)*. 2008 Epub 2008 Jul 15
- Vårdguiden www.vardguiden.se
- VISS (Vårdinformation Storstockholm) www.viss.nu

VÅRDPROGRAM VUXNA

Inledning.....	82
Bakgrund.....	82
Vårdkedjan.....	83
Prevention av fetma hos vuxna.....	84
Klassifikation och diagnos.....	85
Hälsorisker vid övervikt och fetma.....	86
Hälsovinster vid viktnedgång.....	87
Lokal organisation vid behandling.....	88
Behandlingsmål och prioritering.....	93
Behandling av övervikt och fetma hos vuxna.....	94
Patientgrupper med särskilda behov av överviktsbehandling.....	110
Referenser.....	117

Inledning

I vårdprogrammet föreslås åtgärder som främst syftar till att förebygga viktuppgång som leder till övervikt eller fetma och som ger individen möjlighet att själv ingripa i ett tidigt skede. Behandlingsprogrammet är så långt det är möjligt evidensbaserat. De flödesscheman som rekommenderas innefattar även en del åtgärder/rutiner som det finns god erfarenhet och konsensus kring både nationellt och internationellt, men som inte utvärderats systematiskt.

Bakgrund

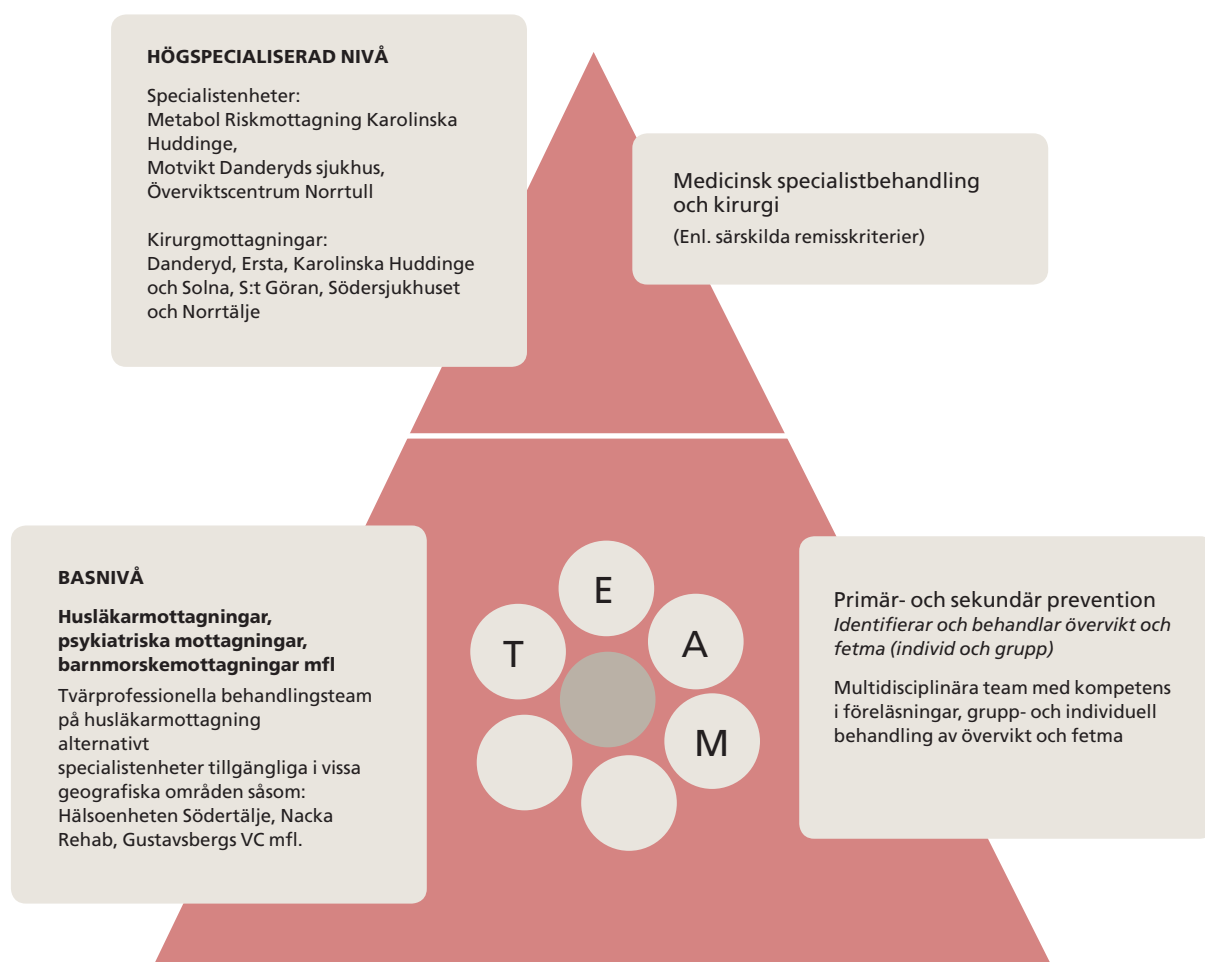
Fetma är en komplex kronisk sjukdom som uppstår genom samverkan mellan arv och miljö. Mekanismen för viktökning är dock alltid en positiv energibalans. Ärftlighet beräknas stå för 25–40 procent av skillnaderna i vikt mellan individer som lever i samma miljö. Den snabba ökningen av övervikt och fetma de senaste åren beror främst på förändringar i livsstil. Fetma som direkt följd av hormonella eller andra medicinska rubbningar är extremt ovanlig. Det finns faktorer som kan utlösa viktuppgång, till exempel kan vissa läkemedel ge ökad aptit som biverkning (se faktaruta sidan 111). Andra kända risksituationer är graviditet eller när man abrupt avbryter en aktiv idrottsutövning. Vid rökstopp kan energiomsättningen minska med upp till tio procent. Rökstopp är därför förenat med i genomsnitt tre till fyra kg viktuppgång. Spridningen kring medelvärdet är dock stor. Patienter med vissa fysiska och psykiska funktionshinder är mer utsatta för övervikt och fetma. Hos personer i medelåldern är fettmassan cirka 15–20 kg för män och 20–25 kg för kvinnor. Kroppsfettet ökar något med stigande ålder och en viktökning på cirka fyra kg per tioårsperiod är ”normal”.

Oavsett om den bakomliggande orsaken är genetisk, läkemedels- eller livsstilsberoende, så är sjukdomen fetma möjlig att behandla. En måttlig viktreduktion (5–10 procent) har stort hälsovärde och kan vara ett rimligt behandlingsmål – även om patientens egna mål och förhoppningar kan vara högre ställda. Behandlingen ska leda till en bestående viktreduktion och därigenom till förbättrad hälsa och livskvalitet. Därför är det viktigt att fokusera på långtidsresultat. Framgång förutsätter en livsstilsförändring – en kombination av förändrad kost och ökad fysisk aktivitet. Ibland krävs tillägg av läkemedel. Kirurgi är ett viktigt behandlingsalternativ som bör övervägas i svårare fall.

Vårdkedjan

Vårdprogrammet är skrivet för en vårdkedja med två nivåer. Primärvård utgör första nivån där patienten identifieras och behandlas. I vissa fall kan andra vårdgivare utgöra första nivån, till exempel psykiatrisk mottagning eller mödrahälsovård. Arbetet bör organiseras efter lokala förhållanden, se nedan. I vissa områden finns inom vårdnivå ett även behandlingsteam som specialiserats på gruppbehandling av fetma. Denna vårdnivå finns i dag inte generellt i länet men ska utvecklas. Högspecialiserad behandling och kirurgi utgör vårdnivå två.

Vårdkedjan kring vuxna med övervikt och fetma



Prevention av fetma hos vuxna

Övervikt (BMI 25–29,9 kg/m²) och fetma (BMI ≥30 kg/m²) är i dag mycket prevalent. I Stockholm beräknas cirka 35 procent av kvinnor och 50 procent av män vara överviktiga och 10–12 procent ha fetma. Preventivt arbete och egenvård har en avgörande roll för att hejda befolkningens viktutveckling på sikt. Här finns behov av samverkan mellan flera aktörer. I det preventiva arbetet krävs samverkan i ett samhällsperspektiv (se Samhällsinriktat hälsoarbete sidan 157), och vid behandlande insatser kan kommersiella friskvårdsinrättningar och webbaserade program utnyttjas. FaR® (Fysisk aktivitet på recept) är en metod för sjukvården att främja sådan samverkan. Se sidan 155.

Hälso- och sjukvården har en betydande roll i både det primärpreventiva och det sekundärpreventiva arbetet för att förebygga övervikt och fetma. Till primärprevention kan alla insatser räknas som riktas till normalviktiga och personer med övervikt utan följsjukdomar, för att minska risken för viktökning, till exempel allmänna råd om kost- och motionsvanor. Sekundärprevention innebär insatser för att förhindra progress av befintlig övervikt och fetma samt försämring av eventuella följsjukdomar.

Viktigt att tänka på inom vårdarbetet:

- Att skapa en positiv attityd till preventionsarbetet
- Att i samtalet med patienten möta denne med respekt och utgå från dennes livssituation
- Att diskutera vikt och viktutveckling som en självklar del av rutinstatus och följa kroppsvikt över tid för att upptäcka snabb eller smygande ökning av vikten eller i tidigt skede upptäcka ofrivillig viktnedgång
- Att uppmärksamma och bekräfta det positiva med normalvikt
- Att ge en person möjlighet att själv kontrollera sitt BMI samt lättillgänglig information om kost och fysisk aktivitet till exempel i väntrummet
- Att ge information och viktkontroller vid rökstopp, att informera om läkemedel med vikthöjande egenskaper som biverkan samt om viktökning i samband med graviditet

Dessa insatser syftar bland annat till att avdramatisera diskussionen om kroppsvikt och att dokumentera kroppsvikt korrekt.

I dagsläget saknas kunskap om hur överviktens utveckling till fetma hos vuxna bäst kan förebyggas genom systematiskt preventivt arbete inom vården. Här krävs fortsatt forskning och utvärdering. I väntan på mer kunskap behöver det preventiva perspektivet upprätthållas inom vården och förebyggande insatser kontinuerligt utvecklas och genomföras.

Klassifikation och diagnos

Klassifikationen av övervikt och fetma enligt WHO bygger på sambandet mellan BMI och dödlighet i fetmarelaterade sjukdomar och gäller vuxna av båda könen.

Också fettfördelningen har betydelse. Ett ökat midjemått kan indikera en ökad mängd fett i buken (visceralt fett). Bukfetma är en oberoende riskfaktor för att utveckla metabola komplikationer relaterade till fetma. Kvinnlig fettfördelning som innebär att fettet samlats över stuss och lår, är mer godartad och inte förknippad med samma metabola risk som bukfetman.

Midjemåttet anses idag vara ett bättre mått på risk än midja-höftkvoten som användes tidigare. Hos personer med kraftigt utvecklad muskelmassa eller uttalade ödem kan BMI-värdet bli missvisande högt. Riskvärderingen påverkas dock endast i liten grad.

Vid förtvinad muskelmassa och hos vissa etniska grupper, främst från Asien, kan risken vara ökad redan vid ett lägre BMI. Klassifikationen efter BMI är enligt WHO oberoende av ålder. Sambandet mellan BMI och följsjukdomar är dock svagt vid hög ålder, vilket kräver särskilda hänsyn vid ställningstagande till viktreducerande behandling hos äldre. Se sidan 113.

Klassifikationen av fetma har betydelse vid val av behandling och värdering av den evidens som finns. Rekommendationer som är framtagna vid studier av patienter med BMI 25–35 bör inte okritiskt tillämpas på patienter med fetma grad II och III.

FAKTA

Definitioner

Övervikt innebär att kroppsvikten i förhållande till en viss kroppslängd har ökat. Övervikt har av SBU klassats som en riskfaktor för sjukdom. Vid övervikt är BMI 25–29,9.

Fetma (obesitas) innebär att kroppens fettmassa är onormalt ökad. Fetma klassificeras som sjukdom. Vid fetma är BMI ≥ 30 .

BMI Graden av övervikt och fetma beskrivs med BMI (Body Mass Index, kg/m^2)

BMI räknas ut på följande sätt:
Vikten (kg)/längden (meter)²

Exempel:

Vikt: 100 kg. Längd: 180 cm

$\text{BMI} = 100/1,8 \times 1,8 = 30,9 \text{ kg/m}^2$

BMI OCH HÄLSORISKER

KLASSIFIKATION	BMI KG/M2	HÄLSORISKER
Undervikt	<18,5	Lätt ökade
Normalvikt	18,5–24,9	Normala
Övervikt	25,0–29,9	Lätt ökade
Fetma (grad I)	30,0–34,9	Måttligt ökade
Svår fetma (grad II)	35,0–39,9	Höga
Extrem fetma (grad III)	$\geq 40,0$	Mycket höga

MIDJEMÅTT OCH RISK FÖR FETMARELATERADE METABOLA KOMPLIKATIONER HOS MÄN OCH KVINNOR

	ÖKAD RISK	KRAFTIGT ÖKAD RISK
Män	> 94 cm	> 102 cm
Kvinnor	> 80 cm	> 88 cm

Att tänka på: Hos individer med svår fetma (BMI ≥ 35) är BMI-klassifikationen tillräcklig för att värdera sjukdomsrisk. Midjemåttet tillför ingen eller lite information som kan bidra till värderingen.

Hälsorisker vid övervikt och fetma

Fetma medför såväl medicinska, sociala som psykologiska hälsorisker. Risken ökar för en rad följsjukdomar som direkt eller indirekt ökar sannolikheten för för tidig död och invalidiserande komplikationer. Förekomsten av följsjukdomar och riskfaktorer för sjukdom måste kartläggas inför behandling. Kunskap om fetmans hälsorisker utvecklas fortfarande både avseende patofysiologi och eventuella hälsoeffekter av viktnedgång. I listan nedan klassificeras följsjukdomar efter huruvida de patofysiologiska mekanismerna antas vara huvudsakligen metabola, mekaniska eller ha andra orsaker. Bakomliggande mekanismer kan ha betydelse för formulering av behandlingsmål. Allt beror dock inte på fetma. Många sjukdomstillstånd har en komplex patofysiologi där viktökning och livsstil kan bidra till sjukdomsutvecklingen, men kan också vara helt oberoende. Utöver insatser för viktreduktion och stöd till livsstilsförändring som del i behandlingen bör patienter med fetma utredas för att utesluta andra orsaker till samsjuklighet.

FAKTA

Övervikt och fetma ökar risken för eller förvärrar följande tillstånd och sjukdomar:

METABOLA

- Typ 2 diabetes
- Hypertoni
- Dyslipidemi
- Insulinresistens och metabolt syndrom
- Hjärt-kärlsjukdom – ateroskleros
- Gallsten
- Uratförhöjning och gikt
- Leverförfettning och NASH (non-alcohol steatohepatitis)
- Könshormonrubbning
- PCOS (Polycystiskt ovariesyndrom) och infertilitet hos kvinnor
- Cancer (bröst, colon, endometrium, pancreas, prostata, njure och gallblåsa)

MEKANISKA

- Sömnapnésyndrom
- Hypoventilation dyspné
- Muskuloskeletala smärttillstånd (t.ex. ländryggsmärta)
- Artrosförändringar i vikt bärande leder
- Åderbräck och venös stas
- Refluxsjukdom
- Bräck
- Hudinfektioner (intertrigo, karbunkulos)
- Immobilisering
- Stressinkontinens

ANDRA

Depression
Ångest
Ökad komplikationsrisk vid anestesi
Fosterskador
Hjärtsvikt
Erektile dysfunktion
Ödem

Hälsovinster vid vikttnedgång

Det är väl dokumenterat att vikttnedgång minskar kardiovaskulära riskfaktorer genom livsstilsförändring som kostomläggning och ökad fysisk aktivitet. I flera studier har en livsstilsförändring visats kunna förhindra eller fördröja uppkomst av typ 2 diabetes och hypertoni. Det finns god evidens för att signifikanta effekter på metabola riskfaktorer uppnås redan vid 5–10 procent vikttnedgång. Det finns också data som talar för att vikttnedgång har gynnsamma effekter på sömnapné och hormonrubbningar (inkl. infertilitet) hos kvinnor.

Flera stora studier av effekten av vikttnedgång har slutförts under de senaste åren. Data visar att avsiktlig vikttnedgång genom fetmakirurgi, som bibehålls över tio år, är förenad med minskad mortalitet i bland annat cancer. Förbättrad livskvalitet är en annan väldokumenterad effekt vid vikttnedgång. Livskvalitet kan också förbättras indirekt eftersom vikttnedgång kan vara en förutsättning för operation av ortopediska åkommor som medfört betydande inskränkningar i livsföringen.

Vikttnedgång som behandling för att lindra eller behandla mekaniska komplikationer kan också ge gynnsam effekt redan vid 5–10 procent vikttnedgång (t.ex. vid sömnapné). I svåra fall kan det krävas betydligt mer vilket i sig kan vara skäl att överväga kirurgisk intervention vid fetma grad II och III, till exempel vid grav immobilisering till följd av ortopediska följsjukdomar

Lokal organisation vid behandling

Detta avsnitt beskriver organisationsaspekter kopplade till flödesschemat för behandling (sidan 95). Förslag ges om hur arbetet kan organiseras. Utifrån detta bör varje vårdenhet anpassa organisationen till egna lokala förutsättningar.

SAMMANFATTNING

FÖRBEREDELSE INFÖR BEHANDLINGSARBETE

- Bestäm struktur på teamet
- Se över utbildningsbehov
- Internt arbete – sätt upp rutiner, arbetsfördelning

ORGANISATIONSMOMENT I BEHANDLINGENS FYRA STEG

- Steg 0 Sätt upp rutin för uppföljning mål och fortsatt behandling
- Steg 1 Organisera kunskapsöverföring
- Steg 2 Organisation av enskilda besök, viktgrupp, viktpol för stöd till aktiv livsstilsförändring
- Steg 3 Uppföljning av läkemedelsbehandling
- Steg 4 Remiss till specialistmottagning/kirurgi

VIDMAKTHÅLLANDE – LÅNGTIDSUPPFÖLJNING

- Formulera med patienten en plan för vidmakthållande
- Uppföljning av vikt
- Rutiner vid återfall

Flödesschema för organisation



Förberedelser inför behandling

Mandat och struktur på teamet

Om vårdgivaren inte redan har en fungerande struktur för arbetet med övervikt och fetma bör viss tid avsättas för att organisera arbetet och utbilda personal. Detta kräver ett mandat från verksamhetschefen. Utgå från lokala förutsättningar, den erfarenhet som finns på vårdnheten och de strukturer som finns i lokalsamhället. Ta reda på vilka dietist- och sjukgymnastresurser som kan användas vid kunskapsöverföring till patienterna.

För att få en struktur som inte är för sårbar och som ger tyngd åt arbetet hos alla yrkeskategorier bör en arbetsgrupp/ett team bildas. Teamet bör bestå av läkare, sjuksköterska och undersköterska. Finns dietist, sjukgymnast, beteendevetare och/eller psykolog så bör de ingå i teamet. Inom psykiatrin kan andra yrkeskategorier delta, till exempel mentalskötare som ofta är kontaktpersoner.

Utbildning, lokalt vårdprogram, arbetsfördelning

Utbildning och kompetensutveckling är en viktig del för start och fortsatt arbete med kunskapsområdet övervikt/fetma. Arbetsgruppen ska tillsammans med verksamhetschefen planera för den utbildning som krävs inom teamet och för hela vårdnheten. En grundutbildning på en dag till alla kan påverka attityderna till att behandla övervikt och fetma. Fördjupad utbildning krävs för teamet. Erfarenheten har visat att för att förändra ett arbetssätt bör *minst* två personer från arbetsplatsen delta i utbildningen. Denna bör vara utsträckt under längre tid och innefatta ett strukturerat manualbaserat arbetssätt för aktivt stöd till livsstilsintervention.

Utarbeta ett lokalt vårdprogram som beskriver rutiner för att identifiera överviktiga/feta patienter, kriterier för behandling, kommunikation med teamet, inom teamet och med patienter samt rutiner för långtidsuppföljning efter viktneidgång. Även den lokala behandlingsmodellen ska finnas beskriven.

Skapa rutiner för vägning, mätning, internremisser, tidbokning m.m.. Definiera ansvarsområden för medarbetare i teamet.

Sjuksköterska med fördjupad kunskap inom prevention, utredning och behandling av övervikt och fetma kan ha sammankallande funktion och ansvar för kontinuitet i patientkontakten. Denna uppgift bör lämpligen delas mellan två personer för att garantera kontinuitet.

Läkare har det medicinska ansvaret och beslutar om behandling, tar ställning till läkemedelsbehandling och remiss till specialister samt utgör stöd för övriga i behandlingsteamet vid problempatienter. Utredning, uppföljning, bedömning av behandlingsresultat sker i samråd med sjuksköterska.

Dietist, sjukgymnast och beteendevetare har specifik kompetens som bör användas i utbildningsfasen i behandlingen och för riktade insatser till patienter med särskilda behov.

Organisation steg 0 Formulering och uppföljning av behandlingsmål

Skapa rutiner för vem i teamet som följer upp behandlingsmål, vilka måtvärden som följs upp och med vilket intervall.

Organisation steg 1 Kunskapsöverföring

Kunskapsöverföring kan organiseras i grupp, enskilt eller som tematräffar. Lokala förutsättningar avgör vad som är lämpligt. Att använda sig av resurspersoner (dietist, sjukgymnast) som föreläser för en grupp är kostnadseffektivt. Färdigt föreläsningsserien (OH-bilder och pratmanus) finns utarbetat och kan beställas från Överviktscentrum Norrtull.

Skapa en rutin för planering av fortsatt behandling efter kunskapsöverföring. En patient bör ha fullföljt föreläsningsserien innan han/hon fortsätter till nästa steg i behandlingen. Patienten uppmanas att själv boka tid hos sjuksköterska eller läkare.

Organisation steg 2 Aktivt stöd till livsstilsförändring

Aktivt stöd till livsstilsförändring kan ske enskilt eller i grupp. Välj det teamet behärskar och har erfarenhet av. Gruppbehandling kan vara ett kostnadseffektivt sätt att arbeta om patientunderlaget är tillräckligt stort, men ger inte bättre behandlingsresultat än enskild behandlingskontakt. Arbetet bör vara strukturerat, både i grupp och vid enskilda besök, enligt en behandlingsmanual.

Patienter som aktivt börjat förändra sin livsstil kan behöva extra stöd efter sex månader. Vid den tidpunkten omprövas ofta det förändrade beteendet och risken finns att en patient återgår till gamla vanor. Därför är det viktigt att även patienter som uppnått god viktreduktion erbjuds program för att vidmakthålla resultatet.

TIPS

Tips för enskilda besök

- Planera antal besök för genomgång av arbetsmanualen
- Bestäm hur långa besöken ska vara och hur ofta de ska göras
- Bestäm innehåll för besöken (vägning, genomgång av strategier, fortsatt arbete)

Tips för gruppbehandling

- Längd på gruppbehandling beror på vilken manual som används. Erfarenhet har visat att det kan vara svårt att hålla ihop grupper under lång tid. En arbetsmodell med totalt 10 träffar för genomgång av modellen för problemlösning används på Överviktscentrum Norrtull
- Första tre träffarna sker en gång/vecka (kartläggningsfas) resterande 7 träffar varannan vecka
- Helst 2 handledare i varje grupp
- 5–10 patienter i varje grupp
- 60–90 minuter för en session

- Fördela tiden (genomgång av hemuppgift laget runt, diskussion, ny hemuppgift)
- Vägning enskilt före besöket (avsätt tid för detta!)
- Gör upp om regler i förväg (avstängd mobiltelefon, paus, minimikrav på närvaro, punktlighet)
- Vid uppehåll under lov och semestertider, erbjud viktpol

Tips för viktpol

- Med "viktpol" menas en drop-in-mottagning utan tidsbeställning för vägning och kort avstämning med behandlaren om aktuella strategier.
- I primärvård kan detta exempelvis ordnas som en del av befintlig öppen distrikts-sköterskemottagning. Även i psykiatri kan modellen tillämpas. Arbetet kan även här struktureras utifrån behandlingsmanual.
- Erbjud om möjligt återkommande pass varje vecka vid olika tider på dagen
- 5–10 minuter/patient, förvarna om att det kan bli väntetider
- Dokumentera viktutveckling och vad patienten arbetar med
- Om viktpolsbesök utgör basbehandlingen bör behandlingsresultatet utvärderas efter hand.

Organisation steg 3 Tillägg av läkemedel

Utarbeta rutiner för uppföljning av de parametrar som finns beskrivna i FASS för respektive viktreducerande läkemedel.

Vidmakthållande och långtidsuppföljning

Att långsiktigt behålla en lägre vikt efter en viktnedskningsperiod är ett angeläget mål som kräver att varje mottagning organiserar sitt uppföljningsarbete. Det saknas ännu data som ger vägledning om hur arbetet bäst organiseras. Därför är det viktigt att man utformar lokala lösningar för sin mottagning eller klinik. Fetma är en kronisk sjukdom och det mesta talar för att långsiktigt stöd från vårdgivaren kan ha avgörande betydelse för vidmakthållande. En framgångsrik viktreduktion behöver i sig inte innebära att patienten har fullt utvecklade strategier för att klara att hålla en lägre vikt livet ut. Detta diskuteras i avsnittet Hur förändras livsstil? sidan 33.

Det är svårt att ange detaljerade riktlinjer för långtidsuppföljning och det är därför viktigt att man utformar lokala lösningar för sin mottagning eller klinik. Ett första steg kan vara att enas om vem eller vilka som ska ha uppföljningsansvaret för:

1. när uppföljning ska ske
2. lämplig dokumentation
3. åtgärdsförslag vid återfall
4. kontaktnät inom och utom sjukvården.

TIPS

Tips för rutiner för långtidsuppföljning

Skapa rutiner för uppföljning efter viktreduktion (ansvara för kallelse, dokumentation etc.). Förslaget är kontroll av viktkurva var 6:e månad första två åren, därefter årligen.

Dessa kontroller kan med fördel ske i samband med återbesök för andra sjukdomar

Utforma rutiner för att fånga upp patienten som återfaller samt för vilka åtgärder som då ska vidtas.

Erbjud extra stöd om de inarbetade strategierna för viktstabilitet sviktar

Rutiner bör också utarbetas för återremittering och omhändertagande i vidmakthållandefasen av patienter som behandlats vid specialistklinik, inklusive kirurgi

Behandlingsmål och prioritering

Mål för behandlingen bör alltid formuleras i samråd med patienten.

Samtliga patienter med BMI ≥ 30 samt de med BMI ≥ 25 och ökat midjemått (bukfetma) bör uppmärksammas och utredas vidare för ställningstagande till fortsatt behandling i sjukvårdens regi eller uppmuntras att söka stöd från annat håll.

Stadieindelning av övervikt och fetma enligt Tabell nedan används som beslutsstöd inför intervention. Indelningen tar hänsyn till utveckling av följsjukdomar. Andra faktorer som bör leda till en mer aktiv behandlingsinsats oavsett förekomst av kända följsjukdomar är:

- Ung patient
- Högt BMI
- Graviditetsönskan

Patientens motivation och praktiska förutsättningar att genomföra en livsstilsförändring eller delta i viktreducerande behandling bör självklart också utredas. Personer som inte är redo för en förändring bör informeras sakligt om vinsterna med viktnedgång och livsstilsförändring samt erbjudas möjlighet att återkomma i ett senare skede.

Eventuella följsjukdomar bör utredas och behandlas när de identifieras. Avvakta inte för länge i väntan på eventuell förbättring genom viktreduktion. Se Vårddinformation i Storstockholm (VISS): Endokrina sjukdomar/metabola syndromet.

Stadieindelning av fetma (anpassad efter Edmonton Obesity Staging System)

STADIUM	BESKRIVNING	ÅTGÄRD	MÅL
0	Inga märkbara fetmarelaterade riskfaktorer, fysiska eller psykosociala symptom eller begränsningar av välbefinnande.	Hälsosamtal. Identifiera faktorer som bidrar till viktökning. Uppmuntra till livsstilsförändring. Behandling enligt vårdprogram Steg 1.	Förebygga ytterligare viktökning samt utveckling av följsjukdomar.
1	Förekomst av fetmarelaterade riskfaktorer (t.ex. glukosintolerans, gränshypertoni) lättare fysiska eller psykosociala symptom eller lättare begränsningar av välbefinnande som kan tillskrivas vikten.	Kartläggning av andra riskfaktorer för sjukdom (t.ex. rökning, hereditet, fysisk inaktivitet). Uppföljning av hälsotillstånd. Behandling enligt vårdprogram Steg 1. Överväg Steg 2 och 3.	Förebygga ytterligare viktökning och försämring av hälsa genom förbättrad kost och ökad fysisk aktivitet. Komma till stadium 0.
2	BMI ≥ 35 och/eller etablerad fetmarelaterad kronisk sjukdom. Måttliga fysiska eller psykosociala inskränkningar av dagliga aktiviteter eller välbefinnande.	Behandling enligt vårdprogram steg 1–4; överväg alla behandlingsalternativ. Uppföljning och behandling av följsjukdomar.	Livsstilsförändring och viktreduktion som leder till stadium 0 eller 1.
3	Etablerad organskada (t.ex. hjärtinfarkt, diabeteskomplikationer, svår artros), svåra funktionella och/eller psykosociala inskränkningar av dagliga aktiviteter eller välbefinnande.	Behandling enligt vårdprogram 1–4; överväg alla behandlingsalternativ. Uppföljning och behandling av följsjukdomar.	Livsstilsförändring och viktreduktion som leder till förbättrad funktion och livskvalitet (stadium 0–2).
4	Svåra till invalidiserande funktionsbegränsningar till följd av fetmarelaterad kronisk sjukdom eller psykosociala besvär.	Intensiv viktreduktionsbehandling enligt vårdprogram när denna bedöms vara möjlig. Överväg remiss direkt till kirurgisk behandling. Annars palliativa åtgärder: behandling av följsjukdomar, smärta och psykosocialt stöd.	Förbättrad funktion och livskvalitet.

Behandling av övervikt och fetma hos vuxna

Sammanfattning av behandling

- Vägning och mätning för att identifiera patienter som behöver minska sin vikt och ändra sin livsstil
- Utredning
- Samlad bedömning av sjukdomsrisk samt de vinster en patient kan uppnå med viktreduktion; beslut om mål för patienten
- Behandling
- Vidmakthållande av nya vanor och lägre vikt

Patienten bör vara delaktig i vårdplaneringen. Åtgärderna bör anpassas efter patientens motivation, hälsorisk och faktiska förutsättningar att genomföra en livsstilsförändring.

Patientens beredskap att förändra sin livsstil kan förändras under behandlingens gång. Detta beskrivs i avsnittet Hur förändras livsstil? sidan 42. Där presenteras också en modell för problemlösning, som är ett enkelt pedagogiskt verktyg eller förhållningssätt som kan användas i alla steg i behandlingen. Kost och fysisk aktivitet är grunden för all behandling av fetma och beskrivs i separata avsnitt (sidan 119 resp. 143).

Två år är ett riktvärde för den aktiva behandlingstidens längd. Under denna tid sker regelbunden uppföljning och avstämning och ställning tas till tillägg av läkemedel eller andra insatser. Fetma är en kronisk sjukdom och det mesta talar för att långsiktigt stöd från vårdgivaren kan ha avgörande betydelse för vidmakthållande. En framgångsrik viktreduktion behöver i sig inte innebära att patienten har fullt utvecklade strategier för att klara att hålla en lägre vikt livet ut.

SAMMANFATTNING

Sammanfattning av behandling

FÖRBEREDELSE INFÖR BEHANDLING

- Diagnos
- Utredning
- Kompletterande utredning
- Formulera behandlingsmål

BEHANDLINGENS FYRA STEG

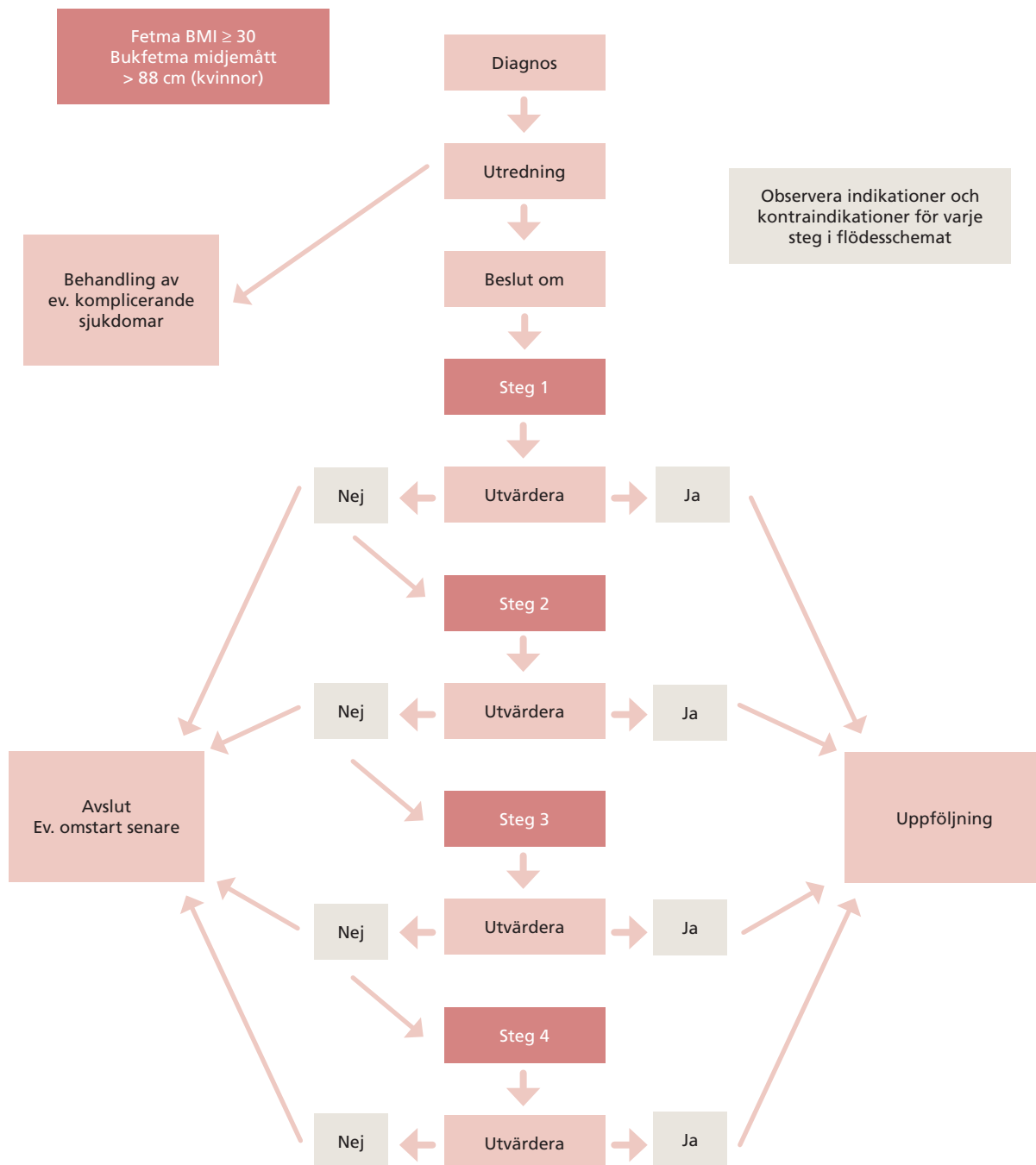
- Steg 1 Kunskapsöverföring
- Steg 2 Aktivt stöd för livsstilsförändring i grupp eller vid enskilda besök
- Steg 3 Läkemedel
- Steg 4 I komplicerade fall bör behandlingen skötas på specialistklinik.

Mellan varje steg: Uppföljning regelbundet med kontroll av uppnådda resultat avseende vikt, riskfaktorer och komplikationer. Aktivt ställningstagande till nästa steg i behandlingen i samråd med patienten.

VIDMAKTHÅLLANDE – LÅNGTIDSUPPFÖLJNING

- Långtidsstrategier utvecklas i samarbete med patient och andra vårdgivare

Flödesschema för behandling



Förberedelse inför behandling

Diagnos: Vägning och mätning

SYFTE

Att väga och mäta patienten är en förutsättning för att man ska kunna identifiera de personer som har hög sjukdomsrisk och där någon form av intervention bör initieras. Självuppgiven längd och vikt kan vara missvisande.

EVIDENS

Det saknas systematiska studier av den preventiva effekten av att uppmärksamma vikten och följa den över tid. Trots detta rekommenderas vägning i de flesta internationella riktlinjer.

INNEHÅLL

Väg och mät patienter i samband med vårdbesök. Notera BMI och midjemått i journalen. Vid BMI ≥ 30 sätts diagnosen fetma. Upprepa med högst två års mellanrum, tätare vid sjukdom eller behandling som medför ökad risk för viktuppgång.

Vid fetma (BMI ≥ 30) samt vid bukfetma (midjemått > 88 cm hos kvinnor eller > 102 cm hos män) bör patienten utredas vidare. Kartlägg viktrelaterade hälsorisker, patientens tidigare viktutveckling samt psykosociala förutsättningar och ta ställning till om livsstilsintervention och annan viktreduktionsbehandling bör erbjudas. (Se Stadiindelning av fetma sid 93).

SÅ MÄTS MIDJEMÅTTET

Midjemåttet mäts med ett vanligt mjukt måttband mellan nedersta revbensbågen och översta spetsen på höftbenet. Måttet tas med patienten i stående ställning och efter utandning.

UPPMÄRKSAMMA RISKPATIENTER

För patientgrupper med sjukdomar där fetma och bukfetma påverkar sjukdomsförloppet är det särskilt viktigt att längd, vikt, BMI samt midjemått tas som del av rutinstatus vid varje läkarbesök.

Utredning

ANAMNES

Anamnesen omfattar:

- Kortfattad kartläggning av faktorer som lett till viktuppgång: hereditet, sociala förhållanden, mat- och dryckesvanor inklusive alkohol, fysisk aktivitet, andra sjukdomar eller behandling med vikhöjande läkemedel
- Matregistrering under fyra dagar i följd kan vara till hjälp. Se förslag på mall i avsnittet Kost sidan 141. Matregistreringen finns med som del i problemlösningsprocessen (se Hur förändras livsstil? sidan 46)
- Kartläggning av riskfaktorer och andra fetmarelaterade tillstånd
- Patientens tidigare erfarenheter av viktreduktion, patientens egna strategier

Anamnesupptagning kan underlättas om patienten får en enkät med frågor inom ovanstående områden att besvara hemma i lugn och ro. Om nedstämdhet eller annat psykiskt illabefinnande noteras eller misstänks görs

psykiskt status. Hjälpmedel kan vara självskattningsformulär som MADRS-S (Montgomery Åsberg depression rating scale) eller PHQ-9, en annan skattningsskala för depression, utarbetad för primärvård. I vissa fall bör vårdgivaren ställa frågor som utgår från DSM IV-kriterierna, (se sidan 110) för att ta reda på om ätstörning föreligger. Även här kan matregistreringen vara vägledande.

STATUS

Rutinstatus med fokus på fetmarelaterade komplikationer som hypertoni, hjärtkärlsjukdom, artros, benödem, hudförändringar (klåda, svamp, acne, acanthosis nigricans). Längd, vikt, midjemått. Notera kroppsconfiguration. Hos patienter med kraftig hals och kort underkäke finns ökad förekomst av sömnapné. Komplettera eventuellt med psykisk status och bedömning av stämningsläge.

LABORATORIETEST

Bedömning av patientens hälsotillstånd och riskstatus:
Elektrolyter, leverstatus, TSH, komplett blodstatus, Lipidstatus (Total Kol, HDL, LDL, TG), f-P-glukos. EKG vid behov

ATT TÄNKA PÅ VID UTREDNING AV ÖVERVIKTIGA/FETA PATIENTER MED ANDRA SJUKDOMAR

För att garantera god kvalitet på utredningar och behandling bör vikt och midjemått anges vid remittering för utredning med ultraljud, MRT, CT, termokamera och angiografi samt vid remittering för gynekologisk undersökning eller operativa ingrepp.

”Sammanfatta utredningsresultat. Fatta beslut om intervention i samråd med patienten. Formulera rimliga mål och delmål.”

Kompletterande utredning

Utred om det finns tydliga hinder för att påbörja aktiv viktreduktionsbehandling (medicinska, psykiska, sociala, bristande motivation, stress). I så fall ge stöd till patienten att undanröja sådana hinder innan aktiv behandling inleds.

Beslut om behandling och målformulering

Sammanfatta utredningsresultat. Fatta beslut om intervention i samråd med patienten. Som stöd för beslut kan stadieindelningen Tabell på sidan 93, användas. Formulera rimliga mål och eventuella delmål för behandlingen. Både patient och behandlare måste vara införstådda med att all behandling ska vara långsiktig. Det är därför viktigt att patienten är mentalt beredd på detta och inte förväntar sig snabba men obeständiga lösningar.

Uppföljning av behandlingsmål

Fortlöpande uppföljning av behandlingsmål bör ske under hela behandlingstiden. Vid behandling med läkemedel har viktkontroll vid tre månader satts som gräns för att avgöra om behandlingen är effektiv eller om den ska avslutas. Utvärdera behandlingseffekten: kan patienten övergå till vidmakthållandefasen eller behövs ytterligare viktreduktion? Planera i samråd med patienten. Överväg remiss till specialistklinik eller kirurgisk behandling för patienter som uppfyller remisskriterierna (se nedan).

Behandlingens fyra steg

Steg 1 Kunskapsöverföring

SYFTE

Steg 1 är en förberedelse till det fortsatta arbetet med viktreduktion. Det ska på ett resurseffektivt sätt erbjuda patienterna kunskap om riskerna med övervikt och vinsterna med viktreduktion, om kost, energiomsättning och fysisk aktivitet. Det ska också skapa realistiska förväntningar på behandlingsresultat genom att patienten får kunskap om de begränsningar som finns i behandlingsutbudet.

Föreläsningarna kan ge en insikt om betydelsen av långsiktig livsstilsförändring och motivation för att påbörja livsstilsförändring och viktreduktion. Föreläsningarna kan dessutom göra det möjligt för vårdgivaren att tidigt identifiera patienter med otillräcklig motivation eller andra hinder och introducera en problemlösningssmodell för livsstilsförändring, till exempel med hjälp av enkla hemuppgifter som anknyter till ämnet för varje föreläsning

EVIDENS

Kunskap enbart leder inte till beteendeförändring men det är en viktig del i beslutsprocessen när livsstilen ska förändras. För att kunna förflytta sig i förändringshjulet behöver personen komma till insikt om att vikten utgör ett hot mot hälsan nu eller i framtiden (läs om förändringshjulet i Hur förändras livsstil? sidan 42).

INNEHÅLL

Erbjud kunskap om kost, fysisk aktivitet och om riskerna med övervikt/fetma skriftligt eller vid ett enskilt besök hos sjuksköterska för lågriskpatienter eller i form av fem strukturerade informationstillfällen/föreläsningar för övriga patienter. En patient bör ha fullföljt föreläsningsserien innan han/hon fortsätter till nästa steg i behandlingen. Patienten uppmanas att själv boka tid hos sjuksköterska eller läkare enligt de rutiner som utarbetats hos vårdgivaren för att planera fortsatt arbete med viktreduktion.

FAKTA

Innehåll i föreläsningsserie

FÖRELÄSNING 1 (LÄKARE ELLER SJUKSKÖTERSKA)

- Orsaker till övervikt
- Hälsorisker och följsjukdomar samt vinsterna med viktnedgång
- Den relativa betydelsen av livsstilsfaktorer, kost och motion, och andra behandlingsalternativ för viktreduktion
- Diskutera begreppet energibalans
- Diskutera motivation

FÖRELÄSNING 2-4 (DIETIST)

- Måltidsordning
- Tallriksmodellen
- Fett, kolhydrater, fibrer

”Föreläsningarna kan ge en insikt om betydelsen av långsiktig livsstilsförändring och motivation för att påbörja livsstilsförändring och viktreduktion.”

- Drycker, inkl alkohol
- "Dieter" och myter kring mat och viktnedgång

FÖRELÄSNING 5 (SJKGYMNAST)

- Energiomsättning, basalt och vid fysisk aktivitet
- Betydelsen av fysisk aktivitet för viktstabilitet och vidmakthållande
- Relativa betydelsen av fysisk aktivitet och kost för viktreduktion
- Vardagsaktivitet kontra motion
- Andra positiva effekter av fysisk aktivitet
- "Hur lite kommer man undan med?"
- Fysiska hinder, avlastning, lösningar, redskap/hjälpmiddel
- Motionsformer

Steg 2 Aktivt stöd till livsstilsförändring

SYFTE

För att vikten ska minska på ett bestående sätt krävs att patienten förändrar sin livsstil. Interventionen bör riktas mot både kost och fysisk aktivitet. Den ska syfta till att åstadkomma en negativ energibalans med hälsosam kost som resulterar i ca 0,5 kg viktreduktion/vecka samt ökad fysisk aktivitet. Målet bör vara positiva hälsoeffekter och en bestående livsstilsförändring.

EVIDENS

Det finns god evidens för positiva hälsoeffekter av livsstilsintervention (kost och fysisk aktivitet) vid begynnande metabola komplikationer (t.ex. typ 2 diabetes, PCOS) och mekaniskt utlösta följsjukdomar. Detta gäller även om viktreduktionen på gruppnivå stannar vid cirka fem procent av ursprungsvikten. Ökad fysisk aktivitet kan ge hälsoeffekter även vid viktstabilitet. En mindre andel individer uppnår betydligt större viktreduktion med enbart livsstilsförändring. Enbart kostförändring ger större effekt på vikten än enbart ökad fysisk aktivitet. Kombinationen av båda ger störst effekt. Effekten förstärks ytterligare genom användning av strukturerade kognitiva eller beteendeterapeutiska arbetsmanualer. Livsstilsförändring är en förutsättning för behandling med viktreducerande läkemedel och även för att kirurgisk behandling ska vara framgångsrik.

INNEHÅLL

Att ändra livsstil kan vara krävande, men vissa välmotiverade patienter söker själva stöd från omgivningen och behöver begränsade insatser från sjukvården. Viktväktarna och självhjälpssgrupper med anknytning till lokala patientföreningar är exempel på organiserade resurser som ligger utanför sjukvården men som är värdefulla samarbetsparter. Dessa program bör innehålla några viktiga komponenter om det ska vara motiverat för sjukvården att hänvisa patienter dit (se faktaruta sidan 100). En motiverad patient kan följas upp med glesa återbesök, men vårdgivaren bör vara beredd till intervention om patientens motivation sviktar.

Andra patienter behöver förutom stöd och uppmuntran även aktiv handledning för att kunna förändra sin livsstil (se kapitlet Hur förändras livsstil? sidan 33). Arbetet bör vara strukturerat och utvärderas efter hand.

Det finns flera arbetsmanualer för livsstilsförändring som kan användas vid behandling både i grupp och vid enskilda besök. Grundläggande råd för hur kost och fysisk aktivitet kan användas i behandlingen finns i respektive avsnitt.

Det finns i dag inget enkelt och tillförlitligt sätt att mäta patienternas energibehov. De formler som kan användas för att beräkna energibehovet kan, särskilt vid grav fetma, överskatta behovet med upp till 1000 kcal/dygn. I behandlingen bör därför patienten handledas i att själv finna en lagom nivå för sitt energiintag och sin fysiska aktivitet med hjälp av regelbundna viktkontroller. Snabb viktnedgång (>1,5 kg/vecka) bör undvikas, utom vid kirurgisk behandling av fetma.

Kontinuitet i patientens kontakt med vården förefaller vara viktigare för slutresultatet än hur tätt besöken sker. Oavsett hur stödet för aktiv livsstilsförändring förmedlas (i grupp eller enskilt) bör man utvärdera insatserna i samråd med patienten efter cirka sex månader och ta ställning till den fortsatta behandlingen.

FAKTA

Viktreduktionsprogram utanför sjukvårdens regi

- Vissa självhjälpsprogram och kommersiella viktreduktionsprogram inklusive internet kan vara ett värdefullt komplement till sjukvårdens insatser. En förutsättning är att de uppfyller följande kvalitetskriterier:
- Hjälper individer att sätta rimliga viktmål
- Fokuserar på långsiktig livsstilsförändring innefattande både hälsosam, balanserad kost och fysisk aktivitet
- Bygger på beteendeterapeutiska strategier
- Erbjuder stöd till livsstilsförändring under längre tid

ENSKILDA BESÖK

Enskilda förbokade besök hos vårdgivare kan varvas med korta besök på drop-in mottagning ("viktpol"). Då kan man uppnå hög kontinuitet på ett resursbesparande sätt. Enskilda besök hos dietist bör erbjudas patienter med specifika behov av kostrådgivning (t.ex. vid födoämnesintolerans och allergier).

VIKTGRUPPER

Gruppbehandling är ett effektivt sätt att nå flera patienter. Patienterna har stöd av varandra även om varje patient arbetar utifrån sin egen unika situation. Skillnader i ålder och BMI behöver inte vara ett hinder för gruppbehandling.

VIKTPOL

Med "Viktpol" menas en drop-in-mottagning utan tidsbeställning för vägning och kort avstämning med behandlaren om aktuella strategier. Distriktssjuksköterskans öppna mottagning lämpar sig väl för denna mottagningsform. Fördelen är att patienten själv får ta ställning till hur tät kontakten bör vara. En förtroendefull relation med patienten är viktig; betona betydelsen av att återkomma även när motivationen sviktat en tid.

Steg 3 Tillägg av läkemedel

SYFTE

Patienter som inte uppnår önskat resultat med avseende på vikt, riskfaktorer och sjukdomsbild ska erbjudas tilläggsbehandling med läkemedel. Denna behandling kan aldrig ersätta arbetet med livsstilsförändring men kan vara ett värdefullt komplement.

Indikationen för farmakologisk behandling av övervikt och fetma är enligt FASS:

”Som tillägg till icke-farmakologisk behandling, när denna inte har räckt för att uppnå eller bibehålla en viktninskning på minst 5 procent under tre månader.”

EVIDENS

Läkemedelsbehandling ger i genomsnitt 3–5 kg större viktreduktion än placebo när den kombineras med livsstilsintervention under två och upp till fyra år. Spridningen är dock mycket stor; cirka 15 procent fler når en viktninskning på mer än 10 procent jämfört med placebo medan andra kan vara viktstabila eller öka i vikt under behandling. Detta återspeglar sannolikt att mekanismerna bakom viktökning kan skilja mycket mellan varje enskilt fall. Behandling med Xenical är förenat med minskad diabetesincidens och förbättrad glykemisk kontroll. Viktninskning inducerad av Reductil åtföljs av positiva förändringar i serumlipider och glykemisk kontroll hos patienter med dyslipidemi respektive typ 2 diabetes. En studie av effekten av Reductil på morbiditet och mortalitet samt långstidsbehandling beräknas vara klar under 2010. Det finns ingen evidens för att det skulle löna sig att kombinera Xenical och Reductil *.

INNEHÅLL

Läkemedelsbehandling bör alltid vara en del av ett strukturerat behandlingsprogram som inkluderar livsstilsintervention. I vissa fall kan läkemedelsbehandling övervägas i ett tidigare skede i behandlingen än vad som framgår av flödesschemat för behandling. Här får patientens tidigare erfarenheter av viktreduktion vägas in. I enstaka fall kan läkemedelsbehandling erbjudas patienter som av någon anledning inte helt kan följa livsstilsprogrammet, men som ändå kan få gynnsam effekt av läkemedel.

Det saknas säkerställda prediktorer för vilka patienter som bäst svarar på behandling med respektive preparat. För att tidigt upptäcka ”non-responders”, patienter som inte svarar på behandling, bör behandlingen utvärderas efterhand enligt riktlinjer i FASS för respektive preparat, men senast efter tre månader. Vid utebliven viktreduktion (<5 procent) avbryts behandlingen eller överväg preparatbyte.

För Xenical är behandlingstiden obegränsad för patienter med:

BMI ≥ 30

BMI ≥ 28 vid ytterligare riskfaktor

För Reductil* är rekommenderad behandlingstid upp till 1 år för patienter med:

BMI ≥ 30

BMI ≥ 27 vid ytterligare riskfaktor såsom typ 2 diabetes eller dyslipidemi

2008 ingår båda medlen i läkemedelssubventionen för patienter som vid behandlingsstart har BMI ≥ 35 eller BMI ≥ 28 och typ 2 diabetes. Reductil* är också subventionerat vid BMI ≥ 28 vid dyslipidemi.

Preparaten har mycket olika verkningsmekanismer. Hos patienter som har ett högt energiintag med övervägande kolhydrater kan Xenical ha sämre effekt än hos patienter som har en hög andel fett i kosten. Reductil* kan möjligen vara mer effektivt hos patienter med ökat sug och ett känslomässigt styrt ätande. Behandling med Reductil* kräver kontroller av puls och blodtryck. För detaljerat schema, dosering, farmakokinetik, interaktioner och noggrann biverkningsrapportering, se FASS.

FAKTA

De viktreducerande preparat som finns registrerade i Sverige (2008)

XENICAL® (Orlistat) hämmar bukspottskörtelns fettspjälkande lipas vilket medför att 30 procent av kostens fett följer med ut i avföringen. För stort fettintag ger besvärande fettdiarréer. Sådana kan förebyggas genom att fettinnehållet i kosten minskas och då upplever patienten inga som helst biverkningar. Xenical kan således liknas vid ett fetma-antabus och patienten går ner i vikt antingen genom energiförluster på grund av minskat fettupptag eller genom att hålla en fettfattig diet och slippa besvären. De gastrointestinala biverkningarna är oftast övergående.

REDUCTIL® (Sibutramine) minskar återupptaget av signalsubstanserna noradrenalin och serotonin (SNRI-preparat) i CNS. Preparatet ökar mättnadskänslan och har även en viss termogenetisk effekt. Biverkningarna är muntorrhet, sömnbesvär, förstoppning, hjärtklappning samt blodtrycksstegring. Viktreduktionen med Reductil* är dosrelaterad och idag finns kapslar på 10 och 15 mg tillgängliga.

**OBS! Reductil är för närvarande ej ett alternativ p.g.a indragen marknadsföring. (febr 2010)*

Steg 4a Remiss till specialistenhet för medicinsk fetmabehandling

SYFTE

Om patienten gått igenom steg 1 till och med 3 enligt ovan och ändå inte uppnått behandlingsmålen bör remiss till specialistbehandling övervägas. I komplicerade fall, där primärvården tvekar att behandla, kan patienter remitteras direkt till specialist för bedömning och/eller behandling. För patienter som behöver multidisciplinärt omhändertagande krävs fortsatt utveckling av samarbete mellan specialistkliniker (obesitasteam, psykiatri, smärtklinik, rehabiliteringsklinik m.m.). Observera att patientens motivation och praktiska förutsättningar att delta i ett omfattande viktreduktionsprogram alltid bör tas med i bedömningen inför remittering.

EVIDENS

Det finns evidens för att tät behandlingskontakt med ett multidisciplinärt behandlingsteam ger bättre behandlingsresultat. Behandling av svår fetma kan kräva specifik tvärvetenskaplig kompetens.

NÄR SKA VILKA PATIENTER REMITTERAS?

Remiss till specialistbehandling sker i samråd med patienten. Vid indikation för fetmakirurgi (se sidan 105) hos patienter som önskar detta riktas remissen primärt till kirurgisk specialistklinik. Patienter med obehandlade psykiatriska diagnoser/symptom bör erbjudas riktad behandling av dessa före eller parallellt med remiss till specialistklinik (läkemedel, samtalskontakt, terapi).

Patienter med komplicerad sjukdomsbild kan remitteras för bedömning/konsultation, men behandlingen bör ske hos den ordinarie vårdgivaren eller i samverkan (utvecklingsområde). Detta gäller till exempel patienter med nedsatt psykisk funktionsnivå och patienter med hypothalamusskador (tumörer, trauma) eller annan svår somatisk sjukdom med uttalat vårdbehov.

Patienter med extrem och/eller komplicerad fetma bör remitteras för bedömning, men behandlingen kan i en del av fallen ändå följa vårdprogrammet och ske i primärvård:

- a. Patienter med BMI >50
- b. Patienter med BMI >40 och grava komplikationer

När behandling enligt vårdprogrammet (steg 1–3) inte givit önskat resultat (se behandlingsmål i flödesschemat), trots att patienten fortfarande är motiverad att arbeta med livsstilsförändring. Patienter med BMI >35 eller >30 med följsjukdomar prioriteras. Endast då det föreligger synnerliga skäl kan patienter med BMI <30 behandlas vid specialistklinik.

Andra komplicerande tillstånd där primärvården känner tvekan att behandla. Det gäller till exempel vissa patienter med insulinbehandlad diabetes, med andra allvarliga sjukdomar (hjärtsvikt, njursvikt), vid farmakologiskt inducerad fetma samt patienter med påtagligt stort ätbeteende som inte uppfyller kriterier för vård på ätstörningsenhet (se sidan 110).

Ålder: Patienten ska vara över 18 år. Vid högre ålder än 65–70 år prioriteras endast patienter som förväntas få betydande vinster av viktreduktion (se Övervikt och fetma hos äldre sidan 113).

Behandling vid specialistklinik

Vid en specialistklinik bör det finnas obesitasteam med hög specifik kompetens för utredning och behandling av övervikt och fetma. Teamet bör bestå av dietist, sjuksköterska, sjukgymnast, läkare samt psykolog eller beteendeterapeut. Patienterna erbjuds intensifierad behandling i grupp och/eller enskilt. Livsstilsintervention med kost, fysisk aktivitet och motivationsarbete med kognitiv inriktning är grund för behandlingen. Läkemedel och lågkaloridiet används som komplement. Teamet bör ha ett integrerat samarbete med kirurger för bedömning av patienter som är

lämpliga för fetmakirurgi. Även samverkan med andra specialister är nödvändig. Under behandlingens gång planeras aktivt för uppföljning av patienten i primärvården eller hos annan vårdgivare. Enstaka patienter kan ha behov av långtidsbehandling på specialistmottagning.

Personal på specialistklinik ska ha tid för metodutveckling och forskning och för att kunna ge primärvården kompetensstöd inom området övervikt/fetma. Specialistenheterna inom Stockholms läns landsting samarbetar och bidrar till en gemensam kompetensutveckling inom övervikts-/fetmaområdet.

Vid specialistklinik behandlas patienter som har svår fetma med hög komplikationsrisk. Uppföljning och behandling av andra sjukdomar sker hos ordinarie vårdgivare om inte annat överenskommits.

I Stockholm finns i dag tre mottagningar för specialistbehandling av fetma:

- Motvikt, Danderyds Sjukhus
- Överviktscentrum Norrtull; Norrtullsgatan 14; Karolinska Universitetssjukhuset
- Metabol Riskmottagning M71, Karolinska Huddinge

Till Motvikt och Överviktscentrum Norrtull remitteras patienter enligt ovanstående remisskriterier med hänsyn till geografisk närhet.

Till den Metabola Riskmottagningen remitteras personer med hög metabol risk och behov av optimering av behandling av metabola riskfaktorer, diabetes, hypertoni, dyslipidemi parallellt med viktreduktion. Dessa patienter behandlas inte vid Överviktscentrum utan vidarebefordras i förekommande fall till Metabola Riskmottagningen.

VIKTIGT

Vilka uppgifter ska stå i remissen?

- Anledning till specialistremiss
- Vikt, längd, BMI
- Aktuella labvärden (se "Utredning")
- Tidigare behandlingsförsök inom sjukvården och resultatet av dessa
- Tidigare seriöst viktreduktionsförsök utanför sjukvården och resultat
- Följsjukdomar och riskfaktorer
- Övriga sjukdomar
- Aktuella läkemedel, särskilt eventuella vikthöjande preparat
- Behov av tolk eller taltjänst
- Eventuella funktionshinder
- Vid psykiatriska diagnoser bör uppgift om kognitiv funktionsnivå finnas

Steg 4b Remiss till specialistenhet för kirurgisk behandling av fetma

Kirurgisk behandling mot fetma har en säkerställd viktreducerande effekt som består över lång tid (>10 år). Dessutom är det helt klart att kirurgiskt inducerad viktreduktion leder till förbättring av sjukdomstillstånd kopplade till fetma såsom diabetes. Kirurgisk behandling mot fetma leder också till

lägre dödlighet. Kirurgisk behandling är dock inte lämpad för alla patienter med fetma och behandlingen innebär stora förändringar i patientens liv.

INDIKATIONER FÖR KIRURGI*

- Personer med kroppsmasseindex (BMI) ≥ 35 kg/m² uppfyller kriterier för att kunna övervägas för kirurgi
- Ålder 18–60 år. Hos patienter över 60 år görs en individuell bedömning av patientens biologiska ålder. Kirurgisk behandling av växande barn och ungdomar bör ske inom ramen för kontrollerade studier tillsammans med barnmedicinsk expertis
- Patienten ska ha gjort seriösa försök till vikttnedgång med konventionell behandling och helst även i kombination med farmaka
- Patienten måste kunna ta till sig information och förstå konsekvensen av den kirurgiska behandlingen
- Missbruksanamnes utgör en relativ kontraindikation till kirurgi

* Dessa indikationer gäller i väntan på Socialstyrelsens nationella riktlinjer för kirurgisk behandling av fetma.

TILLGÄNGLIGA OPERATIONSMETODER

Den helt dominerande operationsmetoden i Stockholm och i Sverige är gastric bypass. I Stockholm utförs även gastric banding.

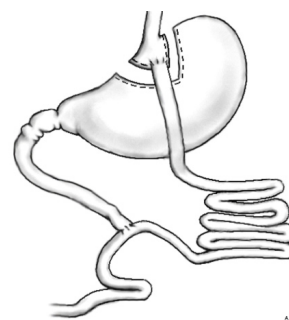
Gastric bypass, GBP (Figur intill). Utförs vid alla sjukhus som utför fetmaoperationer i Stockholm.

Vid operationen skapas en liten ficka i magsäckens övre del, med en volym om cirka 30 ml, med hjälp av suturmaskiner som delar ventrikeln. En tunntarmsslynga dras upp till den övre fickan så att födan shuntas förbi största delen av magsäcken och hela tolvfingertarmen. Tarmslyngan brukar mäta 100 cm och här är näringsupptaget försämrat samtidigt som födointaget begränsas av den lilla fickan. Efter GBP förändras frisättningen av olika tarmhormoner som påverkar aptit och sockeromsättning. Denna förändring antas bidra till vikttnedgång och gynnsam effekt på diabetes.

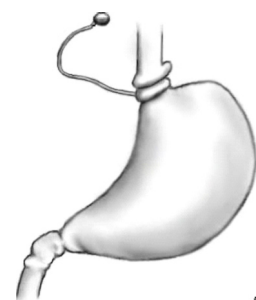
Adjustable gastric banding, AGB (Figur intill). Utförs på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Ett reglerbart band av silikon placeras runt övre delen av magsäcken. En liten ficka motsvarande 30 ml skapas. Till bandet kopplas en subkutan injektionsport som placeras under huden på bröstbenet. Vätska injiceras i dosan så att utloppet till resten av magsäcken minskas vilket medför sämre möjlighet till alltför stort födointag.

Både GBP och AGB utförs i allmänhet med laparoskopisk (titthål) teknik. Vårdtiden efter laparoskopisk GBP operation är två till tre dagar och efter AGB en till två dagar. Knappt fem procent av de operationer som påbörjas laparoskopiskt konverteras till öppen operation, oftast beroende på en stor vänster leverlob eller sammanväxningar från tidigare bukingrepp, vilket försvårar laparoskopisk teknik. Efter öppen operation är vårdtiden cirka fyra dagar.



Gastric bypass, GBP



Adjustable gastric banding, AGB

HUR FUNGERAR FETMAKIRURGI

GBP är en delvis reversibel metod. Den kombinerar restriktivitet med viss malabsorption och förändrad frisättning av olika tarmhormoner som påverkar hunger och mättnad. Ett flertal studier har visat att nivåerna i blodet av glukagon-lik peptid-1 (GLP-1) och peptid YY (PYY) är högre efter måltid hos de som opererats med GBP. GLP-1 och PYY har båda visat sig hämma födointag om det ges till både normalviktiga och överviktiga. GLP-1 har också en positiv effekt på glukosomsättning genom att GLP-1 stimulerar insulinfrisättning och hämmar glukagonfrisättning. Det finns även studier som indikerar att det finns en koppling mellan halterna av dessa hormoner i blodet efter operation och graden av viktnedgång. Hur stor betydelse den malabsorptiva delen av denna operation utgör är omtvistat. Somliga patienter som opererats med GBP kan uppleva ”dumping”, vilket innebär blodtrycksfall med illamående, yrsel och hjärtklappning. Dumping orsakas av att mat, framförallt kolhydrater, alltför snabbt kommer ut i jejunum från den lilla fickan. Alltför stort intag av fett kan leda till diarréer.

AGB är en reversibel och rent restriktiv metod. Patienten måste ändra sitt ätbeteende till förmån för regelbundna och mindre måltider. Den ökade mättnad som kan upplevas efter AGB kan bero på att den övre fickan tänjs ut mer än tidigare vilket teoretiskt kan leda till ökad signalering i afferenta vagus fibrer och därmed ökad mättnadskänsla. Överätning efter denna operationsmetod kan leda till kräkningar.

TIDEN EFTER OPERATION

Den första månaden efter operation bör patienterna hålla sig till flytande kost för att anpassa sig till de nya förhållandena. Därefter sker en successiv övergång till fast föda. Det är viktigt att maten tuggas noggrant efter operationen. Vid samtliga sjukhus får patienterna träffa dietist vid upprepade tillfällen för att få mer utförlig kostinformation. Den största delen av viktnedgången sker de första sex månaderna men kan fortgå upp till 18 månader efter operation.

POSITIVA EFFEKTER AV OPERATION

Det finns ett flertal studier, däribland den svenska SOS-studien, som har visat att överviktskirurgi leder till långvarig viktnedgång (15 år). Man kan räkna med att patienter som opererats med gastric bypass går ner cirka 30 procent och AGB 20 procent under de första två åren efter operation. Det är viktigt att påpeka i sammanhanget att få patienter går ner till normalvikt. Det saknas eller finns få randomiserade studier där operation jämförs med annan behandling. Inom området fetmakirurgi finns en stor studie där man jämfört fetmakirurgi mot behandling i öppenvård (SOS-studien). Inom ramen för denna studie fick man inte randomisera enligt etisk kommitté utan man matchade patienterna i stället på ett flertal olika variabler. SOS-studien och ett flertal populationsbaserade studier har visat att överviktskirurgi leder till minskad mortalitet, både hos män och kvinnor. SOS-studien har också visat att operation mot fetma snabbt förbättrar den metabola kontrollen hos patienter med typ 2 diabetes och förhindrar nyinsjuknande i diabetes. Vad gäller blodtryck så finns det stora amerikanska singelcenterstudier som visar på förbättringar efter kirurgi, men detta

har inte bekräftats av SOS-studien. Övriga positiva effekter av överviktskirurgi finns listade i faktarutan och de kommer från meta-analyser av singelcenterstudier.

NEGATIVA EFFEKTER AV OPERATION

Dödligheten efter fetmakirurgi i Sverige är idag 0,2 procent. Förutom komplikationer i samband med och efter operationen såsom anastomosläckage, tarmvred, blödning, infektion och trombos utvecklar en del patienter som inte kan förändra sitt ätbeteende kräkningar efter operation. Vissa patienter som är opererade med AGB upplever mer gastroesofageal reflux efter operation. Detta är dock ovanligt efter GBP och patienter som har gastroesofageal reflux bör därför rekommenderas GBP i stället för AGB.

Vitamin- och mineralbrist är ovanligt efter AGB, men brist på B12 och folsyra kan förekomma efter GBP. Alla patienter rekommenderas dagligt tillskott av multivitamin dagligen och substitution av B12 och folsyra. Extra tillskott av kalk och vitamin D kan behövas. Kvinnor med riklig menstruation kan behöva järntillskott. Regelbunden kontroll av dessa vitaminer/mineraler bör ske (årligen).

Matrester kan fastna vid bandet (AGB) eller i övergången mellan magsäcksfickan och tunntarm (GBP) vilket orsakar kräkningar och ofta kräver gastroskopi för avlägsnande av den "främmande kroppen". Graviditet bör undvikas under första året efter operation då viktneigången är som störst. Vid graviditet bör överviktsopererade patienter skötas vid specialistmödravård för att säkerställa tillväxten hos fostret. Det finns dock ett flertal studier som visat på positiv effekt på graviditet och mindre risk för komplikationer i samband med graviditet efter fetmakirurgi.

Det finns en risk för re-operation, dvs. att en ny operation måste göras, för att den ursprungliga operationen inte längre fungerar som den ska. Risken för re-operation är högre för AGB än för GBP. Exempel på orsak till re-operation är att bandsystemet inte fungerar eller att bandet glidit upp på magsäcken.

Vidmakthållande – långtidsuppföljning

SYFTE

Att stötta patienten i att utveckla strategier för att vidmakthålla en ny livsstil.

EVIDENS

Kunskapen inom området är bristfällig. Det finns cohort studier med patienter som gått ner och hållit vikten och som har summerat beteendestrategier som ligger till grund för arbetet med viktstabilitet. Gemensamt för dem som behållit en viktminskning mer än tre år, är att de minskat sitt fettintag, motionerar och väger sig regelbundet.

INNEHÅLL

Vidmakthållande av en lägre vikt kan kräva andra strategier än de som används under viktminskningssfasen. Arbetet inleds redan i behandlingsfasen som avslutas med att patienten och behandlaren tillsammans upprättar en konkret plan för hur viktmakthållande ska fortsätta.

FAKTA

Några positiva effekter av överviktskirurgi

- Lägre dödlighet
- Förbättrad metabol kontroll
- Färre nyinsjuknade i typ 2 diabetes
- Bättre blodtryckskontroll
- Mindre ledsmärtor
- Ökad fertilitet (kvinnor)
- Bättre livskvalitet
- Bättre blodfetsksprofil
- Mindre symptom/förekomst av sömnapné

De resurser som totalt satsas på viktninskning utnyttjas bäst om resurser också avsätts för att vårdgivare ska kunna hjälpa och stödja patienten att behålla den nyvunna viktnivån. Oavsett om vikten minskat genom beteendeterapi, fysisk aktivitet, läkemedel eller på annat sätt bör viktstabilitet efter viktninskning få en betydligt mer framskjuten plats än den har idag. Det är av central betydelse att långtidsstrategier utvecklas i samarbete mellan patient, primärvård och specialistvård.

Primärvården har i många fall kontakt med en stor del av sina listade patienter varje år. Den kontakten kan användas i arbetet med att uppmärksamma, initiera och motivera till viktninskning och även utnyttjas för att följa patienter i viktstabilitetsfasen. Vårdgivaren bör hjälpa varje enskild patient som behöver det att kartlägga vad som hindrar och vad som underlättar dennes strävan att vidmakthålla en lägre viktnivå. Patienten vidtar på egen hand de åtgärder som lagts in i en viktstabilitetsplan. Om patienten återfaller till tidigare vanor ska han eller hon snabbt kunna återknyta till vårdgivaren för att få hjälp.

FAKTA

Tips för arbetet med att hjälpa en patient att vidmakthålla nya vanor

- Definiera tillsammans med patienten en övre gräns för acceptabel viktuppgång (som regel 3 kg över den nivå som vikten planat av på)
- Uppmuntra patienten att väga sig minst varje vecka och markera sin vikt på en viktkurva (alternativt komma regelbundet på viktvalsbesök) för att på tidigt stadium upptäcka viktuppgång och aktivera strategier för att gå tillbaka till målvikten
- Följ upp patienten med kontroll av viktkurva var 6:e månad första två åren, därefter årligen

Lågkaloridiet

Very Low Calorie Diets (VLCD) och Low Calorie Diets (LCD) är kompletta dieter som innehåller proteiner, mindre mängd kolhydrater, vitaminer, mineraler, spårämnen och essentiella fettsyror. Energinivån är 400–800 kcal/dygn i VLCD och 800–1200 kcal/dygn i LCD. Tillstånd från Livsmedelsverket krävs för att ett företag ska få sälja en viss VLCD-produkt (SLVFS 1997:30). Trots att säkerheten bedöms som god vid korrekt användning av VLCD rekommenderas inom EU att energiintaget ska ökas till LCD-nivå. Viktnedgången är mest uttalad de första dygnet då glykogenförråden i kroppen bryts ned och vatten bundet till glykogen förloras. Vid fortsatt halvfasta kommer fettdepåerna att förbrännas och ketonkroppar bildas som tros minska aptiten och i vissa fall ge ett lätt euforiskt stämningsläge via central påverkan.

EVIDENS

Lågkaloridiet ("halvfasta") ger snabb och uttalad effekt på vikten på kort tid. På längre sikt (2-årsuppföljning) ger kombination med lågkaloridiet under en period i genomsnitt ett par kg större viktreduktion än enbart

livsstilsintervention. Viktnedgången är likvärdig vid VLCD och LCD behandling. Säkerheten är god på kort sikt hos i övrigt friska individer.

INDIKATIONER

VLCD eller LCD används i vissa fall preoperativt inför fetmakirurgi eller på specialistklinik för patienter med komplicerad fetma. Pulver för beredning av lågkaloridiet finns även i handeln för egenvård och används i inlednings-skedet i vissa kommersiella viktreduktionsprogram, som kan hänvisa patienten till ordinarie läkare för kontroll före fastan.

FAKTA

Kontraindikationer för lågkaloridiet

- Ålder <18 år
- Normal vikt BMI <25
- Typ 1 diabetes
- Graviditet
- Ätstörning (hetsättningsstörning enligt DSM IV eller tidigare anorexi/bulimi)
- Allvarlig psykisk sjukdom
- Annan svår sjukdom
- Tumörsjukdom
- Nyligen genomgången hjärtinfarkt
- Svåra födoämnesallergier

Biverkningar – säkerhet

Säkerheten vid behandling av i övrigt friska individer under begränsad tid (<12 veckor) bedöms som god. Patienter som behandlas med antikoagulantia, antidiabetika, vätskedrivande och lipidsänkande preparat avråds från att använda lågkaloridiet utan tät kontakt med sin läkare. De som brukar motionera kan fortsätta med det medan ovana motionärer rekommenderas börja i lugn takt och öka successivt.

En del fastesymptom förekommer

- Hungerkänslor, irritation, trötthet, huvudvärk (främst de första dagarna)
- Frusenhet
- Torr hud
- Håravfall (övergående)
- Dålig andedräkt (ketoner)
- Mag-tarmsymptom
- Gallsten och gikt kan förekomma vid snabb, uttalad viktnedgång (oavsett metod)
- Hypotension

Måltidsersättning

Lågkaloripreparat kan också användas som måltidsersättning. Se kapitlet Kost sidan 119.

Patientgrupper med särskilda behov av överviktsbehandling

Patienter med ätstörningar och övervikt

Bulimi och hetsätningsstörning kan leda till övervikt och fetma. Vid dessa tillstånd finns en hög grad av samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd, främst ångest och depressionssjukdom. Patienter som uppfyller diagnoskriterier för ätstörning bör behandlas på enhet med specialkunskap inom psykiatri. Där inriktas behandlingen i första hand mot grundsjukdomen. I ett senare skede kan viktreduktionsbehandling i vissa fall ske på specialistklinik. Samverkan mellan vårdgivare är nödvändig.

Det kan förekomma ätstörningar som inte fångas upp i anamnesen. Detta kan i enstaka fall vara en förklaring till utebliven viktnedgång i ordinarie viktreduktionsprogram. Det finns dock inget som talar för att viktreduktionsbehandling med livsstilsintervention och läkemedel skulle utlösa eller förvärra en befintlig ätstörning.

FAKTA

Diagnoskriterier (DSM IV) för ätstörningar som kan leda till övervikt

BULIMIA NERVOSA F50.2

- Återkommande perioder av hetsätning
- Äter under avgränsad tid (t.ex. inom två timmar) väsentligt mer än de flesta skulle göra under samma omständigheter
- Känsla av kontrollförlust under episoden
- Återkommande olämpligt kompensatoriskt beteende för att inte gå upp i vikt, till exempel självframkallade kräkningar, missbruk av laxermedel, fasta eller överdriven motion
- Båda komponenter förekommer minst 2 ggr/vecka i minst 3 månader
- Självkänslan överdrivet påverkad av kroppsform

HETSÄTNINGSSTÖRNING UNS F50.9

- Återkommande episoder av hetsätning som vid bulimi men utan de olämpliga kompensatoriska beteenden som karakteriserar bulimin.

Vuxna med intellektuellt funktionshinder

Insatser för prevention och behandling av övervikt och fetma hos vuxna med intellektuellt funktionshinder (utvecklingsstörning) bör anpassas efter individens sociala och kognitiva funktionsnivå. Stor tonvikt läggs på det förebyggande arbetet. Vid fetma eller bukfetma ska behandlingstrappan för viktreduktionsbehandling användas om möjligt, men kan kompletteras med anpassat och lättillgängligt informationsmaterial. För personer i gruppboende eller på annat sätt med uttalat behov av stöd från kommunens personal bör personalen utbildas om risker med övervikt och fetma och få grundläggande kunskaper om kost och fysisk aktivitet för att stödja den funktionshindrade i det dagliga livet. Lättlästa, skrivna riktlinjer/

information som vänder sig direkt till den funktionshindrade behöver utarbetas. Material för vuxna med intellektuellt funktionshinder boende i gruppboende samt för personal i gruppboende och daglig verksamhet finns.

Patienter med medfödda eller förvärvade fysiska funktionshinder

Dessa patienter ska vid lämplig tidpunkt ges kostråd, aktivitetsråd och individuella träningsprogram för att anpassa aktivitetsnivån till funktionen. Behandlande läkare ska kontrollera vikt och initiera åtgärder enligt vårdprogram vid viktökning. Läkemedelsbehandling bör övervägas i ett tidigare skede.

Fetma vid medicinering

Viktuppgång förekommer som biverkning till behandling med flera läkemedel. Mekanismerna kan vara flera; dels kan några kilos viktökning tillskrivas vätskeretention vid behandling med till exempel insulin och kortison, dels kan grundsjukdomen medföra förändringar i livsstil med minskad aktivitet och ändrade kostvanor. Den viktigaste mekanismen vid mer uttalad viktökning är dock ökad aptit. Effekten av samma läkemedel kan variera starkt mellan individer.

FAKTA

Läkemedel som kan orsaka viktökning

- Neuroleptika (speciellt vissa atypiska neuroleptika)
- Antidepressiva (TCA, MAO-hämmare, Litium och vissa SSRI-preparat)
- Antiepileptika (karbamazepin, valproat)
- Migränmedel
- Insulin
- Sulfonylureapreparat
- Glukokortikoider

Patienter med psykisk sjukdom

Patienter med psykisk sjukdom och patienter som behandlas med vissa psykofarmaka löper ökad risk för övervikt och fetma. I en ännu opublicerad studie hade till exempel cirka 35 procent av psykopatienter i Stockholm BMI >30. Riskökningen ses vid flera diagnoser: kroniska psykosjukdomar, unipolär och bipolär affektiv sjukdom och ångestsyndrom. De begränsade data som finns talar för ökad risk för viktökning även vid ADHD och möjligen även vid autismspektrumstörningar. Patienter med kronisk psykosjukdom och affektiva sjukdomar har också ökad sjuklighet och dödlighet i somatisk sjukdom. Denna riskökning gäller särskilt kardiovaskulär sjukdom. Fetmarelaterade riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdom är också kraftigt ökade. Detta kan troligen till viss del tillskrivas ökad förekomst av övervikt och fetma, men livsstilsfaktorer och möjligen

genetisk sårbarhet kan också bidra. Vissa av de så kallade andra generationens antipsykotika tycks i sig kunna ha negativa metabola effekter (Tabell nedan).

Risk för metabola biverkningar vid användning av andra generationens antipsykotika

	VIKTUPPGÅNG	RISK FÖR DIABETES	FÖRSÄMRAD LIPIDPROFIL
Klozapin	+++	+	+
Olanzapin	+++	+	+
Risperidon	++	OE	OE
Quetiapine	++	OE	OE
Ziprazidon (a)	+/-	-	-
Aripiprazole (a)	+/-	-	-

+ ökar risk, – ingen eller låg grad av påverkan, OE oklar evidens men sannolikt påverkan i något mindre utsträckning än för klozapin/olanzapin, (a) färre studier tillgängliga

Det är därför särskilt angeläget att uppmärksamma både viktutveckling och metabola riskfaktorer vid byte eller nyinsättande av läkemedel (se Tabell sidan 113). Val av preparat bör i första hand styras av patientens grundsjukdom, men vid viktökning bör byte till mer viktneutrala medel övervägas i tidigt stadium. Regelbundna kontroller av vikt och riskfaktorer bör ske rutinmässigt vid behandling av psykisk sjukdom. Detta kan göras enligt nedanstående förslag på schema. Det finns evidens för positiv effekt av livsstilsintervention, både för att förebygga och behandla läkemedelsinducerad fetma hos psykiskt sjuka. Med tanke på den höga prevalensen av fetma i patientgruppen bör detta vara en integrerad del av det psykiatriska omhändertagandet. Detta har även införts i regionala och nationella vårdprogram för flera psykiatriska tillstånd. Flödesschemat för viktreduktion kan tillämpas i anpassad form. Vid misstanke om annan behandlingskrävande somatisk sjukdom remitteras patienten till rätt instans för vidare utredning och behandling.

Patienter som söker primärvård för psykiska ohälsa/utvecklad psykiatrisk sjuklighet (främst depression) bör behandlas på samma sätt som andra och erbjudas vägning och mätning.

Patienternas kognitiva och psykiatriska funktionsnivå kan vara begränsande för deras förmåga till livsstilsförändring. Dessa patienter har i många fall stöd från kommunen i form av boendestödjare, personliga assistenter eller personal på boenden. Med stöd och utbildning kan dessa personer hjälpa den funktionshindrade till en mer hälsosam livsstil.

Schemaförslag för monitorering vid nyinsättning eller byte av läkemedel med vikthöjande egenskaper.

(Anpassad efter nordamerikanska rekommendationer för behandling med antipsykotiska läkemedel.) Vid patologiska förändringar bör tätare kontroller ske.

	UTGÅNGSVÄRDE, VID NYINSÄTTNING	4 VECKOR	8 VECKOR	12 VECKOR	DÅREFTER VAR 3 MÅN	DÅREFTER ÅRLIGEN
Vikt	X	X	X	X	X	
Midjemått	X			X	X	
Blodtryck	X			X		X
F-glukos	X			X		X
Lipider (Totalkolesterol, LDL, HDL, Triglycerider)	X			X		X
Anamnes: Hereditet och symptom på bl.a diabetes, hjärtsjukdom, kost, fysisk aktivitet, rökning, alkohol.	X					X

Övervikt och fetma hos äldre

Hos patienter över 65 år med övervikt/fetma är sambandet mellan ökande BMI och sjukdomsrisk svagare än hos yngre och riskerna med undervikt är ökade. Ett BMI mellan 24 och 29 förefaller vara förenat med lägst hälsorisker bland personer över 65 år. Vid BMI > 35 ökar risken för försämrade ADL-funktion och livskvalitet. Bland personer över 80 år är svår fetma ovanlig och eventuella negativa konsekvenser av det ofullständigt undersökta. I den högsta åldersgruppen förefaller måttlig övervikt ha viss skyddande effekt.

Systematiska studier saknas av vinster och risker med viktreduktion för personer i högre ålder än 65 år. Viktminskning kan förbättra viktrelaterade följsjukdomar i alla åldersgrupper. För äldre bör dock detta ställas mot de negativa konsekvenser av den ökade förlust av bentäthet och muskelmassa som normalt sker med åldrandet men som förvärras vid viktreduktion. Målet med eventuell behandling bör vara att främja bra matvanor och fysisk aktivitet för att förhindra viktuppgång och förbättra fysisk funktion (ADL) och livskvalitet. Patienter mellan 65 och 80 år erbjuds aktiv viktreduktionsbehandling (Steg 2 i flödesschemat för behandling) endast då det är klart att behandling skulle ge betydande hälsovinster. Viktigt är då att bevaka nutritionsstatus, inklusive kalcium och vitamin D, och betona betydelsen av fysisk aktivitet för att minimera förlust av ben och muskelmassa.

De få studier av viktreduktion som inkluderat äldre talar för att följsamhet och effekt på vikten är lika goda eller bättre vid livsstilsintervention (kost och fysisk aktivitet) hos äldre än hos yngre. Snabb viktreduktion genom kraftigt minskat energiintag, inklusive VLCD-behandling rekommenderas inte. Läkemedelsbehandling är inte indicerat för patienter över 65 år på

grund av för lite erfarenhet. Kirurgisk behandling erbjuds endast undantagsvis till patienter äldre än 60 år på grund av den relativa operationsrisken. Hos patienter över 80 år avråds från viktreduktionsbehandling.

Vissa invandrargrupper

Inom vissa invandrargrupper förekommer övervikt och fetma i hög omfattning. Vårdprogrammet för viktreduktionsbehandling ska följas, men kan behöva anpassas beroende på patienternas språkkunskaper. För patienter som inte är svensktalande kan föreläsningsserie (Steg 1 i flödes-schemat för behandling) anordnas med tolk för grupper med samma språk. Manualbaserad behandling i grupp (Steg 2) kan vara svårare att genomföra om patienten har otillräckliga kunskaper i svenska, då sker behandling i stället vid individuella besök med tolk.

Kulturella skillnader i kostvanor förekommer, men det grundläggande budskapet för kostbehandling vid viktreduktion kan ändå tillämpas. I vissa grupper förekommer återkommande fasteperioder med varierande utformning. Effekten av dessa fasteperioder på viktutveckling och metabola riskparametrar är ofullständigt undersökt både på kort och lång sikt. De resultat som finns är motsägelsefulla.

Kvinnor med fetma i fertil ålder med graviditetsönskan

Vid graviditet och förlossning ökar risken för både fetala och maternella komplikationer men även risken för ofrivillig barnlöshet till följd av anovulation. Vid fetma är viktreduktion förstahandsåtgärd vid ofrivillig barnlöshet orsakad av anovulation. Mot bakgrund av att utfallet vid assisterad befruktning är sämre vid uttalad fetma i kombination med de ökade graviditetsriskerna har många landsting satt en BMI-gräns på cirka 30 för behandling med assisterad befruktning.

En stark graviditetsönskan kan vara motiverande, men kan också vara kontraproduktiv för effektiv viktreduktion till följd av den psykologiska belastning som följer av situationen. Vid fetma hos yngre kvinnor med graviditetsönskan bör därför aktivt stöd till viktreduktion erbjudas i tidigt skede.

Gravida

En uttalad viktökning under graviditeten medför en ökad risk för att övervikten kvarstår under livet. Fetma vid början av graviditeten medför ökad risk för komplikationer hos modern. Det gäller till exempel havandeskapsförgiftning, graviditetsdiabetes, kejsarsnitt och graviditets hypertoni. Fetma hos modern ger ökad risk för vissa missbildningar hos barnet, intrauterin fosterdöd och barn som är stora för tiden. Risken för framför allt preeklampsi hos modern och barn som är stora för tiden minskar om viktuppgången hålls nere under graviditeten.

Kvinnor med BMI > 35 bör träffa en gynekolog i början av graviditeten för

att få information om den riskökning för komplikationer som kvinnor med högt BMI har. I samband med läkarbesöket i början av graviditeten bedöms också om speciella interventioner behövs under graviditeten. Kvinnor med BMI > 30 bör också erbjudas besök hos dietist samt vid behov även erbjudas kontakt med sjukgymnast och/eller psykolog.

Viktkontroll under graviditet

Notera självrapporterad vikt före graviditet, beräkna BMI. Gör regelbundna vägningar för alla kvinnor under graviditeten: vid inskrivning i graviditetsvecka 8–12, i vecka 25 och 37 samt vid eftervårdsbesöket.

Gravida kvinnor med BMI > 30 vid inskrivningen bör erbjudas vägning vid varje besök hos barnmorskan på mödrahälsovården. Vägningstillfället ger också en bra möjlighet att samtala om mat och motionsvanor med den gravida kvinnan. För motiverade patienter kan mat- och rörelsedagbok med fördel användas.

Alla gravida ska vid inskrivningsbesöket hos barnmorskan informeras om bra kost för gravida och ammande kvinnor (se t.ex. www.livsmedelsverket.se). Det ökade behovet av energi (kalorier) under graviditeten är i månad 1–3, 80 kcal/dag (motsvarar en frukt), i månad 4–6, 300 kcal (motsvarar en frukt och ett matigt mellanmål) och i månad 7–9, 500 kcal (en frukt och två matigare mellanmål). En graviditet innebär inte att kvinnan ska öka sitt energiintag mer än detta men för att kvinnan ska må bra kan måltiderna behöva omfördelas så att energiintaget blir mer jämnt fördelade över dagen.

En frisk gravid kvinna med en normal graviditet kan fortsätta att motionera som hon gjorde innan hon var gravid. Kvinnor som är fysiskt inaktiva bör få hjälp med motiverande samtal för att börja röra på sig mer och försöka finna den fysiska aktivitet som de själva föredrar. Målet bör vara att röra sig minst 30 minuter dagligen. Med bra kost och motion under graviditeten kan stor viktuppgång under graviditeten förebyggas. Det ger också en bättre förutsättning för att kvinnan ska må bra under graviditeten.

Optimal viktuppgång med avseende på komplikationer hos modern under graviditeten, vaginal förlossning, tillväxthämning hos barnet m.m. har visats variera med BMI före graviditeten enligt följande:

BMI	VIKTUPPGÅNG
< 20	4–10 kg
20–25	2–10 kg
26–29	max 9 kg
> 29	max 6 kg

Dessa viktgränser är lägre än vad man tidigare angett vara optimal viktuppgång under graviditet. Viktuppgång med 9–10 kg motsvarar den ökade vikten under graviditet som består av ökad blodvolym, viktökning av livmoder, bröst, moderkaka, fostervatten och barnets vikt m.m. Det är därför viktigt att utesluta psykisk och fysisk sjukdom vid mycket låg viktuppgång

”Gravida kvinnor med BMI > 30 vid inskrivningen bör erbjudas vägning vid varje besök hos barnmorskan på mödrahälsovården.”

”Spädbarnsperioden är en period i livet då det finns en ökad beredskap att ändra vanor, som kan gynna hela familjen på sikt.”

under graviditeten. Gravida med högt BMI som lägger om sin kosthållning och börjar röra på sig under graviditeten får naturligt en begränsad viktuppgång under graviditeten.

Om viktuppgången snabbt ökar och verkar sluta på 15 kg eller mer för en kvinna med BMI <25 eller mer än 10 kg vid BMI >26 bör patienten erbjudas utökad information om kost och fysisk aktivitet. En noggrann anamnes är viktig för att ta reda på varför patienten ökat så mycket i vikt.

Efter förlossningen

Vid eftervårdsbesök ges information om kost och fysisk aktivitet. Patienten informeras om att hon bör ha återfått ursprungsvikten senast 12 månader efter förlossningen. Kvinnor som utvecklat någon allvarlig komplikation under graviditeten ska komma till läkare vid efterkontrollen för bedömning och bör remitteras vidare till husläkare vid behov av ytterligare uppföljning. Det är viktigt att uppmana kvinnan vid efterkontrollen att snarast återta fysisk träning som hon utövat innan graviditeten. De kvinnor som inte tidigare motionerat bör uppmanas att börja röra på sig. Spädbarnsperioden innebär en stor omställning för alla nyblivna föräldrar och det är en period i livet då det finns en ökad beredskap att ändra vanor, som kan gynna hela familjen på sikt. Amning kan möjligen bidra något till att kvinnan återtar sin tidigare vikt, men är av mindre betydelse. Ogynnsamma bieffekter av kraftig bantning under amning har diskuterats men det finns inga belägg för att amningen eller det ammade barnets tillväxt skulle påverkas negativt av att överviktiga eller feta mammor (BMI >25) minskar med upp till 0,5 kg/vecka med hjälp av allsidig, energireducerad kost och fysisk aktivitet.

REFERENSER

Allmänt

Fetma – problem och åtgärder. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Gul rapport nummer 160, 2002

Förebyggande åtgärder mot fetma. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Gul rapport nummer 173, 2004

Hainer V, Toplak H, Mitrouk A. *Treatment modalities of obesity: what fits whom?* Diabetes Care. 2008 Feb;31 Suppl 2:S269-77

Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM; *Diabetes Prevention Program Research Group.* Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002 Feb 7;346(6):393-403

Lau DCW, Douketis JD, Morrison K, et al; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 *Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children [summary]*. CMAJ 2007;176(8 Suppl):S1-13. [For the complete set of guidelines, go to www.cma.ca/cgi/content/full/176/8/51/DC1]

Lemmens VE, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. A systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. Obes Rev. 2008 Sep;9(5):446-55

Lyznicki JM, Young DC, Riggs JA, et al. *Obesity: assessment and management in primary care.* Am Fam Physician 2001;63:2185-96

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) *Obesity Guidelines* <http://www.nice.org.uk/guidance/CG43/guidance>

Orzano AJ, Scott JG *Diagnosis and treatment of obesity in adults: an applied evidence-based review.* J Am Board Fam Pract. 2004 Sep-Oct;17(5):359-69

Saperstein SL, Atkinson NL, Gold RS. *The impact of Internet use for weight loss.* Obes Rev. 2007 Sep;8(5):459-65

SLVFS 1997:30. *Livsmedelsverkets föreskrifter om vissa livsmedel avsedda att användas i energibegränsad kost för viktminskning*

Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, et al. *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance.* N Engl J Med 2001;344:1343-50

Sharma AM, Kushner RF. *A proposed clinical staging system for obesity.* Int J Obes (Lond). 2009 Feb 3

Läkemedel

Christensen R, Kristensen PK, Bartels EM, Bliddal H, Astrup A. *Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: a meta-analysis of randomised trials.* Lancet. 2007 Nov 17;370(9600):1706-13. Review

James WP, Astrup A, Finer N, et al. *Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance.* Lancet 2000;356:2119-25

Norris SL, Zhang X, Avenell A, Gregg E, Schmid CH, Lau J. *Pharmacotherapy for weight loss in adults with type 2 diabetes mellitus.* Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25;(1):CD004096

Padwal R, Li SK, Lau DC. *Long-term pharmacotherapy for obesity and overweight.* Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD004094

Rucker D, Padwal R, Li SK, Curioni C, Lau DC. *Long term pharmacotherapy for obesity and overweight: updated meta-analysis.* BMJ. 2007 Dec 8;335(7631):1194-9. Epub 2007 Nov 15

Torgerson JS, Hauptman J, Boldrin MN, et al. *XENical in the*

prevention of Diabetes in Obese Subjects (XENDOS) study: a randomized study of orlistat as an adjunct to lifestyle changes for the prevention of type 2 diabetes in obese patients. Diabetes Care 2004;27:155-61

Fetmakirurgi

Adams TD, Gress RE, Smith SC, et al. *Long-term mortality after gastric bypass surgery.* N Engl J Med 2007; 357:753-761

Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et al. *Bariatric surgery: A systematic review and meta-analysis.* JAMA 2004; 292:1724-1737

Dixon JB, O'Brien PE, Playfair J, et al. *Adjustable gastric banding and conventional therapy for type 2 diabetes: a randomized control trial.* JAMA 2008; 299:316-323

Marsk R, Freedman J, Tynelius P, et al. *Anti-obesity surgery in Sweden 1980-2005: population based study with focus on mortality.* Ann Surg 2008; In press

Näslund E, Kral JG. *Patient selection and physiology of gastrointestinal antiobesity operations.* Surg Clin North Am 2005; 85:725-740

Sjöström L, Lindroos AK, Peltonen M, et al. *Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery.* N Engl J Med 2004; 351:2683-2693

Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, et al. *Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects.* N Engl J Med 2007; 357:741-752

Ätstörningar

DSM IV. Pilgrim Press.

National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. Dieting and the development of eating disorders in overweight and obese adults. Arch Intern Med 2000;160:2581-9

Äldre

McTigue KM, Hess R, Ziouras J. *Obesity in older adults: a systematic review of the evidence for diagnosis and treatment.* Obesity (Silver Spring). 2006 Sep;14(9):1485-97

Villareal DT, Apovian CM, Kushner RF et al. *Obesity in older adults: technical review and position statement of the American Society for Nutrition and NAASO, The Obesity Society.* Am J Clin Nutr 2005; 82:923-934

Vikthöjande läkemedel

Leslie WS, Hankey CR, Lean ME. *Weight gain as an adverse effect of some commonly prescribed drugs: a systematic review.* QJM. 2007 Jul;100(7):395-404

Psykiatri

Alvarez-Jimenez M, Hetrick S E, Gonzalez-Blanch C, Gleeson J- F, McGorry P D. (2008) *Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials Br J Psychiatry Aug;193(2):101-7*

American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. *Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes.* Diabetes Care 2004;27:596-601

Cortese et al. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Obesity: A Systematic Review of the Literature. Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 2008; 48:6,524 — 537

Newcomer, J.W. (2006) *Medical Risk in Patients With Bipolar Disorder and Schizophrenia*. *J Clin Psychiatry* 67 [suppl 9]: 25-30

Osby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sørensen P. *Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study*. *BMJ*. 2000;321(7259): 483-484

Petry NM, Barry D, Pietrzak RH, Wagner JA. *Overweight and obesity are associated with psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *Psychosom Med*. 2008 Apr;70(3):288-97

Gravida

Castro LC, Avina RL. *Maternal obesity and pregnancy outcomes*. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002 Dec;14(6):601-6

Cedergren M, Kallen B. *Maternal obesity and the risk for orofacial clefts in the offspring*. *Cleft Palate Craniofac J* 2005 Jul;42(4):367-71

Cedergren M. *Effects of gestational weight gain and body mass index on obstetric outcome in Sweden*. *Int J Gynaecol Obstet* 2006 Jun;93(3):269-74

Cedergren MI, Kallen BA. *Maternal obesity and infant heart defects*. *Obes Res* 2003 Sep;11(9):1065-71

Cedergren MI, Selbing AJ, Kallen BA. *Risk factors for cardiovascular malformation--a study based on prospectively collected data*. *Scand J Work Environ Health* 2002 Feb;28(1):12-7

Cnattingius S, Bergstrom R, Lipworth L, Kramer MS. *Prepregnancy weight and the risk of adverse pregnancy outcomes*. *N Engl J Med* 1998 Jan 15;338(3):147-52

DeVader SR, Neeley HL, Myles TD, Leet TL. *Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index*. *Obstet Gynecol* 2007 Oct;110(4):745-51

Gavard JA, Artal R. *Effect of exercise on pregnancy outcome*. *Clin Obstet Gynecol* June 2008;51(2):467-480

Linne Y, Barkeling B, Rossner S. *Long-term weight development after pregnancy*. *Obes Rev* 2002 May;3(2):75-83

Linne Y, Dye L, Barkeling B, Rossner S. *Long-term weight development in women: a 15-year follow-up of the effects of pregnancy*. *Obes Res* 2004 Jul;12(7):1166-78

Smith SA, Hulsey T, Goodnight W. *Effects of obesity on pregnancy*. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 Mar;37(2):176-84. Jun;51(2):467-80

Organisation

Cooper Z, Fairburn C, Hawker D. *Cognitive-behavioral treatment of obesity: A clinical guide*. Guilford Press, 2004

Counterweight Project Team. *A new evidence-based model for weight management in primary care: the Counterweight Programme*. *J Hum Nutr Dietet* 2004, 17, 191-208

Counterweight Project Team. *Evaluation of the Counterweight Programme for obesity management in primary care: a starting point for continuous improvement*. *Br J Gen Pract*. 2008 Aug;58(553):548-54

Melin I. *Obesitas. Handbok för praktisk klinisk behandling av övervikt, fetma och metabolt syndrom baserad på beteendemodifikation och konventionell behandling*. Studentlitteratur, 2001

Prochaska JO. (1992). *What causes people to change from unhealthy to health-enhancing behaviour* ur *Preventing Cancers*. Heller T (red.). Open University Press, Buckingham, England

Länkar

www.livsmedelsverket.se

www.uppdragsguiden.sll.se

www.viss.nu

Inledning

Detta kapitel beskriver grundläggande bra matvanor för att förebygga övervikt och fetma samt kostbehandling vid övervikt och fetma. Kapitlet behandlar prevention och behandling för barn och ungdom, från två år, samt för vuxna. I avsnitten om prevention ges allmänna kostråd, anpassade till olika åldrar. I behandling för att minska vikt måste de praktiska kostråden utformas med utgångspunkt i patientens matvanor och levnadsvillkor.

FAKTA

Praktiska exempel

Detaljerade exempel på måltider, portionsmängder och livsmedelsval finns på www.folkhalsoguiden.se

Exemplen ges på sammanlagt sju energinivåer.

BARN FÖREBYGGA:

Basnivå barn 1850 kcal

BARN BEHANDLA:

Minska-vikt barn 1500 kcal

VUXNA FÖREBYGGA:

Basnivå kvinnor 2225 kcal

Basnivå män 2850 kcal

VUXNA BEHANDLA:

Minska-vikt 1500 kcal

Minska-vikt 2000 kcal

Minska-vikt 2500 kcal

FÖR ALLA NIVÅER ANGES:

Dagmatsedel. För minska-vikt finns tre dagar på varje energinivå

Näringsinnehåll per måltid och för hela dagen

Livsmedelsval; portionsmängder och antal portioner per vecka

Näringsinnehåll för livsmedelsval

Barn – mat och måltider i prevention

Detta avsnitt handlar om bra mat för barn från två års ålder. Bra mat är vanlig mat som ger lagom med energi och de näringsämnen barnet behöver. Att bibehålla normalvikt och att förebygga övervikt och fetma handlar om att äta vanlig mat. Det som avgör om maten förebygger eller ökar risken för övervikt är främst hur mycket barnet äter av olika livsmedel. Att täcka näringsbehovet handlar främst om att maten ska vara varierad och mindre om enskilda ”särskilt bra” livsmedel.

Hur lätt eller svårt det är att täcka energi- och näringsbehovet bestäms av hur stora energiutgifter barnet har. Barn har ett lågt energibehov i förhållande till sitt höga näringsbehov. Att täcka barns energi- och näringsbehov innebär därför särskilda utmaningar. Det betyder i praktiken att ju yngre ett barn är desto större ansträngning behövs för att planera en kost som täcker barnets näringsbehov utan att överskrida dess energibehov.

Bra mat för barn över två år är dock ur näringssynpunkt detsamma som bra mat för vuxna. En viktig skillnad är att man behöver vara mer noggrann med alla barns kost eftersom de har ett mindre utrymme för mat som inte bidrar med de nödvändiga näringsämnena, den så kallade utrymmesmaten.

Sammanfattande kostråd för barn – prevention

De viktigaste råden är:

- Regelbunden måltidsordning
- Stor andel frukt och grönsaker
- Stor andel bröd, potatis, pasta och ris
- Begränsad mängd av livsmedel som innehåller mycket mättat fett (t.ex. smör, grädde, ost, matlagingsyoghurt, korv)
- Begränsad mängd utrymmesmat

Exempel på måltider, se www.vardguiden.se

Måltidspusslet (denna sida), Byggstenarna och Tallriksmodellen (se sidan 122) är modeller som kan användas för att underlätta samtal om matvanor och åskådliggöra sammansättningen i olika måltider.

Måltidsordning

Dagens måltider kan liknas vid bitar i ett pussel (se Måltidspusslet sidan 122). För att pusslet ska bli komplett är det viktigt att inte hoppa över någon måltid. Olika typer av livsmedel bidrar med olika näringsämnen vilket gör att en typisk lunch eller middag inte går att byta mot en typisk frukost eller mellanmålsmåltid. Exempelvis kan fil med müsli eller mjölk med smörgås inte ersätta lagad lunch.

FAKTA

Ordförklaringar och förkortningar

Utrymmesmat Mat och dryck som är onödig ur näringssynpunkt som exempelvis godis, saft, läsk, kaffebröd, glass, snacks, dessertostar, pommes frites, feta gräddprodukter och för vuxna även alkohol.

Salladsgrönsaker Sallad, tomat, gurka och rädisor.

Fiberrika grönsaker Alla grönsaker utom salladsgrönsaker, exempelvis broccoli, gröna bönor och blomkål.

Kcal	Kilokalorier
KJ	Kilojoule
MJ	Megajoule
GI	Glykemiskt index
PAL	Physical Activity Level
SNR	Svenska Näringsrekommendationer
VLCD	Very Low Calorie Diets
LCD	Low Calorie Diets



Måltidspusslet

Samtliga livsmedel får inte plats i dagens alla olika måltider. Måltiderna blir som bitar i ett pussel: alla bitar behövs för att pusslet ska bli helt och för att vi ska få all den näring vi behöver.



Byggstenarna för frukost och mellanmål

Basen i måltiden utgörs av spannmål (bröd, gröt, flingor) och mjölkprodukt (fil, yoghurt, ost). Utöver detta en frukt eller grönsak. Måltiden kan dessutom kompletteras med pålägg som t.ex kött, fisk eller ägg.



Tallriksmodellen basversion

Drygt **1/3** potatis/pasta/ris på tallriken. Därtill bröd.

Drygt **1/3** rotfrukter, grönsaker på tallriken. Därtill frukt.

Ungefär **1/4** kött, fisk, ägg eller baljväxter (ärter, bönor, linser).

Modellen visar proportionerna mellan de olika delarna i måltiden. Oavsett om man äter mycket eller litet är proportionerna desamma. Modellen säger ingenting om hur mycket man ska äta – det avgör hunger och energibehov.

Frukost och mellanmål

En bra frukost liksom ett bra mellanmål innehåller bröd, gröt eller flingor, mager och osötade mjölkprodukter och frukt och grönsaker. Variera mellan olika bröd, gröt- och flingsorter.

Lunch och middag

En bra lagad måltid kan på tallriken delas in i tre grupper. Tallriksmodellen visar hur en lagad, balanserad måltid ser ut med de tre grupperna.

Extramål

Förutom ett mellanmål är det bra att servera ett till två extramål med frukt eller grönsak. Välj gärna grövre grönsaker serverade i mindre bitar. Exempelvis bitar av morot, kålrot, rättika eller vitkål.

Livsmedelsval

Grönsaker och frukt

Både barn och vuxna behöver äta mycket frukt och grönsaker för att täcka sitt näringsbehov. Enligt rekommendationen bör barn fyra till tio år äta 400 gram frukt och grönsaker per dag. För barn över tio år rekommenderas 500 gram per dag. Fördelningen bör vara hälften frukt och hälften grönsaker. Det innebär att föräldrar främst bör uppmuntras till att utöka utbudet av grönsaker.

Föräldrar och andra vuxna i exempelvis förskola och skola ansvarar för vilken mat och vilka livsmedel som görs tillgängliga för barn. Vuxna är också viktiga rollmodeller för barnen. Det är därför viktigt att föräldrar och andra vuxna dukar fram och erbjuder grönsaker till samtliga måltider men också att de själva äter av grönsakerna.

Vårdgivare kan uppmuntra föräldrar:

- Att servera ett stort utbud av flera olika sorters grönsaker (ett stort utbud stimulerar till att man äter mer)
- Att servera flera sorters fiberrika grönsaker som morötter, vitkål, rödbetor, kålrot, broccoli, purjolök
- Att öka utbudet av grönsaker genom att servera både varma och kalla grönsaker
- Att lägga upp grönsakerna i separata skålar eller på ett stort fat där de olika sorterna är separerade från varandra, hellre än i en stor blandad sallad. Barn saknar ofta vuxnas erfarenheter av blandade livsmedel och vill gärna se vad de äter!

Mjölk

Mjölkprodukterna bör vara mager med högst 0,5 procent fetthalt, vitamin D-berikade och osötade. Fyra till fem deciliter mjölk och mjölkprodukter per dag är lagom. Val av mager produkter motiveras av att mättat fett, som framför allt finns i mejeriprodukter, ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom och diabetes.

Det finns ett stort utbud av sötade mjölkprodukter som ofta är populära hos barn. Det finns dock flera skäl till att undvika dessa. Sockret i produkterna bidrar med extra energi men ingen näring i övrigt. Den söta smaken gör det lätt att äta för mycket, vilket ökar risken för övervikt. Den söta smaken, oavsett om den kommer från socker eller från sötningsmedel gör att barnen vänjer sig vid sött. Detta gör att det kan vara svårt att få dem att tycka om och äta osötade produkter.

Ost

Ost innehåller mycket mättat fett vilket innebär att osten bör vara nyckelhålsmärkt eller mager med en fetthalt på högst 17 procent.

Matfett

Barn i förskoleåldern bör äta ett matfett med minst 70 procent fetthalt varav högst 1/3 bör vara mättat fett. Exempel på bra val är Milda, Keiju och Becel gold. Bregott är ett populärt matfett men kan inte rekommenderas på grund av att andelen mättat fett är för hög. Barn från sex år rekommenderas lättmargarin.

Pålägg

Övriga pålägg (ost se ovan) bör vara magra eller nyckelhålsmärkta. Exempel är mager leverpastej, kaviar och påläggskorv med högst 10 procent fetthalt. Fet fisk innehåller bra omega-3-fetter och vitamin D och exempelvis makrill i tomatsås är ett nyttigt pålägg. Skinka är ett naturligt magert och järnrikt pålägg.

Utrymmesmat

Barn och vuxna har ett begränsat utrymme för att äta sådant som inte bidrar med viktiga näringsämnen: saft, bullar, kex och liknande. En liten person gör av med mindre energi, men behöver fortfarande mycket näringsämnen. Barn kan därför bara äta en liten mängd av sådant som enbart ger energi, men inga viktiga näringsämnen. Svenska förskolebarn får upp till en fjärdedel av all sin energi från söt och fet mat och dryck, vilket är tre gånger mer än de borde få i sig.

Stöd till föräldrar

Att äta för mycket utrymmesmat

Vårdpersonal bör ha grundläggande kunskap för att kunna ge stöd till föräldrar.

Att äta för mycket utrymmesmat kan ge olika hälsokonsekvenser:

- Mättat fett ökar risken för hjärt- och kärlsjukdom. Livsmedel med hög andel mättat fett är exempelvis choklad, ost, matlagningsyoghurt 10 procent och andra fetare mejeriprodukter
- Ett stort intag av energitäta livsmedel ökar risken för övervikt, exempelvis chips, nötter, godis, glass etc.

FAKTA

Barnets utrymmesmat

För en 6–9-åring finns det under en vecka näringsmässigt plats för exempelvis:

- 2 glas saft à 1,75 dl
- 2 skivor vetelängd à 35 gram
- 40 gram chips
- 4 st Mariekex
- 100 gram lösgodis

FAKTA

Olika ansvarsområden kring mat och måltider

FÖRÄLDRARS ANSVAR ÄR ATT

Välja och köpa mat
Laga och servera mat
Sätta upp ramar/krav på
uppförande vid måltiden

BARNS ANSVAR ÄR ATT

Bestämma hur mycket mat de vill ha
Bestämma om de vill äta

- Ett stort intag av söta drycker ökar risken för övervikt och fetma
- Ett stort intag av livsmedel med låg näringsstäthet innebär i praktiken att det är omöjligt att täcka näringsbehovet utan att samtidigt överskrida energibehovet

Dessa risker gäller även för normal- eller underviktiga individer.

Att äta för mycket utrymmesmat medför för de flesta att vikten ökar på grund av att energiintaget blir för högt. Dessutom innebär det sannolikt risk för ett för lågt intag av näringsämnen som en följd av att man äter för lite av vanlig bra mat. Detta är särskilt problematiskt för barn eftersom de på grund av tillväxt och utveckling har ett stort behov av näringstät mat.

Stärk föräldrarna i att ha alternativ till sötsaker och snacks till fredagsmyset eller när de firar högtider. Möjligheten att välja saga, lek eller dricka ur särskild kalas- eller lördagskopp kan bli ett nytt komplement till att göra fredagsmyset och helgen speciell.

Barns matkrångel och ätkompetens

Barn som äter dåligt väcker ofta starka föräldrareaktioner, där föräldrarna kan känna sig avvisade. Föräldrarnas oro omkring maten är i de flesta fall onödig. Barn har en medfödd förmåga att ta ansvar för sin aptit och hur de upplever smak. Barn kan själva avgöra när de är hungriga och mätta och vet ofta hur mycket de behöver äta. Däremot kan aptit liksom hunger- eller mättnadskänslor förstöras om barn erbjuds för mycket sött och fett mellan måltiderna.

Föräldrar och andra vuxna kan stödja barnen genom att skapa möjligheter till bra val genom att bestämma vilken mat som serveras. De vuxna ansvarar för att tillfredsställa barnens behov men inte alla deras önskningar om vad, när och hur maten kommer på bordet. Vidare kan de hjälpa barnen att få lugn och ro vid matbordet genom att inte blanda ihop mat och lek.

Barn behöver stöd till ett bra ätande utan att styras. Man vet att föräldrar som styr, kontrollerar och utövar press på barnet att äta gör det svårare för barn att själva reglera sitt ätande.

Barn – mat och måltider vid behandling

För barn och ungdomar med övervikt och fetma behöver kosten justeras så att den samtidigt tar hänsyn till den normala tillväxten. Inga särskilda kostråd ges för barn upp till fyra års ålder även om de har extrem fetma. Här gäller samma kostråd som för normalviktiga barn. För barn mellan fyra och sex år gäller också i huvudsak samma kostråd för barn med fetma som för normalviktiga barn. För barn med fetma är dock grundlig planering och regelbunden uppföljning av att råden följs särskilt viktig. En smärre energirestriktion från normalbehovet till 1500 kcal per dag för att bromsa viktuppgång kan tillåtas utan att det påverkar den normala tillväxten negativt.

När det gäller barn i förskoleåldern bör vikten av regelbunden matordning särskilt betonas. Det finns inga skäl att introducera utrymmesmaten för tidigt. Detta kan med fördel skjutas upp till efter fyra års ålder tills barnet själv uttrycker nyfikenhet. Dessförinnan kan utrymmesmaten ersättas av frukt och naturell yoghurt smaksatt med till exempel färsk frukt och bär.

Tonåringar över 16 år räknas som vuxna och för dem gäller samma rekommendationer som för vuxna vid fetma och övervikt.

För barn mellan fyra och tio år är det föräldrarna som både köper hem och lagar maten, och därför bör också kostråden riktas främst till dem. Äldre barn och tonåringar som vistas allt mer utanför hemmet behöver i motsvarande utsträckning få mer ansvar för sin vikt och sina matvanor.

Sammanfattande kostråd vid behandling av barn

Det övergripande målet med en kostbehandling hos barn och ungdomar är att skapa goda matvanor som bidrar till optimal utveckling.

De viktigaste råden är:

- Regelbunden måltidsordning
- Ökning av frukt och grönt
- Minskning av portionsstorlek
- Rätt val av dryck
- Begränsning av utrymmesmat och småätande

Fokus bör ligga på hälsosamma matval istället för restriktiva dieter. Bland råden ovan bör fokus läggas där det största problemområdet finns. De grundläggande matbudskapen är i stort sett desamma i behandling som när övervikt och fetma ska förebyggas. Vid behandling måste dock valet av dryck särskilt uppmärksammas liksom minskning av portionsstorlekar och mycket kraftig begränsning av utrymmesmaten.

Energi och näring

Energirestriktion hos barn och ungdomar kräver att maten är näringstät för att man ska uppnå ett adekvat näringsintag som behövs för tillväxt. Detta gäller oberoende av energinivå.

Vid val av energinivå ska varje barns specifika behov styra. Riktlinjen är att energiintaget inte ska understiga 1500 kcal/dygn. Denna nivå gäller för barn från sex år. Undantag är när Very Low Calorie Diets (VLCD) och Low Calorie Diets (LCD) ordinerats av läkare. Det görs inom högspecialiserad vårdnivå (se sidan 76), framförallt till äldre tonåringar. De praktiska exemplen Minska-vikt för barn är framtagna för barn sex till nio år och ligger på 1500 kcal per dag. Det är en lagom nivå för barn från sex år som behöver gå ner i vikt.

Individanpassade kostråd

Kostbehandling av barn måste ta hänsyn till ålder, grad av fetma samt till eventuella komplikationer. Det bästa och enklaste är i praktiken att utgå från patientens nuvarande kostintag och måltidsmönster samt familjens förutsättningar och utifrån detta göra förändringar. Det som är mest långsiktigt hållbart är att diskutera lämpliga förändringar i samråd med patienten och/eller föräldrarna, beroende på hur gammalt barnet är (se kapitlet Hur förändras livsstil?, sidan 33). Det är viktigt att involvera hela familjen i kostförändringar. Föräldrarna är sina barns förebilder och barnen kommer att ta efter deras beteende. Det är inte försvarbart att köpa hem livsmedel som inte är bra för barn som lider av fetma. Många gånger finns syskon i familjen som är normalviktiga eller till och med har lite dålig aptit. Det är viktigt att påpeka att utrymmesmat inte är nyttigt för någon att äta till vardags (se även sidan 123).

Måltidsordning

Måltidsordningen bör omfatta frukost, lunch och middag samt eventuella mellanmål.

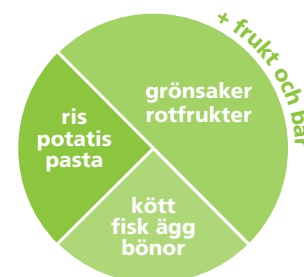
Från inget upp till tre mellanmål om dagen är lämpligt för den som har fetma. Inget mellanmål förutsätter att huvudmåltiderna är korrekt komponerade och jämnt fördelade över dagen. Det lämpar sig heller inte för barn i förskoleåldern. Ju yngre barnet är desto fler mellanmål behövs.

Viktigt att ta fasta på är att ett mellanmål inte är en huvudmåltid utan en liten påfyllnad av energi så att man klarar sig till nästa måltid. En tumregel är att mellanmålet ska göra att man blir mindre hungrig, inte mätt. Viktigt är också att diskutera med barnet och föräldrarna om vad som är lämpligt att äta till mellanmål. Fukt eller grönsaker i bit bör i första hand rekommenderas. Om det är lång tid mellan lunch och middag kan ett lite större mellanmål behövas och det kan då vara bra att tillsammans med familjen komma överens om vad barnet ska äta. På så vis kan överätande undvikas.

Tallriksmodellen blir minska-vikt-modellen

Rekommendationen är i första hand att fördela maten enligt tallriksmodellen och att bara ta en portion. Tallriksmodellen beskriver lunch och middag. Vid viktnedgång gäller tallriksmodellen med en kraftig förskjutning mot mer grönsaker/rotfrukter och mindre mängd potatis, ris eller pasta, den så kallade minska-vikt-modellen, (se figur intill).

Minska-vikt-modellen är ett slutmål som många barn måste närma sig stegvis. Alla barn är inte vana att äta grönsaker dagligen och många tycker bara om ett begränsat utbud av olika grönsakssorter. Här måste man göra stegvisa förändringar med målet att successivt fylla en större del av tallriken med grönsaker och introducera nya sorters grönsaker. Ett första delmål är därför att fylla 1/3 av tallriken med grönsaker. Genom att ta mer av enbart grönsaker om man vill äta mer än en portion blir också andelen grönsaker större.



Minska-vikt-modellen

1/2 tallriken innehåller rotfrukter och grönsaker. Därtill eventuellt frukt.

1/4 potatis, pasta eller ris. Minska-vikt-modellen innehåller vanligtvis inte bröd.

1/4 kött, fisk, ägg, eller baljväxter.

Portionsstorlek

Sträva efter att barnet endast tar en portion. Om barnet vill ha mer efter en portion erbjud grönsaker eller frukt.

Livsmedelsval

Vilken typ av livsmedel barn serveras har stor betydelse för hur mycket energi och näring barnet får i sig. Olika livsmedel har också olika förmåga att skapa mättnad.

Grönsaker och frukt

- För barn 4–10 år rekommenderas 400 gram frukt och grönsaker varje dag
- För barn över 10 år gäller samma rekommendationer som för vuxna, dvs. 500 gram per dag
- Lämpligt att ungefär hälften är frukt och hälften är grönsaker
- Grönsaker bör ingå i flera mål, även frukost och mellanmål
- Två till tre frukter per dag rekommenderas till barn 4–10 år (200 gram) och tre till fyra frukter per dag till barn över 10 år (250 gram)
- Juice ger snabba kolhydrater vilket gör att man behöver räkna in dem i utrymmesmaten och inte i begreppet frukt och grönsaker
- Introducera nya sorters grönsaker. Sträva mot att hälften är fiberrika sorter som ger mer mättnad (t.ex. rotfrukter, kål, baljväxter)

Mejeriprodukter

- Nyckelhålet på mjölkprodukter står för låg halt av fett, socker och salt
- Osockrade lättprodukter till alla barn. Magra och osötade produkter rekommenderas för att barnen inte ska vänja sig vid söt smak. Söt smak gör fil/yoghurt mer smaklig och därför lätt att överäta
- Fyra till fem dl mjölk/mjölkprodukter per dag
- Mager hårdost och mjukost (5–17 procent)

Matfett

- Välj ett lättmargarin som smörgåsfett (max 40 procent fett)
- Begränsa mängden matfett i matlagning och välj flytande margarin eller rapsolja
- Var restriktiv med dressing och såser samt panerade, stekta och friterade rätter

Bröd och flingor

- Nyckelhålet på bröd och flingor står för hög andel kostfiber, låg sockerhalt och låg fetthalt och låg salthalt
- Välj fiberrika eller nyckelhålsmärkta produkter
- Bröd bara till frukost och mellanmål

Dryck

- Vatten bör vara förstahandsvalet som törstsläckare
- Välj lightdryck som alternativ till vanlig läsk eller saft
- Observera skillnad mellan lättdryck och lighdryck, lättdrycken är inte kalorifri
- Begränsa mängden mjölk till fem dl per dag och välj produkter som är magra och osötade
- Fruk juice räknas som utrymmesmat

Utrymmesmat

Under begreppet utrymmesmat räknas godis, sötade drycker, glass, bakverk, snacks och för vuxna även alkohol. För barn som behandlas för övervikt eller fetma, och alltså bör äta en energireducerad kost, blir utrymmet för dessa livsmedel mycket litet, om rekommenderat näringsintag ska uppnås. Ett viktigt grundbudskap är dock även här att man kan äta allt men inte alltid, och man måste välja. Exempel på utrymmesmat för en vecka finns på www.folkhalsoguiden.se

TIPS

Några praktiska tips om utrymmesmat

Bestäm dagar då det är tillåtet med utrymmesmat

Det finns nästan alltid bättre och sämre alternativ, till exempel:

- välj isglass, sorbet och lightglass istället för gräddglass
- välj popcorn och salta pinnar som alternativ till chips/nötter
- beakta att det är stor variation av energiinnehåll i kakor, bullar, kex och muffins beroende på sort

Diskutera med familjen om möjligheterna till att inte ha utrymmesmat i hemmet då det ofta är svårt för barn att stå emot dessa. Barnen behöver föräldrarnas stöd

Upplys familjen om att alla mår bra av att inte äta utrymmesmat ofta

Inköpslista kan vara till hjälp för att undvika impulsköp

Föreslå till exempel fruktsallad, fruktbricka eller grönsaker med dipp som alternativ till utrymmesmat

För utförligare mängdbeskrivningar och livsmedelsval se www.folkhalsoguiden.se

Måltider utanför hemmet

Skola

Lär barnet att ta av skolmaten enligt tallriksmodellen i första hand. Kräv inte att skolmatsalen ska servera alla barn med övervikt och fetma särskild fettsnål mat. Uppmana föräldrar att be skolan följa Livsmedelsverkets råd och därmed servera bra sammansatta måltider till alla barn.

Utflykter

Viktigt att ta reda på vilken måltid utflyktsmaten ska ersätta, till exempel lunch eller mellanmål. Anpassa matsäcken efter rekommendationerna i detta kapitel. Om lunch och mellanmål äts på skola/förskola och utflykten sker däremellan behöver ingen utflyktsmat tas med.

Snabbmat

Nyttiga snabbmatsalternativ kan till exempel vara kalla sallader, fettsnåla smörgåsar, frukt och grönsaker. Fetare snabbmat som pizza och hamburgare kan tillåtas en till två gånger i månaden förutsatt att portionsstorleken begränsas. Tillåt till exempel en halv pizza med pizzasallad, en hamburgare med minimorötter och lightläsk.

Ge stöd till föräldrar

- Utgå från vad barnet äter i dagsläget och bekräfta allt som är bra som bas till fortsatt kostbehandling
- Involvera hela familjen i behandlingen, barnen behöver stöd från föräldrar, syskon, far- och morföräldrar
- Man kan äta allt, men inte alltid
- Dela upp en portion i två till dess att barnet nöjer sig med en portion
- Ät på mindre tallrikar
- Låt grytor med mera stå kvar på spisen
- Undvik situationer och miljöer som kan vara särskilt frestande för barnet
- Lägg upp barnets fikabröd på egen tallrik istället för på ett gemensamt fat

Dieter

Forskningen kring olika typer av dieter för barn och ungdomar med övervikt eller fetma är ännu ytterst begränsad. I en Cochranesammanställning (2007) över fetmabehandling med glykemiskt index ingick endast en studie med 14 tonåringar. Evidens saknas således för att dieter ger en balanserad kost som tillgodoser växande barns närings- och energibehov.

Vuxna – kost vid prevention

Bra matvanor är en förutsättning för en hälsosam kroppsvikt och välbefinnande. Maten ska vara varierad för att täcka behovet av alla näringsämnen och mängden måste anpassas efter personens energibehov. Behovet av näringsämnen är ganska lika mellan vuxna individer medan energibehovet kan skilja avsevärt. En person med stort energibehov kan därför äta betydligt mer utan att öka i vikt än en person med lågt energibehov. Idag finns ett enormt utbud av energirik mat och dryck dygnet runt. Vi lockas på olika sätt att köpa och äta mycket, exempelvis stora påsar till lösviskigodis och kaffebröd i jätteformat. På många restauranger innehåller maträtterna mer energi än vad som är lämpligt för de flesta. Det är lätt att äta mer än energibehovet och för många individer är en allt för stor viktökning ett faktum.

Sammanfattande kostråd för vuxna – prevention

I detta avsnitt ges generella och kortfattade kostråd som vårdgivaren bör erbjuda i till exempel livsstilssamtal med patienter. Målet är att råden ska leda till hälsosamma matvanor för att patienten ska bibehålla normalvikt.

De viktigaste råden är:

- Regelbunden måltidsordning
- Balanserade näringsrika måltider
- Begränsning av utrymmesmaten

Måltidsordning

Tre huvudmål; frukost, lunch och middag samt ett till tre mellanmål är den rekommenderade måltidsordningen enligt svenska näringsrekommendationer. En regelbunden måltidsordning underlättar för kroppen att utveckla en naturlig hunger- och mättnadsrytm och gör det lättare att täcka behovet av näringsämnen. Tre större huvudmåltider och planerade mellanmål kan minska behovet av småätande.

Sammansättning av måltider

Frukost

Det är hälsosamt för alla att äta något på morgonen för att kroppen ska få den energi och näring som behövs för att starta dagen. En bra sammansatt frukost består av spannmål (bröd, gröt, flingor), en mjölkprodukt och frukt eller grönsak. Frukosten kan dessutom kompletteras med pålägg.

Mellanmål

Ett bra mellanmål kan vara en smörgås, en mjölkprodukt och frukt eller grönsak. Om man inte har för vana att dricka mjölk kan kaffe latte, gjord på lättmjölk, vara ett bra sätt för vuxna att få i sig mjölk. Äter man inga mellanmål kan det medföra att man blir för hungrig och äter för mycket vid nästa måltid eller att risken för oplanerat småätande ökar.

Lunch och middag

Tallriksmodellen är ett pedagogiskt hjälpmedel för att beskriva proportionerna mellan olika livsmedelsgrupper på tallriken. För lunch- och middagsmåltiderna gäller tallriksmodellens basversion.

Livsmedelsval

Vilka livsmedel som väljs har stor betydelse för om maten ska bli näringsrik, mättande och inte för energirik. Grönsaker, rotfrukter, frukt och fullkornsprodukter bör utgöra en stor del av maten och kompletteras med magra mejeriprodukter, fisk, kött, fågel och baljväxter. Energirik mat som inte behövs ur näringssynpunkt, så kallad utrymmesmat, måste däremot begränsas.

Grönsaker, rotfrukter och frukt

Livsmedelsverket rekommenderar minst 500 gram grönsaker och frukt per dag, där grönsakerna utgör hälften. Det motsvarar exempelvis två frukter och två rejäla portioner grönsaker. Hälften av grönsakerna bör vara fiberrika grönsaker, till exempel morötter, broccoli, bönor, kålrot eller vitkål.

Bröd och flingor

Välj fiberrikt bröd i så stor utsträckning som möjligt. Gärna fullkornsbröd med hela korn. Välj gärna flingor och müsli med hög fiberhalt och litet/inget tillsatt socker. Nyckelhålet på förpackningen står för hög andel kostfiber, låg sockerhalt och låg fetthalt.

Mejeriprodukter

Välj osötade magra mjölkprodukter (högst 0,5 procent fett i mjölk/fil/yoghurt) samt mager ost (högst 17 procent fett). Nyckelhålet på förpackningen står för låg fetthalt och låg sockerhalt.

Drycker

Vatten är förstahandsval som törstsläckare och måltidsdryck. Mängden juice bör begränsas.

Kött- och chark

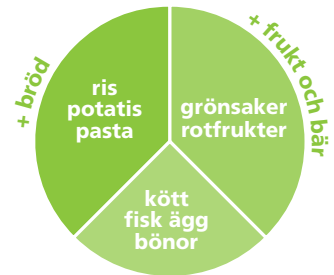
Välj magert kött och magra charkpålägg. Nyckelhålet på förpackningen står för låg fetthalt i charkprodukter.

Matfett

Gärna lättmargarin på bröd. Använd flytande margarin till matlagning och olja till salladsdressing.

Utrymmesmat

Att begränsa utrymmesmaten är grundläggande för att förebygga övervikt och för hälsosamma matvanor generellt. Med utrymmesmat menas mat och dryck som är onödig ur näringssynpunkt. Det är exempelvis godis, saft, läsk, kaffebröd, glass, snacks, dessertostar, pommes frites, feta gräddprodukter och för vuxna även alkohol. Ett viktigt grundbudskap är att man kan äta allt men inte alltid, och man måste välja.



Tallriksmodellen basversion

Drygt **1/3** potatis/pasta/ris på tallriken. Därtill bröd.

Drygt **1/3** rotfrukter, grönsaker på tallriken. Därtill frukt.

Ungefär **1/4** kött, fisk, ägg eller baljväxter (ärtor, bönor, linser).

Modellen visar proportionerna mellan de olika delarna i måltiden. Oavsett om man äter mycket eller litet är proportionerna desamma. Modellen säger ingenting om hur mycket man ska äta – det avgör hunger och energibehov.

Vuxna – kost vid behandling

I kapitlet Vårdprogram vuxna, sidan 89, beskrivs flödesschemat för behandlingen. I det första steget, kunskapsöverföring, erbjuds patienten föreläsningar av dietist. En patient bör ha fullföljt föreläsningsserien innan han/hon fortsätter till nästa steg i behandlingen. Följande avsnitt är ett stöd för vårdgivaren som träffar patienten enskilt eller i grupp efter föreläsningsseriens slut. Behandlingen inklusive föreläsningar, efterföljande besök och uppföljning bör sträcka sig över minst en tvåårsperiod.

Energiintaget mindre än förbrukningen

För att man ska gå ner i vikt måste intaget av energi understiga förbrukningen. Energiförbrukningen är mycket individuellt och hur mycket en person kan äta och samtidigt gå ner i vikt är olika för olika personer. Det kan skilja upp till 1000 kcal/dygn mellan två personer med samma kroppsvikt. Det enklaste sättet att se om energiförbrukningen är lägre eller högre än intaget är att väga sig regelbundet.

En vanlig energireduktion i viktminskningsstudier är energibehovet minus cirka 600 kcal. Det ger i många fall en vikttnedgång på cirka 0,5 kg i veckan. Eftersom det är svårt att exakt räkna ut energibehovet för en enskild individ bör patienten få handledning i att själv finna en lagom nivå för sitt energiintag. Om patienten önskar vägledning om mängden mat kan generella dagsmatsedlar/kostlistor användas. Patienten får prova den föreskrivna listan/matsedeln och följa vikten med regelbundna kontroller.

Den lägsta energinivån i kostbehandlingen är 1500 kcal. Med lägre energinivå än det är det mycket svårt att täcka näringsbehovet med vanlig kost. En vanlig orsak till att patienter inte går ner i vikt är att de äter mer mat eller annat utöver listan, inte att listan ligger på för hög energinivå. Om dagsmatsedlar/kostlistor delas ut till patienter ska det alltid göras i samband med en noggrann genomgång. Det är viktigt att följa upp hur patienten använder matsedeln/listan.

Näringsämnen

Näringsrik mat är alltid grunden i behandling vid övervikt och fetma. Under vikttnedgång har individen samma behov av näringsämnen som vid viktstabilitet. Därför måste maten vid vikttnedgång vara näringstät, det vill säga vara rik på alla essentiella näringsämnen. Ju mindre energi en person behöver desto mer näringstät måste maten vara. Alla som ska gå ner i vikt bör därför i första hand minska intaget av mat som är onödig ur närings-synpunkt, den så kallade utrymmesmaten. Vitamin- och mineraltillskott kan aldrig ersätta bra mat då vitaminer, mineraler och antioxidanter från maten utnyttjas bättre av kroppen. Trots allsidig kost kan intaget av vissa vitaminer och mineraler exempelvis vitamin D samt järn (för kvinnor i fertil ålder) bli lägre än rekommenderat vid vikttnedgång. Näringsstatus hos personer med övervikt och fetma är inte tillräckligt undersökt för att man ska veta om det skiljer sig ifrån den övriga vuxna befolkningen. Vissa

Kostprogram
EN VECKODAG KVINNOR – BASNIVÅ – 9,3 MJ (2225 KCAL)

Här visas ett exempel på hur måltagarna för en dag kan komponeras för gruppen kvinnor på basnivå, det vill säga med ett allmänt mått på energiintag och begränsat fettintag. För varje måltid visas förslaget till energibehov och mängder som är en kombination av olika ingredienser och råvaror. Efter varje måltid visas näringsinnehållet i en rita med ett antal av näringsämnen, därav också för de olika näringsinnehållsgrupperna (SNR 2005).

E% = energipercents anger hur många procent (%) av den totala energiförbrukningen som kommer från protein, fett och kolhydrat.

FRUKOST

- Mjölk 2 dl
- Ägg 1 st
- Smör 1 dl, ca 40 g
- Kaviar 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g

Näringsinnehåll frukost

Energier eller kalorier	425 kcal	Karbohydrat	7 g, 3,9 g MJ
Fett	18 g	Kalcium	25 mg
Protein	18 g	Järn	1,9 mg
Kolhydrat	46 g		

LUNCH

- Rött kött 100 g
- Potatis 100 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g
- Smör 1 sked, ca 10 g

Näringsinnehåll lunch

Energier eller kalorier	580 kcal	Järn	3,0 mg
Fett	22 g	Zink	3,1 mg
Protein	22 g	Vitamin C	50 mg
Kolhydrat	58 g	Vitamin D	1,7 mg

Exempel på dagsmatsedel

Eftersom det är svårt att exakt räkna ut energibehovet för en enskild individ bör patienten få handledning i att själv finna en lagom nivå för sitt energiintag. Om patienten önskar vägledning om mängden mat kan generella dagsmatsedlar/kostlistor användas.

Dagsmatsedeln ovan är hämtad från www.folkhalsoguiden.se/mat

personer kan behöva kosttillskott, särskilt om kosten är mycket ensidig och vissa livsmedelsgrupper helt utesluts. Detta bör dock bedömas för varje individ av dietist eller läkare.

Sammanfattande kostråd vid behandling av vuxna

I följande avsnitt ges generella kostråd och motivering till dessa ur vikt-synpunkt. Förutom kostråden finns vägledning hur råden kan individualiseras utifrån patientens situation. Målet är att behandlingen ska leda till hälsosamma matvanor och en vikttnedgång som kan vidmakthållas.

De viktigaste råden är:

- Regelbunden måltidsordning
- Balanserade näringsrika måltider med begränsat energiinnehåll
- Minskade portioner
- Kraftig begränsning av utrymmesmaten

De viktigaste råden ovan behöver inte nödvändigtvis komma i nämnd ordning utan fokus bör läggas där det största problemområdet finns.

Individanpassade kostråd

Matdagbok

En viktig del i behandlingen är att patienten för matdagbok under minst fyra dagar. Dagboken är en mat- och dryckesregistrering där patienten noterar hur mycket, hur ofta och vad som intas. Ett syfte med att skriva matdagbok är att patienten ska fokusera på sitt mat- och dryckesintag under en period. Matdagboken är ett bra underlag för diskussion inför kostförändringar även om den inte exakt återger en persons matvanor. Matdagboken fungerar även som ett pedagogiskt redskap. Att registrera sitt mat- och dryckesintag medför hos många att matvanorna förändras under registreringsdagarna, medvetet eller omedvetet. Många patienter upplever att när de skriver matdagbok får de bättre kontroll på ätandet och därför kan matregistrering vara ett återkommande inslag i behandlingen.

Mall för mat- och dryckesregistrering finns på www.viss.nu

Viktigt att tänka på

Att skriva matdagbok är mycket personligt. Vårdgivaren bör vara lyhörd och aktsam när dagboken går igenom och diskuteras med patienten. Se även Det fungerande samtalet sidan 39.

När kan matdagboken vara svår att tillämpa?

- Vid läs- och skrivsvårigheter
- Om personen har svårt att beskriva mängder och vad maten innehåller. Där kan en diskussion kanske med hjälp av bilder vara ett bättre tillvägagångssätt.

KLOCKSLAG MÅLTID/PLATS	BESKRIVNING MAT OCH DRYCK	MÄNGD
Frukost kl. 08.00	En tallrik lättfil	2,5 dl
	Corn flakes	1,5 dl
	Fullkornsmörgås	1 skiva
	Margarin, Lätta	1 ts
Mellanmål kl. 10.00	Ost	1 skiva, 17 %
	Banan	1 st
	Kaffe latte	1 dl kaffe + 1,5 dl mjölk, 3 %

Exempel på matdagbok

Många patienter upplever att när de skriver matdagbok får de bättre kontroll på ätandet och därför kan matregistrering vara ett återkommande inslag i behandlingen.

FAKTA

- Viktiga grunder i kostbehandlingen är:
- Måltidsordning - struktur
- Sammansättning av måltider
- Portionsstorlek
- Livsmedelsval
- Utrymmesmat

Att göra kostförändringar

Att förändra sina matvanor kan vara svårt och ta lång tid. Uppmuntra patienten att ta en sak i taget. Förändringarna ska vara väl förankrade hos patienten. Vårdgivaren ska inte bestämma vad som ska förändras. Det är patienten som i samråd med vårdgivaren ska utarbeta en plan.

En del patienter är mycket ambivalenta inför livstilsförändringar och behöver tid innan de kan genomföra en förändring. Andra vill ändra allt på en gång. Det är ofta av värde att fokusera på en eller ett par förändringar i taget.

Måltidsordning

Tre huvudmål, frukost, lunch och middag, samt ett till tre mellanmål är den generella rekommendationen enligt svenska näringsrekommendationer. Vid viktreduktion behöver man i vissa fall frångå den generella rekommendationen om mellanmål och helt ta bort dessa.

Varför är det viktigt att få struktur på matvanorna?

Grundläggande i behandlingen är att måltiderna fördelas jämnt över den vakna tiden. Studier har visat att många överviktiga/feta jämfört med normalviktiga har en tendens att förskjuta en större del av energiintaget till senare delen av dagen. Den exakta klocktiden har mindre betydelse. Det viktiga är att varje individ ska hitta sin måltidsordning efter hur det passar in i hans/hennes dagliga rutiner. En regelbunden måltidsordning underlättar för kroppen att utveckla en naturlig hunger- och mättnadsrytm och det gör det lättare att täcka behovet av näringsämnen. Tre större huvudmåltider och planerade mellanmål kan minska behovet av småätande. Det är viktigt att inte hoppa över måltider och att inte förskjuta större delen av energiintaget till alltför sent på dagen. En tumregel kan vara att högst sex gånger per dag äta eller dricka något som ger energi.

Sammansättning av måltider

Frukost

Det är hälsosamt för alla att äta något på morgonen/förmiddagen för att kroppen ska få den energi och näring som behövs för att starta dagen. Det finns få studier där man undersökt frukostens betydelse i viktreduktionsbehandling hos överviktiga. Det har diskuterats om frukosten kan ha inverkan på aptitregleringen och möjligen minska risken för småätande under senare delen av dagen. Samma mängd mat tycks mätta mer på morgonen än vad den gör på kvällen.

En idealisk frukost består av spannmål (grovt bröd, gröt eller flingor), mager mjölkprodukt och grönsak eller frukt. Hur mycket och när man vill äta skiljer sig dock mellan olika personer. De som har svårt med aptiten på morgonen kan gärna vänta ett par timmar innan de äter något. Ett praktiskt tips till dem är också att "dela" frukosten. Ät något litet hemma exempelvis litet fil/yoghurt och ta en smörgås till förmiddagskaffet istället.

Mellanmål

Behovet av mellanmål är mycket individuellt. En del personer vill ha och behöver äta något mellan huvudmålen medan det passar bättre för andra att inte göra det. Vid viktminskning bör generellt mellanmålen vara små och kalorifattiga. En frukt alternativt grönsak och/eller en liten smörgås och/eller mager mjölkprodukt kan vara ett lämpligt mellanmål. För många och för stora mellanmål kan medföra att det totala energiintaget blir för stort och viktnedgång uteblir. Inga mellanmål kan innebära att man blir för hungrig och äter för mycket vid nästa tillfälle eller att risken för oplanerat småätande ökar.

Lunch och middag

Tallriksmodellens basversion (sidan 131) är tänkt för personer som ska hålla sin vikt. Vid viktnedgång gäller den så kallade minska vikt-modellen. Den liknar tallriksmodellen men med en kraftig förskjutning mot mer grönsaker/rotfrukter och mindre mängd potatis, ris eller pasta.

Med minska-vikt-modellen sänks vanligtvis energiinnehållet i måltiden jämfört med tallriksmodellens basversion. Det är dock ingen garanti att energiinnehållet är lågt om man inte är uppmärksam på livsmedelsval och portionsstorlek. För många kan det kännas ovant att äta en så stor mängd grönsaker och en så liten mängd pasta och ris. Då kan man göra förändringen långsamt och successivt. En fallgrop kan vara att man börjar lägga till grönsaker till måltiden utan att minska på kolhydratdelen. Det som då sker är att energiinnehållet ökar istället för att minska. Observera dock att kolhydratandelen ska finnas kvar i måltiden. Den delen behövs bland annat för att det ska bli en bra balans mellan energigivande näringsämnen i måltiden. Proteindelen bör inte vara mindre än en fjärdedel då den ger mättnad och innehåller viktiga näringsämnen.

Läs mer om måltidssammansättning under rubrik Mättande måltider sidan 137.



Minska-vikt-modellen

1/2 tallriken innehåller rotfrukter och grönsaker. Därtill eventuellt frukt.

1/4 potatis, pasta eller ris. Minska-vikt-modellen innehåller vanligtvis inte bröd.

1/4 kött, fisk, ägg, eller baljväxter.

Portionsstorlek

Minska-vikt-modellen visar proportionerna på tallriken, den säger ingenting om mängden mat. Portionsstorleken beror på energibehovet och är individuellt. I en svensk studie framkom att feta uppgav att de åt större portioner än normalviktiga, vilket tyder på att portionsstorlek är viktigt att diskutera. Uppmärksamma patienten på att tallrikar i dag ofta är stora och lockar till att ta mycket. Portionerna på restauranger är också ofta väl tilltagna. En bra tumregel är att ta endast en portion. Att lägga upp maten på en mindre tallrik kan vara ett sätt att begränsa portionen.

Livsmedelsval

Vad ska ligga på tallriken?

På lunch- och middagstallriken är det en fördel att ha minst två olika sorters grönsaker och rotfrukter, gärna fler, annars kan det lätt bli enfor-

mig. Välj gärna både tillagade och råa. Sallad, tomat och gurka, så kallade "salladsgrönsaker", kan gärna ingå i måltiden, men eftersom de är relativt fiberfattiga bör de kompletteras med fiberrika grönsaker och rotfrukter. Uppmärksamma patienten på att grönsakerna/rotfrukterna inte bör vara tillagade med mycket fett eller att feta såser serveras till grönsakerna. Potatisen bör vara kokt, inte stekt eller friterad. Pastan tillagas utan fett och utan feta såser. Kött och köttprodukter ska vara magra i så stor utsträckning som möjligt. Fet fisk rekommenderas minst en gång per vecka på grund av sitt innehåll av omega-3- fett och vitamin D. Baljväxter är utmärkta alternativ eller komplement till proteindelen.

Fördjupad information om livsmedelsval finns i avsnittet Kost vid prevention – vuxna, sidan 130.

Utrymmesmat

Med utrymmesmat menas mat och dryck som är onödig ur näringssynpunkt. Det är exempelvis godis, saft, läsk, kaffebröd, glass, snacks, dessertar, pommes frites, feta gräddprodukter och för vuxna även alkohol.

Den som ska gå ner i vikt har mycket litet plats för utrymmesmaten. Att begränsa utrymmesmaten är för vissa en svår men nödvändig förändring om viktnedgång ska vara möjlig.

Målet är att minska så mycket som det känns rimligt för patienten. Hur stort utrymme individen har är individuellt. Ju mindre energi individen behöver, desto mindre är utrymmet. Hur utrymmet fördelas är något som patienten själv bestämmer och ibland behöver olika strategier provas. Vissa väljer att spara utrymmesmat till en gång i veckan. För en del är det viktigt att välja ut något som de särskilt uppskattar och ta bort sådant som inte är lika betydelsefullt.

Dieter

Det är vanligt att patienter har provat olika viktminskningsmetoder tidigare. Många har funderingar kring hur de ska förhålla sig till alla kostråd som förekommer i massmedia. De senaste åren har forskning och mediarapportering om olika dieter och viktnedgång varit intensiv.

Alla dieter som innebär ett reducerat energiintag ger viktreduktion. Det är fullt möjligt att gå ner i vikt snabbt på en ensidig, extrem diet eller på en kost där vissa livsmedel utesluts. Kunskapen är dock begränsad om vad som händer på lång sikt om man följer sådana dieter. Ju mer ensidig en diet är desto större är riskerna med den. Individen riskerar att inte få tillräckligt med essentiella näringsämnen och kroppen kan ta skada på annat sätt.

I dag finns flera dieter där kolhydraterna begränsas kraftigt. En fullt frisk kropp tycks klara en sådan kost under en kortare period utan att ta skada. Långtidseffekter på vikt och övrig hälsa är för lite utforskade för att man ska kunna rekommendera dylika kosten. Personer som söker vård för övervikt och fetma kan ha andra hälsoproblem och sjukdomar vilket kan medföra ökad risker med denna typ av dieter.

Ett annat problem med ensidiga eller obalanserade dieter är att många bara klarar att hålla dem under en begränsad period. Under den perioden

"Alla dieter som innebär ett reducerat energiintag ger viktreduktion. Det är fullt möjligt att gå ner i vikt snabbt på en ensidig, extrem diet eller på en kost där vissa livsmedel utesluts. Kunskapen är dock begränsad om vad som händer på lång sikt om man följer sådana dieter."

är viktnedgången ofta bra, men efter vanligtvis cirka sex månader upplevs dieten svårare att hålla fast vid och viktuppgång är en vanlig följd. Hur så kallat viktpendlande påverkar hälsan om det upprepas ofta är oklart.

Vad vårdgivare kan fokusera på om frågor kring olika dieter dyker upp är det gemensamma kostbudskap de flesta viktreduktionsprogram och dieter har:

- Ät regelbundet och undvik småätning
- Begränsa utrymmesmat och dryck som läsk, saft, kaffebröd, godis, snacks m.m.

Måltidsersättning

Balanserade måltider bör alltid vara förstahandsvalet vid viktnedgång. I undantagsfall kan så kallade måltidsersättningar vara en lösning för vissa patienter. I situationer där patienten inte har någon möjlighet att styra innehållet av måltiden eller där ingen bra mat finns att tillgå kan måltidsersättning vara ett alternativ. Måltidsersättningar bör däremot inte användas rutinmässigt istället för lagade måltider. Det finns ett fåtal studier där man undersökt måltidsersättning vid viktreduktion. För vissa individer tycks måltidsersättning fungera bra som en del i en energireducerad kost i inledningen av ett behandlingsprogram.

Very Low Calorie Diets (VLCD) och Low Calorie Diets (LCD) är andra koststrategier som kan vara alternativ för vissa personer under särskilda omständigheter. VLCD och LCD kommenteras i kapitlet Vårdprogram vuxna sidan 108.

Mättande måltider

För att man ska gå ner i vikt måste intaget av energi vara lägre än utgifterna. För många innebär det en minskning av mängden mat. Det är då särskilt viktigt att maten är mättande. Man ska känna sig mätt direkt efter en måltid och mättnadskänslan ska bestå fram till nästa måltid. Det är många faktorer som påverkar den mättnadskänsla en måltid ger, exempelvis:

- Fördelningen av energigivande näringsämnen; protein ger mer mättnadskänsla än kolhydrat och fett
- Måltidens innehåll av kostfiber och dess volym; en stor portion som tar lång tid att tugga ger mer mättnad än en liten portion
- Måltidens innehåll av energirika drycker; energi i flytande form såsom läsk, saft, juice och öl ger inte samma mättnad som samma mängd energi i fast föda
- Kolhydratrika livsmedel med lågt glykemiskt index ger vanligtvis en högre grad av mättnad än kolhydrater med högt glykemiskt index, se nästa sida

Protein i måltiden

Protein är det näringsämne som ger mest mättnad per energienhet (kalori). Proteinets mättnadseffekt och proteinets betydelse i viktreduktionssammanhang är undersökt i flera studier. Mängden protein i kosten bör vara densamma vid viktnedgång som vid viktstabilitet. Andelen protein (mätt i energiprocent) blir dock högre i minska-vikt-kosten eftersom energiinnehållet är lägre. Motivet för att inte minska mängden protein är framförallt dess betydelse för mättnadskänslan, vilket kan ha betydelse vid viktneigång och vidmakthållande av vikten. Proteinkomponenten bidrar även med viktiga näringsämnen.

Koster med särskilt stora mängder protein rekommenderas däremot inte. Kunskap om långsiktiga konsekvenser av hög proteinkonsumtion är begränsad. Negativa effekter på njurfunktion och benomsättning har lyfts fram som risker vid hög proteinkonsumtion under lång tid.

Glykemiskt index

Glykemiskt index (GI) indikerar hur mycket blodsockret kommer att höjas efter måltid. Kolhydratrika livsmedel med lågt glykemiskt index bryts ner långsammare i tarmen vilket ger en lägre och mer jämn blodsockerhöjning och en mindre insulininsöndring än de med högt glykemiskt index. Det är många olika faktorer som påverkar ett GI-värde. Glykemiska index kan användas för att välja mellan olika jämförbara alternativ. Bröd med hela korn och/eller surdeg ger långsammare blodsockerstegring än vitt bröd. Linser, bönor och ärtor har mycket lågt glykemiskt index. Hel frukt (undantag banan) ger lägre blodsockerstegring än ett glas juice. En bra tumregel är att välja något med lågt glykemiskt index till varje måltid. Att enbart använda sig av glykemiskt index som redskap vid viktnedgång är däremot inte tillräckligt eftersom indexet enbart innefattar förväntad blodsockerstegring och inte tar hänsyn till energiintaget vilket är nödvändigt.

FAKTA

En mättande måltid ska

- Innehålla en portion proteinrika livsmedel (t.ex. kött, fågel, fisk, skaldjur, mejeriprodukter, ägg, baljväxter)
- Innehålla relativt lite fett
- Innehålla mycket kostfiber (t.ex. ärtor och bönor, fullkornsriss/pasta, fullkornsbröd)
- Ha en stor volym med mycket att tugga
- Inte innehålla energirika drycker
- Gärna innehålla sådana kolhydratrika livsmedel som har ett lågt glykemiskt index

Matråd vid särskilda situationer vid prevention och behandling

Måltider vid nattarbete/skiftarbete

Personer med nattarbete eller skiftarbete kan behöva rådgivning och extra stöd för att kunna gå ner i vikt eller hålla normalvikt. De har ett svårare utgångsläge eftersom den naturliga dag- och nattrytmen förändras. Generellt kan sägas att kroppen mår bäst av att vila från mat på natten, eftersom kroppen har en försämrad förmåga att omsätta fett och socker nattetid. Patienter med natt- eller skiftarbete kan behöva/vilja äta lite på natten ändå.

Uppmuntra patienten att hålla liknande måltidsordning som när hon/han är vaken på dagen.

- Ät frukost på morgonen efter nattskiftet
- Ät lunch efter uppvaknandet
- Ät middagen tidigt på kvällen
- Ät helst inte efter kl. 24.00 på natten
- Om patienten behöver/vill äta på natten bör "lättare" mat väljas. Till exempel frukt, grönsaker, smörgås med magert pålägg och/eller magra osötade mejeriprodukter. Ofta uppskattas något "värmande": Varma osötade drycker med lågt energiinnehåll exempelvis "Varma koppen", buljongsuppor, olika teer kan vara bra val
- Undvik söta drycker, godis, fet mat och snacks

Måltider utanför hemmet

När man inte lagar sin egen mat kan det vara svårare att bedöma hur mycket energi måltiden innehåller. Här följer några tips som kan underlätta valen.

Färdiglagad mat

- Läs alltid näringsvärdesdeklarationen
- Välj rätter som ligger på cirka 500 kcal och mindre än 20 gram fett
- Nyckelhålsmärkningen kan vara vägledande
- Komplettera med extra grönsaker. Det går lätt att fylla på portionsformen med extra frysta grönsaker och värma samtidigt i mikrovågsugnen
- Tag en frukt till efterrätt om du inte blir mätt
- Färdiga soppor bör alltid kompletteras med smörgås, extra grönsaker samt en frukt
- Rätten bör kompletteras med grovt bröd och matfett om patienten inte behöver gå ner i vikt

Mat på lunchrestaurang

Många lunchrestauranger serverar stora portioner och feta maträtter. Det kan vara svårt att hitta lämplig lunchmat på restauranger. Det börjar dock komma fler restauranger med hälsosamma energilåga alternativ.

FAKTA

Goda råd till gästen i lunchmatsalen

VÄLJ:

Nyckelhålmärkta eller på annat sätt markerade hälsosamma alternativ.
Kokt potatis istället för stekt och pommes frites
Mycket grönsaker
Vatten som dryck

VÄLJ SÄLLAN ELLER UNDVIK HELT:

Panerade rätter
Gräddiga såser
Rätter med mycket ost, som gratänger, pastasås och pizza
Pajer
Stora portioner om du vet att du har svårt att lämna
Bufféer, eftersom de lockar till stora portioner. Om man är hänvisad till buffé ta då mycket grönsaker

Lunchen bör kompletteras med grovt bröd och matfett om patienten inte behöver gå ner i vikt.

Matdagbok – att registrera mat och dryck

Syftet med registreringen är att fokusera på det som äts och dricks. Registreringen kan göra det lättare att se vilka förändringar som behöver göras. Övningen är uppdelad i två steg. Först ska patienten noggrant *registrera* allt hon/han äter under fyra sammanhängande dagar. Därefter *analyseras* det som skrivits ner. Detta är en viktig del av övningen som syftar till att hitta mönster i matvanorna som behöver förändras.

Första steget

- Be patienten att skriva ner måltider: frukost, lunch, middag och vilka andra tillfällen när något äts eller dricks och om det är hemma eller på restaurang
- Be patienten beskriva vad och hur mycket som äts och dricks så noggrant som möjligt
- Ange mängden i gram, deciliter, matskedar, teskedar, cm, skivor, bitar eller styckevis
- Ange fetthalt på produkterna
- Ange om det är sötade eller osötade produkter

Exempel matdagbok

KLOCKSLAG / MÅLTID / PLATS	BESKRIVNING AV MAT OCH DRYCK Skriv så noggrant som möjligt Gärna ett livsmedel på varje rad	MÄNGD (dl, msk, tsk, gram, skiva)
Frukost kl. 08.00	En tallrik lättfil	2,5 dl
	Corn flakes	1,5 dl
	Fullkornssmörgås	1 skiva
	Margarin, Lätta	1 tsk
	Ost	1 skiva, 17 %
Mellanmål kl. 10.00	Banan	1 st
	Kaffe latte	1 dl kaffe + 1,5 dl mjölk, 3 %

Andra steget

Analys av matregistreringen. Det är en mycket viktig del av uppgiften. Registreringen ska först grundligt analyseras av patienten själv och sen vanligtvis tillsammans med vårdgivaren. Ju noggrannare registrering desto lättare går det att hitta mönster i matvanorna som behöver förändras.

TIPS

Ibland kan det svårt för patienten att hitta något att förändra och det kan vara svårt att förstå varför vikttnedgången uteblir. Då kan man fundera över om det kan bero på exempelvis:

MÅLTIDSORDNINGEN?

Det går för lång tid mellan måltiderna
Småätande mellan måltiderna; t ex godis, smörgås, kex, glass eller drycker som ger kalorier
Äter på natten

MÄNGDEN MAT?

Stora portioner
Tar om flera gånger av maten för att det är gott
Oplanerade intag av mat eller annat
"Socialt ätande" i umgänge med andra

LIVMEDELSVAL?

Smörgåsar och fikabröd i stället för mat
Liten mängd grönsaker och frukt
Fet mat som t ex pommes frites, panerad mat, gratänger, feta såser, mycket ost/ feta pålägg på smörgåsarna
Drycker som innehåller energi (t ex juice, saft, läsk, mjölk, öl, kaffe latte)
Mycket alkohol

VAR ÄTS MÅLTIDERNÄ?

Flera måltider på restaurang
Diskutera – stämmer matregistreringen med hur patienten brukar äta?
Om inte, vad är skillnaden?

REFERENSER

- Abrahamsson L, Andersson A, Becker W. *Näringslära för högskolan*. Liber 2006.
- Barnövervikt i praktiken – Evidensbaserad familjeviktsskola*. Paulina Nowicka & Carl-Erik Flodmark, Studentlitteratur 2006.
- Berg C et al. (2008). *Eating pattern and portion size associated with obesity in a Swedish population*. *Appetite* 2008, doi: 10.1016/j.appet.2008.07.008.
- Bra mat på jobbet*. Livsmedelverket. 2007
- Bra mat i skolan. Råd för förskoleklass, grundskola, gymnasieskola och fritidshem*. Livsmedelsverket 2007
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein TJ, editors. *The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response*. Copenhagen: World Health Organization; 2007
- Dagens rätt i Sverige*. Stockholms läns landsting. Tillämpad näringslära/Hälsomålet. Rapport 22. 2002
- de Castro J.M.(2004).*The time of day of food intake influences overall intake in humans*. *J. Nutr*, 134, 104-111
- Ebbeling, C. B., M. M. Leidig, et al. (2003). *"A reduced-glycemic load diet in the treatment of adolescent obesity."* *Arch Pediatr Adolesc Med* 157: 773-779
- Handlingsprogram övervikt och fetma 2004*. Stockholms läns landsting.
- Janson A, Danielsson P. *Överviktiga barn – en handbok för föräldrar och proffs*. Forum bokförlag 2003
- Mendelson et. Al (2007) *Dietary intervention for the treatment of obesity in adults*. Canadian Medical Association
- Nordic Nutrition Recommendations 2004, NORD 2004:13
- Paddon-Jones Douglas et. al. *Protein, weight management, and satiety*. *Am J Clin. Nutr* 2008;87(suppl): 1558S-61S
- Riksmaten barn – 2003. *Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige*. Livsmedelsverket 2006
- Satter E. *Eating Competence: Definition and Evidence for the Satter Eating Competence Model*. *Rewiew J Nutr Educ Behav*. 2007;39:S142-S153
- Schlundt el al. *The role of breakfast in the treatment of obesity: a randomized clinical trial*. *Am J Clin Nutr*. 1992;55(3): 645-651
- Svenska Näringsrekommendationer*. Livsmedelsverket 2005
- Thomas DE et al. (2007). *"Low glycaemic index or low glycaemic load diets for overweight and obesity"*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD005105
- Veldhorst M et al.(2008). *Protein-induced satiety: Effects and mechanisms of different proteins*. *Physiology and Behavior*, 94, 300-307
- Westerterp-Plantenga (2008). *Protein intake and energy balance*. *Regulatory Peptides* 149; 67-69
- World Health Organization (WHO). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. 2004

VETA MER

- Barn, mat och rörelse (Tips och råd till dig med barn som börjar skolan)* Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa. www.folkhalsoguiden.se
- Bra mat på jobbet*. Livsmedelverket. 2007
- Bädda för en god start*. Vårdguiden 2008
- Dagens rätt i Sverige*. Stockholms läns landsting.
- Tillämpad näringslära/Hälsomålet*. Rapport 22. 2002. www.folkhalsoguiden.se
- Hur mycket av "det lilla extra" kan du äta under en vecka?* Beställs på www.folkhalsoguiden.se/mat
- Hur mycket av "det lilla extra" kan du äta under en vecka? För dig mellan 6–18 år*. Beställs på www.folkhalsoguiden.se/mat
- Hur mycket frukt och grönt äter du varje dag?* Beställs på www.folkhalsoguiden.se/mat
- Hälsomålets mellanmålsguide*. (6–12 år). Stockholms läns landsting. www.folkhalsoguiden.se/mat
- Livsmedelsverket, www.slv.se
- Lätta tips (bilder, tips samt portionsstorlekar 6–13 åringar)* Västra Götalandsregionen, beställs av annika.nilsson-green@vgregion.se
- Matguiden, Karolinska Institutets folkhälsoakademi*. www.folkhaloguiden.se/matguiden
- Matmallen*. Livsmedelverket.
- Mellanmålsförslag* www.regionhalland.folkhalsa.se (kan beställas broschyr och affisch sockerfria mellanmål barn 2–10år), beställs hos Region halland tel. 035-179 800 (material/folkhälsa) alt. www.regionhalland.se
- Stephan Rössner, Anna-Karin Lindroos. *Fetma: Från gen till samhällspåverkan*. Student Litteratur 2007
- Vad kan jag göra? Informationsmaterial utgiven av Barnöverviktsenheten Region Skåne i samarbete med Folkhälsoenheten i Region Skåne*. Andra upplaga 2006, beställs på tel. 040-338300 alt. barnovervikt@skane.se
- Åt bättre (Råd och recept för Runda Barn)* Beställes hos Förlagshuset Gothia tel. 08-462 26 70 alt. www.gothiaforlag.se

FYSISK AKTIVITET

Inledning.....	144
Bakgrund.....	144
Positiva effekter av fysisk aktivitet	145
Barn	
Prevention.....	146
Behandling	147
Vuxna	
Prevention.....	148
Behandling	149
Fysisk aktivitet på recept.....	155
Referenser.....	156

Inledning

Fysisk aktivitet kan förändra både kroppssammansättning och vikt genom kroppens energibalans. Energibalansen påverkas av hur mycket energi som tas in genom maten och hur mycket som omsätts genom viloomsättning, matsmältning och fysisk aktivitet.

Bakgrund

Fysisk aktivitet i vardagen minskar

De förändringar i levnadsvanor som skett de senaste decennierna innebär att den fysiska aktiviteten i vardagen har minskat avsevärt. Faktorer som kan förklara att en stor del av befolkningen inte är tillräckligt fysiskt aktiv är att dagens samhälle uppmuntrar en stillasittande livsstil och motverkar fysisk aktivitet. Arbetsuppgifterna har blivit mindre fysiskt krävande och antalet bilar per hushåll har ökat. Utbudet av fysiskt passiv underhållning, datoranvändning och tv-tittande har ökat dramatiskt över tre till fyra decennier.

Försök att kvantifiera förändringar i fysisk aktivitet hos befolkningen i Sverige har gjorts men eftersom olika mätmetoder och definitioner använts är det svårt att jämföra resultaten. Undersökningar visar dock att låg utbildningsnivå och socioekonomisk status ökar sannolikheten för att nivåerna av fysisk aktivitet är otillräckliga ur hälsosynpunkt. I kombination med ändrade matvanor bidrar låga aktivitetsnivåer till en ökad förekomst av fetma och övervikt.

Hälsorisker vid inaktivitet

En fysiskt inaktiv livsstil är förenad med ökad risk att utveckla ett flertal sjukdomstillstånd, såsom kardiovaskulär sjukdom, diabetes typ 2, osteoporos och cancer. Dessa risker föreligger oberoende av fettmassans storlek. Det är vanligt att personer med fetma är mindre aktiva än normalviktiga. I praktiken innebär det att personer med övervikt/fetma ofta har en dubbel sjukdomsrisk. Under senare tid har forskare även uppmärksammat att tiden stillasittande per dygn i sig är en riskfaktor som skulle kunna addera ytterligare en risk. Man bör alltså skilja mellan inaktivitet och stillasittande.

Fysisk aktivitet hos barn

Det finns en allmän föreställning om att barn idag är mindre fysiskt aktiva än förr. Det saknas dock studier som kan bekräfta detta, framförallt på grund av att aktiviteten tidigare inte mättes på ett sådant sätt att det säkert går att jämföra energiförbrukningen över tid.

Resultat från andra studier tyder dock på att vanorna förändrats i riktning mot en ökad polarisering. Det betyder alltså att både gruppen barn som är stillasittande och gruppen som är föreningsaktiva har ökat.

Generellt ses en lägre aktivitetsnivå hos flickor än hos pojkar. Aktivitetsnivån minskar hos både flickor och pojkar från 11–12 års ålder. En betydande minskning av föreningsaktiva tonåringar sker i 15–19 års ålder. Tonåringar med fetma deltar betydligt mindre i skolidrott och organiserad fysisk aktivitet på fritiden än normalpopulationen.

Aktivitetsmönster etableras tidigt i livet och har sedan en tendens att följa individen upp i vuxenlivet. Inaktiva barn blir, i högre grad än aktiva, inaktiva även som unga vuxna.

Positiva effekter av fysisk aktivitet

Generella effekter

Fysisk aktivitet påverkar människokroppen både genom akuta effekter, i direkt anslutning till aktiviteten, och genom de fysiologiska anpassningar som sker på längre sikt. Exempel på akuta effekter är sänkta nivåer av stresshormoner, minskad trombogenes och ökad fettomsättning. På längre sikt ses förbättrad hjärtmuskelfunktion, starkare muskulatur, förbättrad muskelmetabolism med ökad insulinkänslighet, starkare skelett och broskvävnad, sänkning av blodtryck och positiv påverkan på hormonsystem och blodfetter. Regelbunden fysisk aktivitet påverkar även hjärnans funktioner med positiva effekter på välbefinnande, nedstämdhet och depression samt minnesfunktion och stress.

En annan viktig positiv effekt är att fysisk aktivitet, framför allt styrketräning, kan öka muskelmassan vilket leder till ökad viloomsättning. Ju större muskelmassa som byggs upp, desto större är också förutsättningarna att hålla energiomsättningen på en högre nivå.

Psykologiska effekter av fysisk aktivitet vid övervikt/fetma

Det är väl känt att fysisk aktivitet ökar välbefinnandet hos individer med fetma. Program för fysisk aktivitet har antidepressiva, ångstdämpande och stämningshöjande effekter samt ökar förmågan att hantera stress. Även kroppsuppfattningen tycks påverkas positivt. Individer med fetma som blivit mer aktiva får också en mer positiv inställning till sitt eget utseende.

Självförtroende och coping, det vill säga tilltron till sin egen förmåga att kunna hantera livets besvärigheter, ökar också efter vikttnedgång med hjälp av fysisk aktivitet.

Sjukdomsförebyggande effekter vid övervikt/fetma

Den skyddande effekten som fysisk aktivitet har på många av de följdsjukdomar som förknippas med övervikt och fetma gör att en fysiskt aktiv livsstil är ett effektivt sätt att kompensera för de negativa effekterna av fetman. Individer med övervikt/fetma som är fysiskt aktiva har en lägre mortalitetsrisk än fysiskt inaktiva normalviktiga.

Trots att det i stor utsträckning saknas studier gjorda på individer med BMI >40 finns stark anledning att tro att de hälsofrämjande effekterna av fysisk aktivitet gäller även för dem. Det är därför viktigt att informera den överviktiga patienten om nyttan av att vara fysiskt aktiv – även om det inte alltid syns på vågen.

Hälsoeffekterna av regelbunden fysisk aktivitet är långt fler än med andra etablerade behandlingsmetoder, såsom läkemedel eller kirurgi. Motionens biverkningar är dessutom oftast små och kan till stor del avhjälpas med träningsprogram utformade av sjukgymnast.

Barn – prevention

Sverige har anslutit sig till de nordiska rekommendationerna om minst 60 minuter fysisk aktivitet dagligen för barn, på minst måttlig intensitetsnivå, vilket kan delas upp på flera pass. Den senaste forskningen tyder dock på att det behövs mer än 60 minuter per dag för att nå hälsofrämjande effekter. Det förefaller också vara så att det behövs fysisk aktivitet av både måttlig och hög intensitetsgrad för att påverka BMI.

Ett sätt att mäta fysisk aktivitet är med stegräknare. Viktstabla, normal-viktiga pojkar mellan sex och tolv år går i genomsnitt 15 000 steg per dag, och flickor i samma ålder går 12 000 steg per dag. Detta kan ses som en allmän rekommendation för prepubertala barn.

Det finns goda grunder för att påstå att meningsfull prevention av viktökning hos barn kan åstadkommas genom att minska stillasittandet, framför allt TV-tittandet. TV-tittande är en av de aktivitetsfaktorer som har starkast samband med BMI-utveckling där de som spenderar mer än två timmar per dag framför TV/dator har ökad risk för övervikt.

Skolan är en viktigt arena eftersom den når alla barn. Skolbaserade insatser för att främja fysisk aktivitet kan bestå bland annat av ökning av ämnet idrott och hälsa, stöd i beteendeförändringar och utbildning av lärare.

FAKTA

Rekommendation för barn och unga

- Minst 60 minuter fysisk aktivitet varje dag. Aktiviteten bör inkludera både måttlig och hård aktivitet.
- Aktiviteten kan delas upp i flera pass under dagen.
- Aktiviteterna bör vara så allsidiga som möjligt för att ge kondition, muskelstyrka, rörlighet, snabbhet, kortare reaktionstid samt koordination.

(www.fhi.se)

Barn – behandling

Vid behandling av fetma genom fysisk aktivitet gäller samma rekommendationer som vid prevention. Liksom för vuxna är det viktigt att utgå från nuvarande aktivitetsnivå. Man bör tänka på att upplevd intensitetsnivå kan vara helt olika för två individer vid samma aktivitet, till exempel promenad i fem kilometer per timme, beroende på hur tränad man är och hur mycket vikt man bär på.

Anledningarna till att vissa barn och tonåringar är inaktiva kan vara många och varierade. En del av behandlingen bör därför vara att kartlägga och upptäcka eventuella hinder för fysisk aktivitet. Klinisk erfarenhet visar att det inte är ovanligt att barn och tonåringar med fetma har ledsmärta vid fysisk aktivitet, framförallt i knäleder och fotvalv. För att undvika smärta behöver man ibland anpassa träningen i början. Träning i bassäng eller på motionscykel är exempel på avlastad träning.

Låg självkänsla, eller låg tillit till sin förmåga att utföra fysisk aktivitet, kan vara ett annat skäl till att man inte är tillräckligt fysiskt aktiv. Ungdomar med låg självkänsla är mer stillasittande och mindre fysiskt aktiva än de med hög självkänsla. Man har även sett ett samband mellan självtillit och utövande av fysisk aktivitet. Möjligheten för barn att göra egna val är en viktig faktor för att förändringen ska bli långvarig. Därför är det viktigt att främja barnens egna initiativ, och lyssna på deras behov och upplevda hinder.

”Möjligheten för barn att göra egna val är en viktig faktor för att förändringen ska bli långvarig. Därför är det viktigt att främja barnens egna initiativ, och lyssna på deras behov och upplevda hinder.”

Att ge råd om fysisk aktivitet till barn och föräldrar

Vid samtal om fysisk aktivitet med barn kan man använda sig av de frågor som finns beskrivna på sidan 153 där man, liksom för vuxna, utgår ifrån det stadium barnet befinner sig i. Nedan följer några tips på saker att ta upp i samtalet:

- Skolgymnastik – deltar barnet? Om inte, varför? Behöver man kontakta idrottsläraren?
- Skolväg – kan vara ett sätt att få in vardagsaktivitet genom att gå eller cykla istället för att få skjuts. Om barnet får skjuts till och från skolan missar man 10 tillfällen till fysisk aktivitet varje vecka.
- Gemensamma aktiviteter i familjen. Barn till fysiskt aktiva föräldrar är mer fysiskt aktiva. Kan familjen lägga till någon aktivitet?
- Aktivitet helger/lov – aktivitetsgraden sjunker ofta under helger och på lov, vilket man bör ha i åtanke vid rådgivning.
- Minska inaktivitet – mindre tid framför TV/Data kan vara ett mål i sig. Undvik att ha TV i sovrummet.
- Realistiska mål - fler små steg som barnet har en realistisk chans att åstadkomma är bättre än få stora steg med större risk för misslyckande.
- Notera och följ upp råd och rekommendationer.

När man pratar om intensitetsgrad kan det vara bra att visa konkret vilken intensitet barnet bör ha genom att utföra aktiviteten tillsammans med barnet. Man kan även förtydliga intensitetsgraden med att de till exempel ska bli svettiga, få högre puls och bli andfådda.

Kondition, som är en av de viktigaste effekterna av fysisk aktivitet, är en färskvara som kräver livslångt underhåll. Eftersom barn ofta har ett kortare tidsperspektiv än vuxna är det av vikt ge barnet kortare uppföljningsmål och uppmärksamma resultat inom den närmaste framtiden. Det övergripande målet är att barnet ska fortsätta vara fysiskt aktiv även i vuxen ålder.

Vuxna – prevention

Hur mycket behövs för att uppnå hälsoeffekter?

Evidensen är stark för att de positiva hälsoeffekterna (se sidan 145) uppnås redan vid fysisk aktivitet av måttlig intensitet i minst 30 minuter minst fem dagar per vecka. Aktiviteten bör vara av typen konditionsträning, exempelvis promenader, stavgång, joggning, dans, simning eller cykling. De 30 minuterna kan delas upp i tre tiominuters pass eller två pass om 15 minuter. Intensivare träning i 20 minuter minst tre gånger per vecka kan ersätta de fem dagarna med 30 minuters aktivitet av måttlig intensitet.

Måttlig intensitet innebär att man upplever aktiviteten som måttligt ansträngande, det vill säga att man blir lite andfådd, pulsen ökar, man blir varm och eventuellt lite svettig. Generellt kan man säga att en aktivitet med måttlig ansträngningsnivå motsvarar en rask promenad i pratvänlig takt. Vilken typ av aktivitet som motsvarar måttlig ansträngning i praktiken varierar förstås avsevärt beroende på utgångsläget för den enskilda individen.

Fetma förekommer ofta tillsammans med förhöjt blodtryck, blodfetterubbningsar och insulinresistens. I längre perspektiv kan detta leda till diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar och därmed även ökad mortalitet. Daglig fysisk aktivitet om 30 minuter kommer även att minska risken för flera av fetmans följsjukdomar, såsom insulinresistens, diabetes typ 2 och högt blodtryck.

Hur mycket behövs för att förebygga övervikt/fetma?

Fysisk aktivitet bör alltid vara en del i strategin för att förebygga övervikt. Studier har visat att viktstabila normalviktiga vuxna går mellan 10 000 och 12 000 steg per dag, vilket kan ses som en allmän rekommendation. 45–60 minuter per dag av måttligt intensiv fysisk aktivitet skyddar mot ohälsosam viktökning hos dem som inte förut varit överviktiga.

För viktkontroll efter en viktminskning behövs dock mer: 60–90 minuter per dag. Det är betydligt mer än vad som räcker för att få goda allmänna hälsoeffekter och för att förebygga viktökning hos dem som inte varit överviktiga. Personer som har varit feta och minskat i vikt verkar ha en ökad sårbarhet för att öka i vikt. Här spelar troligtvis faktorer som genetik, hormonbalans, förlorad muskelmassa och risk för att återgå till gamla matvanor troligtvis in.

FAKTA

Rekommendation för fysisk aktivitet för vuxna

Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten.

I ÖVRIGT GÄLLER:

Man kan uppnå samma hälsovinster genom att träna åtminstone 3 x 30 minuter med hög intensitet varje vecka

De som är mest stillasittande har mest att vinna på att öka sin aktivitet

Fysisk aktivitet kan ackumuleras i kortare tidsperioder per pass under dagen

För att förebygga viktuppgång krävs 45 till 60 minuter fysisk aktivitet på minst måttlig nivå varje dag

För att uppnå viktstabilitet efter viktnedgång bör man vara aktiv 60 till 90 minuter per dag på minst måttlig intensitetsnivå

Äldre personer rekommenderas anpassad styrke-, balans- och rörlighetsträning

(www.fhi.se)

Vuxna – behandling

Fysisk aktivitet i viktreduktionsbehandling

Öka energiomsättningen

Fysisk träning ökar energiomsättningen och förbättrar kroppens kapacitet att använda fett som bränsle. Dock leder inte fysisk aktivitet alltid till viktminskning. Muskelmassa har högre densitet än fett (1100 g/l respektive 900 g/l) och det kan göra att man minskar fettmassan i kroppen trots bibehållen vikt. Det bästa sättet att utvärdera effekterna av motion är att mäta midjan. Vanligaste orsaken till utebliven viktminskning trots ökad fysisk aktivitet är att energiintaget fortfarande är för högt.

Att omsätta kalorier med fysisk aktivitet tar tid och kan vara mycket ansträngande och i vissa fall även smärtande om man är bär på många kilo. Som exempel tar ett enda digestivekex med 1 msk dessertost på (125 kcal) cirka 30 minuter rask promenad att omsätta. Det är därför viktigt att ha realistiska förväntningar på hur mycket effekt fysisk aktivitet kan ge på fettmassan.

För att få märkbar effekt på vikten (minus 0,5 kg/vecka) endast med hjälp av fysisk aktivitet krävs 60–90 minuter måttlig aktivitet (t.ex. rask promenad) varje dag *eller* minst 30 minuters hård aktivitet (t.ex. löpning) varje dag. Detta förutsätter självklart att energiintaget inte ökar.

Minska fysiska besvär

Många överviktiga eller feta patienter har besvär från rörelse- och stödjeorganen. En del av besvären kan lindras eller förebyggas med fysisk aktivitet oavsett om en viktminskning sker eller ej.

Vid en viktförändring ändras hållning och tyngdpunkt i kroppen och många kan paradoxalt nog få *mer* ont i rygg eller leder när vikten minskar. Fysisk aktivitet i form av balansträning, hållningsövningar och styrketräning kan förebygga eller lindra detta.

FAKTA

Om vi utgår från att ett kilo fettväv på kroppen motsvarar cirka 7800 kcal och att en rask promenad på 30 min omsätter cirka 150 kcal tar det nästan två månader att gå ned ett kg om man börjar promenera en halvtimme varje dag. Det förutsätter dessutom att man legat i viktbalans innan.

Rehabilitering – sjukgymnastik

Cirkulatoriska sjukdomar, smärttillstånd, ledbesvär, neurologiska handikapp med mera kan för en del patienter göra de vanliga råden om till exempel promenader inadekvata eller till och med kontraindicerade. Då fysiska åkommor utgör ett hinder kan patienterna ha nytta av att komma i kontakt med en sjukgymnast för att få hjälp med individuella motionsråd. Även patienter som till exempel har en hjärtsjukdom, sitter i rullstol eller har grav astma kan öka sin fysiska aktivitet och därigenom nå bättre hälsa.

Öka kroppskännedom – självkänsla

Utöver positiva fysiologiska effekter kan specifik fysisk aktivitet i form av basala kroppskännedomsövningar ha stort värde. Det gäller speciellt för dem med grav övervikt (BMI >35). Det är väl dokumenterat att kroppskännedomsövningar bidrar till bättre förmåga att tolka och hantera kroppens signaler och till att lära känna sin kropps begränsningar och förmågor. Denna specifika form av fysisk aktivitet används framför allt av sjukgymnaster inom psykiatri och ätstörningsvård och torde vara av stor nytta även för patienter med övervikt eller fetma.

Faktorer att ta hänsyn till vid fysisk aktivitet vid övervikt/ fetma

Det som normalt anses vara lätt arbete (t.ex. promenad) kan vara mycket ansträngande för en otränad eller överviktig person.

Eftersom patientgruppen är heterogen både vad det gäller aktivitetsnivå och fysisk kapacitet är det viktigt att alltid utgå från den enskilde patientens status. Ekonomi, tidsbrist, smärta och rörelsehinder kan påverka valet av aktivitet. För de mest inaktiva och rörelsehindrade kan det till en början handla om att ta en mikropaus och resa sig från soffan eller skrivbordet snarare än att planera in raska promenader. Man kan snarare tala om rehabilitering än träning.

Hos en del patienter kan fettvolymen i sig utgöra ett så stort mekaniskt och/eller socialt hinder att det inte är möjligt att uppnå en hälsosam fysisk aktivitetsnivå utan initial viktnedgång.

Kontraindikationer

Det finns få kontraindikationer för fysisk aktivitet, men träningen ska ta hänsyn till andra sjukdomar.

Åtgärd: Vid ischemisk hjärtsjukdom avstås från intensiva arbetsintensiteter (Borg skala 15–16). Styrketräning vid hypertoni bör ske med lätta vikter och många repetitioner. Vid osäkerhet hänvisa till sjukgymnast för specialistråd.

Inkontinens

Upp emot 80 procent av kvinnor med fetma har ansträngningsinkontinens (20 procent i normalpopulationen) vilket kan göra att de drar sig för att delta i grupp eller simma.

Åtgärd: Bäckentträning hos uroterapeut, inkontinensbyxor.

Smärta

Vanligt framför allt i rygg och nedre extremiteter.

Åtgärd: Aktiviteter där kroppsvikten är avlastad, till exempel vattengymnastik, simning, cykling och stavgång är skonsamma och väl lämpade vid fetma. Hänvisa till sjukgymnast vid behov. Skoinlägg kan behövas vid exempelvis utplanade fotvalv. Vid behov remittera till ortopedtekniska för utprovning.

Förflyttningssvårigheter

Svårighet att komma upp från låga möbler eller upp från marken om man ramlat kan leda till att patienten inte vågar gå ut och promenera eller delta i sociala aktiviteter.

Åtgärd: Träna vardagsförflyttningar. Kontakta sjukgymnast eller arbetsterapeut för ergonomiska råd och eventuella hjälpmedel.

Skavsår

Uppstår ofta mellan låren eller mellan valkar och smärtar vid aktivitet.

Åtgärd: Tejpa utsatta ställen med "idrottstejp" eller smörj rikligt med fet kräm. Använd cykelbyxor eller kalsonger med långa ben.

Sociala hinder

Många patienter med fetma drar sig för att besöka gym och badhus då de känner sig uttittade och utanför. Tidiga negativa erfarenheter av idrott på fritid eller i skolan kan också utgöra stora mentala hinder.

Åtgärd: Använd gärna uttryck som rörelse eller fysisk aktivitet, istället för motion och träning vid samtal för att inte väcka gamla fördomar till liv. Att erbjuda speciellt riktade aktiviteter för dem med fetma kan få patienter (speciellt barn) att våga pröva aktiviteter de annars drar sig för. Vardagsmotion, där man inte behöver byta om, är bra för att minska fokus på utseendet. Promenader och träning med utrustning i hemmet är ett annat bra alternativ för den som känner sig obekväm med andra.

Tidsbrist

Åtgärd: Vardagsmotion/smygmotion i vardagslivet (även benämnd NEAT, Non Exercise Activity Thermogenesis) har påvisbara hälsoeffekter och bör stimuleras. Smygmotion innebär att man utnyttjar varje tillfälle att ytterligare påverka förbränningen. Möjligheten att stå upp i stället för att sitta, att ta trappan i stället för hissen eller rulltrappan, eller att parkera bilen längre bort på parkeringsplatsen är alla exempel på smygmotion. I dag vet vi att allt som kan göras, oavsett hur lite, är bättre än stillasittande.

Låg självkänsla

Åtgärd: Rimlig nivå på aktiviteten, så att patienten/personen lyckas med aktiviteten ifråga och därigenom ökar sitt självförtroende för fysisk aktivitet vilket leder till ökad motivation att vidmakthålla förändringen.

Brist på stöd

DISKUTERA/UTFORSKA Hos framför allt tonåringar kan brist på uppmuntran från föräldrar, andra vuxna eller kompisar utgöra ett hinder för fysisk aktivitet.

Åtgärd: Informera om betydelsen av yttre stöd för vidmakthållande av fysisk aktivitet.

Att stödja patienten att öka sin fysiska aktivitet

Målet är att varje patient ska öka sin fysiska aktivitet utifrån sina egna förutsättningar. Patientens fysiska aktivitet ska på lång sikt i huvudsak ske utanför sjukvårdens regi som en integrerad del i vardagslivet och som organiserade fritidsaktiviteter. Vi vet dock att det är av stort värde att få hjälp att komma igång eller prova på aktiviteter under trygga och strukturerade former. Studier har visat att ökade insatser från sjukvården för att främja fysisk aktivitet kan spela stor roll.

Det finns dessutom belagt att man ökar följsamheten och vidmakthållandet om samtalet kompletteras med en skriftlig ordination (FaR® se nedan). Att använda stegmätare och fysisk aktivitetsdagbok, samt om man har möjlighet att erbjuda motionsgrupper eller annat socialt stöd gynnar också en långvarig beteendeförändring. Fysisk aktivitet lämpar sig speciellt väl för registrering, eftersom man kan dokumentera nästan all sin dagliga rörlighet med stegräknare.

Här följer ett förslag på samtalsguide med praktiska råd relaterade till i vilket stadium i sin livsstilsförändring patienten befinner sig. Förslaget kan också knytas till modellen för problemlösning som beskrivs i kapitlet Hur förändras livsstil?, sidan 33.

SAMTALSGUIDE

1. Begrundandestadiet – att väcka tanken hos en inaktiv patient

Det motiverande samtalet måste alltid vara utgångspunkten där man kartlägger och analyserar patientens önskemål, behov och förutsättningar.

DISKUTERA/UTFORSKA

Diskutera och utforska patientens tankar kring fysisk aktivitet. Här finns tillfälle att diskutera skenbara och reella hinder och möjligheter, avslöja myter, tidigare goda och dåliga erfarenheter och informera om alla de positiva effekter man kan uppnå.

TÄNK PÅ ATT...

Kunskapsinhämtning kan ske antingen i det enskilda samtalet och/eller i form av gruppföreläsningar med sjukgymnast om tillgång finns.

FRÅGOR

"Har du någon fysisk aktivitet på ditt arbete? På din fritid? Övrig motion?"

"Hur många steg/minuter/kilometer rör du dig sammanlagt/dag?"

"Är du med i skolidrotten? Vad gör ni på rasterna?"

"Vad tycker du om den fysiska aktivitetsnivå du har idag?"

"Hur tror du att det skulle påverka din hälsa och din vikt om du rörde dig mer?"

"Skulle du vilja veta mer om sambandet mellan fysisk aktivitet och vikt?"

"Vilka fördelar skulle du ha av att öka din fysiska aktivitet? Vilka nackdelar?"

PRAKTISKA VERKTYG

Kartlägg gärna patientens aktivitetsnivå med hjälp av stegmätare och/eller aktivitetsdagbok.

SAMTALSGUIDE *forts.*

2. Förberedelsestadiet

DISKUTERA/UTFORSKA

Diskutera och utforska realistiska mål och förväntningar på viktförändringar. Informera om lämpliga motionsformer, dela ut eventuellt material från lokala aktivitetsforum. Sker samtalet i grupp kan patienter tipsa varandra samt ibland även komma överens om att motionera tillsammans.

TÄNK PÅ ATT...

Patientens mål med träning är inte alltid vikttnedgång utan kan omfatta bättre kondition, ökad styrka eller förändrad figur. Försäkra dig om att patientens mål är i fokus när planen formuleras.

Planen för fysisk aktivitet ska vara individuellt anpassad och konkret vad gäller:

- Typ av aktivitet.
- Dos, det vill säga hur ansträngande, hur långt (tid eller sträcka) och hur ofta aktiviteten ska utföras
- Eventuella restriktioner

Dokumentera gärna planen skriftligt med ett fysiskt aktivitet på recept (FaR® se nedan)

Det är också viktigt att komma överens om hur och när man ska utvärdera planen.

FRÅGOR

"Vad skulle du vilja göra mer?"

"Vad gör vänner/ syskon!? Skulle du vilja prova något av det?"

"Vad har du för målsättning med att bli mer aktiv?"

"Hur tror du det kommer att påverka din hälsa? din vikt?"

"Vad skulle kunna hindra dig från att vara mer fysiskt aktiv?"

"Hur ska det gå till?"

"Vad är det första du ska börja med?"

"När ska du börja?"

"Vad kan du göra idag?"

PRAKTISKA VERKTYG

Använd gärna stegmätare och för fysisk aktivitetsdagbok kontinuerligt om patienten vill. Mät midjemåttet för att ha som utvärderingsverktyg.

Om möjlighet finns utför gärna ett konditionstest eller gångtest samt test av styrka och balans.

Inventera patientens egna idéer och resurser. Kanske har patienten redan en träningscykel, en träningsvideo eller ett par hantlar.

3. Handlingsstadiet

DISKUTERA/UTFORSKA

Upplevda svårigheter, återfall i inaktivitet, känslomässiga reaktioner, eventuella smärtor eller obehag vid aktiviteten.

TÄNK PÅ ATT:

Inte gå ut för hårt.

FRÅGOR

"Hur har du ökat din fysiska aktivitet?"

"Vad har fungerat bra?"

"Har du lagt märke till några positiva effekter?"

"Hur har du det med dina mål?"

"Är det något mer du behöver göra för att kunna fortsätta?"

"Vilken typ av stöd behövs från vänner/ familj/ skola för att fortsätta?"

PRAKTISKA VERKTYG

Följ upp stegmätning och/eller aktivitetsdagbok. Följ midjemått och om fystester gjorts tidigare kan det vara bra att göra nya efter en tid som utvärdering och motivationshöjare.

4. Vidmakthållande

DISKUTERA/UTFORSKA

Kartlägg risker för återfall.

TÄNK PÅ ATT...

Förebygg återfall genom att planera strategier i förväg. Utnyttja patientens tidigare erfarenheter. Inkörda vanor, disciplin och omgivande stöd är viktigt för att ta sig igenom perioder av sviktande motivation.

FRÅGOR

"Vad skulle kunna hindra dig från att fortsätta?"

"Hur ska du göra när det blir kallt, vid sjukdom, semester, terminsslut osv?"

"Hur belönar du dig?"

"Hur uppmuntrar föräldrarna barnet till fortsatt fysisk aktivitet?"

PRAKTISKA VERKTYG

Tips för att hålla motivationen uppe:

Använd stegmätare och kartlägg hur många steg det blir per dag. Sätt upp mål och slå egna dagsrekord. Eller bestäm dig för att öka genomsnittet per vecka.

Mät midjemåttet regelbundet, t.ex 1 gång per vecka. Man ska vara medveten om att ökad muskelmassa kan göra att vikten står stilla trots att fettmassan minskat. Att mäta midjemåttet är då ett sätt att se den positiva förändringen. Konditionsmätningar och styrketester är ett annat sätt att behålla fokuseringen.

Ha en "fysisk aktivitets"-kalender på kylskåpet där man kan fylla i antal steg och eventuella motionsaktiviteter.

Var uppmärksam på alla (inte bara rent fysiska) konkreta positiva effekter som till exempel "orkade gå hela backen utan paus", "orkade ta trappan istället för hissen", "sover bättre", "mindre ont i ryggen", "kan röra mig lättare", "fått trevliga kompisar på gympan", "känner mig duktig efteråt".

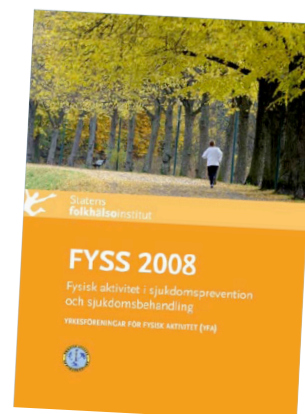
Fysisk aktivitet på recept

Fysisk aktivitet på recept (FaR®) är en behandlingsmetod som används vid övervikt, fetma och följsjukdomar. Metoden innebär att legitimerad sjukvårdspersonal skriftligt ordinerar fysisk aktivitet som komplement till, eller ersättning för, läkemedel och annan behandling. Receptet skrivs i samråd med patienten och intensitet, behandlingsperiodens längd, frekvens och typ av aktivitet anpassas individuellt. Metoden bygger på att patienten är motiverad till livsstilsförändringar. Patienten utövar aktiviteterna på egen hand eller i gruppverksamheter som bedrivs av olika aktivitetsarrangörer såsom föreningar, patientorganisationer eller träningscenter. FaR® betraktas inte som sjukvårdande behandling utan är en aktivitet som patienten utför på eget ansvar.

Ordinationen kan innefatta allt ifrån ett enkelt skriftligt råd på en aktivitet till en helhetslösning med en stödjande struktur från förskrivare, aktivitetsarrangör eller ledare. Som stöd för ordinationen kan man finna sjukdomsanpassade råd och anvisningar i FYSS (FYsisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling). FYSS sammanfattar kunskapsläget och innehåller förslag på fysisk träning och olika aktiviteter med hänsyn till aktuellt hälsotillstånd, ålder, kön med mera.

Receptutfärdare är läkare och övrig legitimerad vårdpersonal med god kompetens och tillräcklig kunskap om den aktuella patientens hälsostatus och om vilken aktivitet som är mest lämplig. Delegering till annan icke legitimerad yrkesgrupp kan göras. Den som förskriver FaR® ska ha kunskap om motivationssamtalets betydelse och om hur fysisk aktivitet kan användas i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.

Vårdgivaren kan hänvisa till friskvårdsaktörer utifrån lokala förutsättningar. Stockholms FaR-ledarnätverk samarbetar med landstinget och utbildar ledare i föreningslivet för att kunna ta emot deltagare som ordinerats fysisk aktivitet. Aktiviteter som ordinerats på recept bedrivs utanför sjukvården och eventuella kostnader ingår inte i högkostnadsskyddet för sjukvård, däremot erbjuder många föreningar eller friskvårdsaktörer, som har FaR-aktiviteter, ett lägre pris och extra stöd till patienter som har fått recept på fysisk aktivitet. Ordination kan självklart även göras till egen aktivitet utan medverkan av olika friskvårdsaktörer, såsom promenader, stavgång, jogging etcetera.



FYSS

FYSS sammanfattar kunskapsläget och innehåller förslag på fysisk träning och olika aktiviteter med hänsyn till aktuellt hälsotillstånd, ålder, kön med mera.

Fysisk aktivitet på recept

Ordinationen kan innefatta allt ifrån ett enkelt skriftligt råd på en aktivitet till en helhetslösning med en stödjande struktur från förskrivare, aktivitetsarrangör eller ledare.

REFERENSER

Riktlinjer för FaR i SLL.

Nordiska Rådet. *Nordic Nutrition Recommendations. 4. uppl. Integrating nutrition and physical activity*. Rapport Nord 2004:13. Köpenhamn: Nordiska Rådet; 2004.

VETA MER

www.fyss.se

www.farledare.se

www.cefam.se

www.folkhalsoguiden.se

www.fhi.se

SAMHÄLLSINRIKTAT HÄLSOARBETE

Inledning.....	158
Att förebygga övervikt och fetma.....	158
Varför ökar förekomsten av övervikt och fetma?	159
Huvudaktörer i det samhällsinriktade hälsoarbetet.....	164
Landstinget.....	165
Kommunen	170
Lokalt hälsofrämjande arbete	176
Sigtuna kommun.....	178
Upplands Väsby kommun.....	180
Upplands-Bro kommun	182
Nynäshamns kommun.....	183
Referenser	184

SAMHÄLLSINRIKTAT HÄLSOARBETE

Inledning

Samhällsinriktat hälsoarbete handlar om att skapa förutsättningar för att människor ska kunna leva ett hälsosamt liv. Att förebygga övervikt och fetma är en del i det. Det samhällsinriktade arbetet kräver att många aktörer samverkar så att problemet angrips på många olika sätt.

Att förebygga övervikt och fetma

Alla kan påverka!

I det samhällsinriktade hälsoarbetet ryms såväl förebyggande som hälsofrämjande arbetssätt. Ansatsen är att både motverka sjukdomar och att stärka goda vanor. Båda perspektiven behövs och är lika viktiga. Det handlar om att möta allmänna behov hos stora befolkningsgrupper såväl som mer specifika behov hos enskilda individer.

I denna del av handlingsprogrammet är ambitionen att lyfta fram det hälsofrämjande perspektivet och visa på möjliga vägar att främja hälsa.

Barn och unga är den högst prioriterade gruppen. Att nå fram till barnen är viktigt, men att nå fram till de vuxna som återfinns omkring barnen är ännu viktigare. Orsakerna till de allra flesta barns övervikt och fetma står att finna i den omgivande miljön. Det är de vuxna som sätter ramarna för livsbetingelserna och som därmed är de som har möjlighet att förändra dessa. Därför är ett arbete inriktat mot barn också ett arbete inriktat mot vuxna, som föräldrar, skolpersonal, samhällsplanerare och idrottsledare.

Med tanke på de olika förutsättningar som finns inom länet när det gäller folkhälsoarbete är det inte möjligt att redovisa någon universallösning för ett samhällsinriktat hälsoarbete mot övervikt och fetma. Det måste istället vara den enskilda kommunen som i samverkan med landstinget finner strategier och metoder anpassade efter det lokala behovet. Det står dock klart att i det hälsofrämjande arbetet bör alla berörda aktörer vara med vid planering av åtgärder och att metoderna måste vara många och av olika slag. Ofta bör åtgärder för både utbud och efterfrågan följa varandra och inriktningen bör vara åtgärder på både kort och lång sikt. Dessutom leder samverkan mellan olika aktörer oftast till en önskvärd integrering i ordinarie verksamhet.

Allting hänger ihop!

Stockholms läns landsting har flera andra policy- och styrdokument som stödjer arbetet mot övervikt och fetma. Här presenteras ett par av dessa. Dokumenten finns att läsa i sin helhet på www.uppdragsguiden.sll.se.

Folkhälsopolicy

Folkhälsopolicyns övergripande mål är ”en god och jämlik hälsa för alla i länet”. Policyn klargör att det är alla landstingets förvaltningars och bolags uppgift att arbeta för en god hälsa hos länets befolkning.

Flera av policyns mål har nära koppling till det överviktsförebyggande arbetet, exempelvis målen om goda livsvillkor och om hälsosamma levnadsvanor.

År 2008 antog landstingsfullmäktige Handling för hälsa 2008 – 2010, en handlingsplan med prioriterade insatser baserad på landstingets folkhälso-policy, aktuellt hälsoläge och politiska prioriteringar. Flera av insatserna stödjer direkt eller indirekt det överviktsförebyggande arbetet.

Kostpolicy

Stockholms läns landsting är en av landets största upphandlare av måltider och livsmedel. Förutom patientmåltider erbjuds måltider till personal och besökare. Många verksamheter som bedrivs eller är upphandlad av landstinget som cafeterior, butiker och automater tillhandahåller också livsmedel.

Kostpolicyn innebär att verksamhetens hantering och utbud av måltider och livsmedel ska främja hälsa och motverka sjukdom.

Personalpolicy och Hälsoplan

Stockholms läns landsting är landets största arbetsplats med cirka 45 000 anställda. Det är en stor del av länets befolkning. Räknar man dessutom in familjer och vänner blir det tydligt att en aktiv personalpolitik har stora möjligheter att påverka folkhälsan i länet i en positiv riktning. Landstingets hälsoarbete bör också tjäna som förebild för andra arbetsgivare i länet.

Personalpolicyn kan ses som en plattform för personalpolitiken ute i verksamheterna. Hälsoplanens mål är att skapa hälsofrämjande arbetsplatser. Friskvård är en viktig del i detta arbete.

Varför ökar förekomsten av övervikt och fetma?

Förändringar i matvanor

I en storstad som Stockholm finns det ett ständigt utbud av energität mat under dygnets alla timmar. För många människor kan detta medföra en stor hälsorisk.

Det finns få undersökningar som visar hur matvanorna hos befolkningen i Stockholms län ser ut. Med stor sannolikhet har dock utbudet av livsmedel och matställen betydelse för måltidsmönster och livsmedelsval. Befolkningen i Stockholm har exempelvis större utgifter för måltider utanför hemmet jämfört med övriga landet.

Nationella data visar att tillgången på mat för konsumtion ökar samtidigt som energibehovet snarast minskar. Mellan 1995 och 2005 ökade således

”Aldrig har så många träningstillfällen genomförts i föreningar och på gym, paradoxalt nog talar mycket för att vi ändå är ett mer stillasittande folk än någonsin tidigare i historien.”

tillgången till energi i mat med 8 procent. Om man ser på enskilda livsmedel så har konsumtionen av konditorivaror, godis, snacks, läsk, cider och alkoholdrycker ökat kontinuerligt. Dessa produkter är energitäta och näringsfattiga och kan kopplas till förekomst av fetma. Samtidigt visar data från Stockholms läns folkhälsoenkät att också fruktkonsumtionen har ökat de senare åren. I resurssvaga områden är det vanligare att till exempel äta ensam, hoppa över måltider och att oftare använda feta mjölkprodukter.

Inte bara utbudet har ökat utan även portionsstorlekar och försäljningsargument som ”added value” – köp 3 för priset av 2 – är vanliga. Portionsstorlekar på bakverk och snabbmat har ökat. Även diametern på tallrikar har ökat vilket troligen bidrar till ökande portionsstorlekar. Studier från USA visar att ökande portionsstorlekar ökar energiintaget både hos vuxna och hos barn.

Förändringar i matvanor påskyndas av matreklam. Tv-reklam riktat till barn under 12 år är förbjuden i Sverige, men når oss via andra länder där den är tillåten. Den största andelen av tv-reklamen som riktar sig till barn avser söta och feta produkter och forskning visar att den påverkar barns preferenser och konsumtion.

Förändringar i rörelsevanor

Kroppen behöver rörelse för att må bra och fungera på ett tillfredsställande sätt. Trots detta tenderar de allra flesta människor att bli allt mer inaktiva. Inaktivitet och stillasittande har i vårt samhälle blivit norm och vi måste göra ett aktivt val för att få den rörelse som kroppen kräver. I konkurrens med andra aktiviteter och krav i det höga tempo som präglar många människors vardag blir därför behovet av rörelse ofta åsidosatt, inte sällan med ett dåligt samvete som följd.

Bristen på aktivitet i vardagen försöker många människor kompensera med en mer strukturerad form av träning. Aldrig har så många träningsstillfällen genomförts i föreningar och på gym, paradoxalt nog talar mycket för att vi ändå är ett mer stillasittande folk än någonsin tidigare i historien. Detta beror dels på att det finns stora grupper som är helt inaktiva, dels på att det inte går att ersätta en stillasittande vardag med två träningspass i veckan. Det är istället den dagliga och vardagsnära aktiviteten som behöver öka. Den nedärvda driften att i alla lägen spara energi är i dagens samhälle, med ständig tillgång på föda, kontraproduktiv och bidrar till övervikt och fetma. Vi måste alltså göra ett aktivt val mot impulsen att ta det lugnt för att spara energi.

Hur påverkar uppväxtåren?

Tre viktiga sociala miljöer för barn är familjen, skolan och föreningslivet. För de barn som inte fått med sig ett positivt förhållningssätt till rörelse och utevistelse hemifrån eller deltar aktivt i idrottsrörelsen kan skolan vara den enda ingången till ett fysiskt aktivt liv. Även matvanorna grundläggs tidigt. Familjen, förskolan och skolan har alla viktiga roller när det gäller att förmedla en positiv syn på mat och rörelse. De socioekonomiskt betingade skillnader i mat- och rörelsevanor som kan iaktas redan hos 9-åriga barn,

talar för att det behöver utvecklas hälsofrämjande strategier även för barn i förskoleåldern.

Allt fler barn växer upp med ensamstående föräldrar och ensamförälderhushåll utgör cirka 20 procent av alla hushåll med barn. Ensamföräldrarna är den grupp som har mest ont om resurser, de har sämre arbetstider och mer sällan tillgång till bil. Därför har denna grupp också svårare att delta i fritidsverksamheter som kräver stort föräldraengagemang.

Trots att belägg saknas i form av kontrollerade studier torde de flesta vara överens om att barns och vuxnas vardag har genomgått en stor negativ förändring när det gäller fysisk aktivitet. I större städer tycks det bli allt vanligare att barnen blir skjutsade till skolan. Detta innebär ökad inaktivitet för både barn och föräldrar. Platser för lek och rörelse i närområdet blir färre till förmån för parkeringsplatser.

En strukturell förändring är skiftet från spontan lek och rörelse till ett organiserat idrottande. När allt fler barn tillbringar huvuddelen av sin tid i förskola och på fritidshem ställer detta krav på att barnens behov av rörelse och aktivitet också tillgodoses. Med en organiserad idrott följer också en skolning in i de värderingar som förmedlas av idrottsrörelsen vilka inte alltid står i samklang med ett samhällsnyttoperspektiv, utan där elit tänkande och krav ställs mot bredd och glädje, ibland långt ner i åldrarna.

”När allt fler barn tillbringar huvuddelen av sin tid i förskola och på fritidshem ställer detta krav på att barnens behov av rörelse och aktivitet också tillgodoses.”

Förändringar i arbetslivet

Också arbetslivet bidrar till ökningen av övervikt och fetma. Den vuxna befolkningen tillbringar en stor del av sitt vakna liv i utbildning eller på arbetet. Förhållandena på arbetet kommer därför att ha stor inverkan på energiintag och energiförbrukning och därmed på risken för övervikt.

Övervikt kan vara en följd av ohälsosamma inslag i arbetslivet, främst i form av långvarig kroppslig inaktivitet. Långvarigt stillasittande förekommer hos många yrkesgrupper. Att sitta mer än 75 procent av arbetstiden är vanligt i yrken med intensivt datorarbete. Långvarigt sittande har även andra hälsokonsekvenser.

Inaktivitet och stillasittande kan betraktas som arbetsmiljörisker. Åtgärder mot risker bör alltid främst riktas mot orsakerna och ansvaret att skydda sig mot ohälsa bör inte läggas på individen. En vanlig rekommendation till den som har ett orörligt arbete brukar vara att motionera och utöva annan fysisk aktivitet på fritiden. Rekommendationen är i sig riktig, men bygger på ett tänkande kring arbetsmiljörisker som inte skulle accepteras i andra sammanhang. Man kan till exempel inte tänka sig att rekommendera anställda på en arbetsplats där det förekommer skadliga ångor eller gaser i luften att andas frisk luft på fritiden för att undvika ohälsa. I stället bör man organisera och utforma arbetet så att man bygger in mer av hälsosam rörelse i arbetsuppgifterna. Det bör även finnas möjlighet att äta en bra lunch i en avkopplande miljö. Personalrestaurangers utbud är viktigt för att förebygga övervikt, liksom det utbud av luncher som erbjuds i arbetsplatsens närhet.

Närmiljöns betydelse

Tillgången till cykelbanor, grönområden och lektytor för olika åldrar och om den närliggande utemiljön upplevs som trygg och säker är avgörande för hur omgivningen påverkar de boendes vardag. Många bor idag på ett ställe, studerar eller arbetar på ett andra, gör inköp på ett tredje och tillbringar sin fritid på ett fjärde. Detta illustrerar hur viktigt det är att en kommun eller en regions olika delar blir involverade i arbetet med att skapa en närmiljö som fungerar tillfredsställande i människors vardag. Närmiljön kan inbjuda till rörelse främst genom en stadsplanering som skapar goda förutsättningar till vardagsaktivitet. Kommunerna bygger idag inte idrottsanläggningar för social gemenskap utan framförallt för den tävlingsinriktade idrotten, som idag är de som har tillträde till kommunala idrottsplatser och hallar. Erfarenheter från Norge och Finland visar dock att det går att bygga anläggningar med inriktning på spontan aktivitet.

”Närmiljön kan inbjuda till rörelse främst genom en stadsplanering som skapar goda förutsättningar till vardagsaktivitet.”

Ett bra utbud av livsmedel är också en förutsättning för såväl god kvalitet på maten som konkurrens vilket i sin tur leder till konsumentvänliga priser. Många av dagens stormarknader ligger utanför tätorten och kräver tillgång till bil, vilket ytterligare minskar möjligheten till vardagsaktiviteter genom att gå och handla. Utbudet i närbutiker är ofta begränsat och dyrare vilket kan leda till mindre variation och konsumtion av till exempel grönsaker och frukt.

Stress och socialt stöd

Psykisk ohälsa är ett mycket vanligt folkhälsoproblem och oro, ångest, sömnproblem och andra tecken på psykisk ohälsa ökar. Kunskapsläget ger inget entydigt svar på om stress och brist på sociala relationer är riskfaktorer som kan kopplas till övervikt. Klart är att det finns en koppling mellan viss typ av viktuppgång/fetma och stress. När det gäller barn och ungdomar pekar flera studier på att en snabb viktuppgång är förknippad med stressfaktorer (särskilt hos flickor) något som inte återfinns hos barn med långsam viktuppgång. Studier pekar på att det kan finnas en könsskillnad i hur kopplingen mellan stress och fetma tar sig uttryck. Pojkar uppvisar höga nivåer av stress relaterat till skola och psykologiska faktorer medan flickor även upplevde social stress. I en amerikansk studie har tonårsflickor med fetma, men inte gruppen överviktiga, visat sig ha sämre kamratrelationer och högre andel upplevd psykisk stress (hopplöshet, allvarliga psykiska problem, självmordsförsök) än normalviktiga tonårsflickor. För pojkar med fetma var problemen inte lika tydliga.

I en annan studie fann man att tonårsflickor uppgav mer problem i kamratrelationer och i kärleksrelationer än normalviktiga tonårsflickor. Tonårspojkar med fetma uppgav att de var mer utsatta för trakasserier än vad normalviktiga tonårspojkar uppgav.

Övervikt och fetma i vuxen ålder har också visat sig ha samband med bristande föräldrarelationer och stöd under uppväxten. Även om resultaten inte är entydiga har studier av överviktiga ungdomars föräldra-

relationer pekat på samband mellan dåliga relationer och övervikt. Övervikt har också visat sig vara vanligare hos ungdomar som bor med bara en förälder. Sammanfattningsvis kan stress ses som en riskfaktor som framför allt kan relateras till en kraftig viktuppgång hos flickor. Visst stöd finns för att dåliga sociala relationer (föräldrarelationer, stöd) är en riskfaktor för övervikt.

Sömn och fetma

Både barn och vuxna sover mindre i dag än tidigare samtidigt som fetman ökar i samhället. Kunskapen om ett eventuellt samband är fortfarande ofullständig. Det är dock sannolikt klokt att rekommendera ökad sömn som en av flera strategier för att minska barnfetman.

Det finns inga tydliga bevis för att kort sömn hos vuxna är en orsak till fetma eller att ökad sömn kan minska fetman. Det finns dock biologiska mekanismer som skulle kunna förklara ett samband. Hos barn vet man att det finns samband mellan kort sömn och fetma men experimentella studier behövs.

Sömn, liksom fysisk aktivitet och mat, påverkar hormoner som har betydelse för tillväxt och energibalans och spelar därför en viktig roll för tillväxt hos barn och ungdomar. Hormonförändringar till följd av sömnbrist kan leda till att man väljer mer energität mat, större portioner, ändrar sin energiförbrukning och till insulinresistens. Dock finns än så länge inga experimentella studier som visar att man går ned i vikt genom att sova längre.

En sammanställning av flera studier har visat att barn med kort sömn har 58 procent högre risk för övervikt eller fetma än barn som sover längre. För barn med den kortaste sömnen är risken nästan fördubblad (92 procent). För barn upp till tioårsåldern minskar risken för övervikt med 9 procent för varje timme som sömnen förlängs. Sambandet är starkare för pojkar än för flickor och för tonåringar finns sambandet bara för pojkar.

För vuxna är sambanden inte entydiga. Här finner man studier som visar att både kort och lång sömn är kopplat till fetma och att en optimal sömnlängd skulle vara cirka 7½ timme per natt. Andra studier visar samma samband som hos barn.

Huvudaktörer i det samhällsinriktade hälsoarbetet

Landsting och kommuner ansvarar för många verksamheter som påverkar människors livsvillkor och hälsa. I det samhällsinriktade hälsoarbetet är kommunen den primära arenan. Landstingets roll är i första hand att bistå det lokala arbetet med behovsbilder, kunskap och metoder. Här beskrivs hur olika verksamheter kan delta i det överviktsförebyggande arbetet. De exempel på åtgärder som lämnas ska ses som underlag för vidare utveckling och diskussioner.

Landstinget och kommunerna har en mängd arenor, verksamheter och kompetenser som kan användas i ett samhällsinriktat hälsoarbete.

De måste aktivt samverka för att arbetet ska bli effektivt och de har ett särskilt ansvar att agera som goda förebilder.

I landstinget har framför allt beställaren en nyckelroll i att beställa och ställa krav på att överviktsförebyggande och hälsofrämjande arbete utförs och följs upp.

Landstinget och kommunerna är länets dominerande arbetsgivare och har därför ett särskilt ansvar på arbetsmiljöområdet.

Landstinget

”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall, när det är lämpligt, ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar och ohälsa.” (Hälso- och sjukvårdslagen)

Ett av målområdena i den nationella folkhälsopolitiken (målområde 6) pekar särskilt ut arbetet för en hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Stockholms läns landsting är sedan 2008 medlem i det nationella nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade arbetet kan Stockholms Läns Landsting

- Ta hänsyn till överviktsproblematik vid politiska beslut
- Anta mål för folkhälsoarbetet och följa upp dessa
- Verka för en aktiv personalpolitik på områdena hälsa, mat och rörelse
- Styra resurser från vårdande till förebyggande och hälsofrämjande insatser
- Ställa hälsofrämjande krav på idrottsföreningar som erhåller bidrag från landstinget
- Vid planläggning aktivt verka för en närmiljö som stimulerar till rörelse
- Erbjuder kompetensutveckling för berörd personal

Beställare av hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdsbeställaren ansvarar för att länets invånare får den hälso- och sjukvård de behöver och att finansiella resurser används optimalt. Hälso- och sjukvården ska inte bara verka reaktivt utan också hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande.

Utifrån tillgängliga behovsbilder ansvarar beställaren för prioriteringar och fördelning av resurser. Inom detta handlingsprogramms område kan hälsoläget beskrivas i två dimensioner, övervikt respektive fetma, vilka kräver åtgärder som är specifika för respektive tillstånd.

Från och med 2009 har landstingets kunskapscentrum i folkhälsofrågor, Centrum för folkhälsa, och Karolinska Institutet har bildat en ny gemensam verksamhet, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA. Uppdragen till den nya verksamheten utformas av hälso- och sjukvårdsbeställaren. Det är angeläget att behov av insatser för att motverka och förebygga övervikt och fetma fångas upp och inkluderas i framtida folkhälsobeställningar. Den nya verksamhetens uppgifter omfattar:

- Forskning och metodutveckling
- Forskarskola/forskarutbildning
- Strategiskt folkhälsoarbete
- Praktiskt folkhälsoarbete genom stöd för intervention, implementering och utvärdering
- Grundutbildning
- Fortbildning
- Utredningar
- Expertstöd

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan hälso- och sjukvårdsbeställaren

- Bidra i framtagande av behovsbilder och prioriteringar för lokala övervikts-
förebyggande insatser
- Beställa överviktsförebyggande insatser av den lokala hälso- och sjukvården
- Beställa insatser som stödjer överviktsförebyggande arbete av Karolinska
folkhälsokademien
- Följa upp och utvärdera överviktsförebyggande insatser
- Samverka med kommuner och andra aktörer vid planering av lokala övervikts-
förebyggande insatser

MVC

Mödravårdscentralen tar emot kvinnor i alla åldrar. Ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv som innefattar livsstilsfrågor och förebyggande av psykosocial ohälsa ska genomsyra verksamheten och vara en självklar del i all vård och behandling. MVC når praktiskt taget alla gravida kvinnor. De flesta MVC ordnar föräldragrupper där man pratar om graviditet men också och om föräldraskap. En del mödravårdscentraler ordnar också grupper som riktar sig speciellt till blivande pappor.

MVC har stora möjligheter att bidra till att förebygga övervikt och fetma genom att man når kvinnorna under en period i livet när de är mer förändringsbenägna än annars. Man har också mycket kunskap att dela med sig av och kan vara en bra resurs i lokala förebyggande insatser.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan mödravårdscentralen

- Identifiera och medvetandegöra överviktiga kvinnor och kvinnor med fetma
- Ge gravida kvinnor och deras partner information och rådgivning kring kost och motion, enskilt och i grupp
- Genom föräldrautbildningen stödja gravida kvinnor och deras partner att utveckla sitt sociala nätverk
- Förskriva FaR® – fysisk aktivitet på recept
- Vara en resurs i att utveckla lokala nätverk, t.ex. pappagrupper
- Förmedla kunskap till andra aktörer som arbetar kring barn och deras föräldrar

De behandlande insatser som kan göras av MVC beskrivs i Vårdprogram vuxna sidan 114.

BVC

Barnhälsovården når med sin förebyggande verksamhet i stort sett alla familjer med barn upp till sex år. Barnavårdscentralen ska medverka till att säkerställa barnens hälsa, trygghet och utveckling genom att förebygga fysisk och psykisk ohälsa samt upptäcka och identifiera fysisk, psykisk och social ohälsa hos barn i förskoleåldern. BVC har till uppgift att allmänt grundlägga goda vanor för alla barn och att identifiera barn i riskzonen för fetma. BVC ska också erbjuda föräldrautbildning.

BVC ska samverka med andra aktörer som arbetar kring barnen och deras föräldrar som till exempel barnläkarmottagning, öppen förskola, socialtjänst, förskola och skola samt barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan barnavårdscentralen

- Genom föräldrautbildningen stödja kvinnor och deras partner att utveckla sitt sociala nätverk
- Förmedla kunskap till andra aktörer som arbetar kring barn och deras föräldrar
- Vara en resurs i att utveckla lokala nätverk för samverkan kring barn och ungdom
- Identifiera överviktiga och feta barn och medvetandegöra deras föräldrar
- Ge föräldrar information och rådgivning kring kost och fysisk aktivitet

De behandlande insatser som kan göras av BVC beskrivs i Vårdprogram barn och ungdom, sidan 66.

Husläkarmottagning

I husläkarens uppdrag ingår att förmedla ett hälsofrämjande synsätt genom att informera, stödja och motivera patienten att ta eget ansvar för sin hälsa. Husläkaren ska också svara för befolkningens behov av förebyggande arbete och samverka med andra aktörer.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan husläkaren

- Identifiera och medvetandegöra överviktiga patienter och patienter med fetma
- Ge information och rådgivning kring kost och motion, enskilt och i grupp
- Förskriva FaR® – fysisk aktivitet på recept
- Förmedla kunskap till andra aktörer i närområdet och vara en resurs i att utveckla lokala nätverk

De behandlande insatser som kan göras av husläkaren beskrivs i Vårdprogram vuxna sidan 94.

Familjecentral

En familjecentral är en mötesplats för familjer i ett bostadsområde. Familjecentralen kan ge goda möjligheter att fånga upp riskfamiljer. Basen är den allmänna mödra- och barnhälsovården i samverkan med öppna förskolan samt socialtjänsten. Hur verksamheten ser ut beror till stor del på barnfamiljernas behov och önskemål. Målet för verksamheten är att utifrån hela familjens livssituation främja en god hälsa hos barn och föräldrar.

Familjecentralen har också en roll som kunskaps- och informationscentrum. Personalen på familjecentralen behöver ha kunskap om övervikt och fysisk aktivitet så att råd och information kan ges via föräldrautbildning och föreläsningar. Föräldragrupperna inom barnhälsovården är ett

utmärkt tillfälle att stärka de unga föräldrarnas kunskaper och självtillit ifråga om matlagning. Matlagningscirkel inom den öppna förskolan kan vara ett medel att skapa social gemenskap och sociala nätverk.

Familjecentralen är en arena i arbetet för att förebygga övervikt bland annat genom möjligheten att identifiera riskindivider samt att ge stöd och uppmuntran till en livsstilsförändring.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan familjecentralen

- Vara en resurs i att utveckla lokala nätverk
- Identifiera och lotsa riskindivider till andra aktörer som t.ex. vårdcentralen
- Bedriva gruppverksamhet kring området mat, rörelse och övervikt

Ungdomsmottagning

Det finns ett drygt trettiotal ungdomsmottagningar runt om i länet.

Ungdomsmottagningen möjliggör insatser som präglas av en helhetssyn på ungdomar och deras problem av såväl medicinsk som social och psykologisk karaktär. Huvudfunktionen är att upplysa om sex och samlevnad samt förhindra smittspridning och oönskade graviditeter. Till ungdomsmottagningen kan ungdomar mellan 13 och 23 år vända sig med olika frågor.

Ungdomsmottagningarna är organiserade genom samverkan mellan kommun och landsting och har visat sig synnerligen betydelsefulla när det gäller att nå ungdomar i både det hälsofrämjande och det sjukdomsförebyggande arbetet.

Ungdomsmottagningen bemannas med personal från både hälso- och sjukvården och kommunens socialtjänst. Ofta finns en väl fungerande samverkan med kommunens skolhälsovård. Ungdomsmottagningarna arbetar som regel på flera förebyggande nivåer med hälsofrämjande arbete riktat till alla ungdomar, primärpreventivt arbete med tonvikt på individuell rådgivning samt sekundärpreventivt arbete.

I arbetet med att förebygga övervikt och fetma har ungdomsmottagningen en nyckelroll när det gäller att nå ungdomar, men kan också spela en viktig roll när det gäller informationsspridning, upplysning och slussning i vårdkedjan.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan ungdomsmottagningen

- Vara en arena där man når ungdomar med information
- Förskriva FaR® – fysisk aktivitet på recept
- Förmedla kunskap till andra aktörer i närområdet och vara en resurs i att utveckla lokala nätverk
- Identifiera och lotsa riskindivider till andra aktörer som arbetar kring ungdomar

Tandvården

Tandvården ska ha ett förebyggande ansvar och en tydlig folkhälsoprofil. Sambandet mellan karies och kolhydratintag klarlades redan på 1950-talet och därmed kom kostfrågor att få en central betydelse i patientmötet. Kostkunskap har därför ingått i tandvårdsutbildningarna för såväl tandläkare som tandhygienister. Decenniers arbete med ett generellt utpräglat preventivt synsätt där kostkunskap spelat en central roll, har lett till att kariesförekomsten bland barn och ungdomar har sjunkit dramatiskt.

Av länets barn och ungdomar (3–19 år) besöker cirka 94 procent tandvården vartannat år. Av länets vuxna befolkning besöker drygt 85 procent tandvården vartannat år. Det finns därför goda förutsättningar för uppföljning på såväl kollektiv- som individnivå.

Senare års forskning visar också på ett samband mellan fetma och parodontit (tandlossning). Tandvården har en viktig roll att ge adekvata hygien och kostråd till barn med överviktsproblematik samt att uppmärksamma och identifiera barn med fetma och att lotsa dessa barn till andra aktörer som till exempel vårdcentral. Utöver eventuell kostinformation som utformats specifikt för att passa förutsättningarna för god tandhälsa, är det väsentligt att patienten möts av samma information oavsett vilken vårdgivare patienten möter. Om munhälsa är en indikator för risk för övervikt kan tandhälsostatistik användas för att identifiera riskområden i länet.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan tandvården

- Identifiera riskområden för överviktsproblematik
- Identifiera och uppmärksamma barn med fetma
- Informera om bra kostvanor
- Samverka med övriga aktörer i det överviktsförebyggande arbetet, framförallt skola och BVC
- Följa överviktsproblematik på individnivå
- Införa överviktsinformation i det kollektiva, förebyggande tandhälsoarbetet

Kommunen

I Stockholms läns 26 kommuner bor cirka 2 miljoner invånare. Såväl inkomstmässigt som hälsomässigt är det stora skillnader mellan länets kommuner. Invånare i kommunerna i den norra länsdelen har generellt, med vissa undantag, högre medelinkomster och en bättre hälsostatus än de i den södra. Fetma och övervikt är vanligare bland befolkningen i länets södra kommuner. Stockholms kommun var år 2008 länets näst största arbetsgivare. Om alla länets kommuner slås ihop är den kommunala sektorn i särklass länets största arbetsgivare.

Det är vanligt att invånare i Stockholms kommuner dagpendlar. Detta gäller förvärvsarbetande men också i hög utsträckning skolungdomar. Det kan därför vara svårt för en enskild kommun att nå ”sina” invånare med insatser. Därför är det nödvändigt med länsövergripande samverkan mellan kommuner och landsting. Avstånd mellan bostad och arbetsplats är ofta stora. Att man cyklar eller går till arbetet förekommer troligen mer sällan i en Stockholmskommun än i övriga kommuner i landet.

Liksom stat och landsting har ansvar för folkhälsan har kommunerna ansvar för folkhälsoutvecklingen inom sina verksamhetsområden. Lagar som syftar till att påverka samhällsutvecklingen på ett hälsofrämjande sätt och som reglerar kommunens verksamheter är bl.a.:

Skollagen – reglerar skolhälsovården och måltidsverksamheten i skola och förskola

Arbetsmiljölagen – kommunerna är stora arbetsgivare

Livsmedelslagen – miljö och hälsa

Miljöbalken – miljö och hälsa

Plan- och bygglagen – hänsyn ska tas till människors hälsa i samhällsplaneringen

Konsumentlagstiftningen – reglerar risker med produkter och tjänster

Socialtjänstlagen – social trygghet och stöd, även förebyggande arbete

Alkohollagen – tillstånd och tillsyn

Tobakslagen – rökförbud i offentliga lokaler, tillsyn

Det är uppenbart att folkhälsofrågorna påverkar och påverkas av alla kommunens verksamhetsområden. Länets kommuner spelar en viktig roll för att det nationella folkhälsomålet med dess elva målområden uppnås. Många kommuner har dessutom egna mål, policys och strategier för folkhälsoarbetet. Ett sådant exempel kan vara kostpolitiska mål vilket innebär att en kommun tydligt talar om vilken kvalitet man vill ha på maten.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan kommunen

- Samverka med landstinget och andra aktörer
- Anta och följa upp mål för folkhälsoarbetet
- Anta kostpolitiska mål och riktlinjer för måltider inom förskola och skola
- Verka för att samhällsplaneringen skapar förutsättningar som underlättar och stimulerar till fysisk aktivitet
- Erbjuda kontinuerlig kompetensutveckling för berörda verksamheter
- Verka för en aktiv personalpolitik på områdena mat, rörelse och övervikt

Barn och ungdom

I olika nationella styrdokument som skollag, läroplaner och kursplaner anges mål och ramar för skolans verksamhet. Skolans huvuduppgift är att främja lärande. I regeringens proposition 2001/02:14 Hälsa, lärande och trygghet görs samtidigt bedömningen att samverkan mellan kommuner och landsting rörande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete för barn och ungdom behöver utvecklas och förstärkas.

Det finns starka vetenskapliga belägg för att åtgärdsprogram i skolor och på daghem kan hejda viktökning och utveckling av fetma bland barn och ungdomar. Ofta handlar det om hela paket av åtgärder för bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Förskola

För förskolan finns sedan 1998 en särskild läroplan. I läroplanen formuleras förskolans värdegrund och uppdrag samt mål och riktlinjer för verksamheten. Mål för den hälsofrämjande verksamheten enligt läroplan för förskolan är att "få förståelse för vikten av att värna sin hälsa och sitt välbefinnande". Många barn äter fler måltider i förskolan eller familjedaghemmet än i hemmet och tillbringar större delen av sin vakna tid där. Förskoleverksamheten har med andra ord en stor betydelse för det lilla barnets mat- och rörelsevanor.

Maten och måltiden i förskolan har också en pedagogisk betydelse genom de pedagogiska måltiderna. Rollinlärning är en viktig del i barns lärande och de dagliga måltiderna tillsammans med vuxna pedagoger är viktig för barnets framtida förhållningssätt till mat. Måltiderna i förskoleverksamheten når 85 procent av barn mellan ett och fem år och har därigenom en socialt utjämnande betydelse.

Nationella råd för förskola och familjedaghem "Bra mat i förskolan" underlättar för kommunen och den enskilda förskolan att servera bra måltider anpassade för förskolebarn. Råden underlättar för kommunen och den enskilda förskolan att erbjuda alla barn i förskolan måltider av näringsmässigt hög kvalitet. Råden är avsedda som stöd för beslutsfattare, kostchefer, upphandlare, förskolechef/rektor, pedagogisk personal, kökspersonal men även för föräldrar.

En studie har visat att förskolepersonal generellt inte gör en koppling mellan barnens mat- och rörelsevanor idag och deras hälsa i framtiden.

"Många barn äter fler måltider i förskolan eller familjedaghemmet än i hemmet och tillbringar större delen av sin vakna tid där. Förskoleverksamheten har med andra ord en stor betydelse för det lilla barnets mat- och rörelsevanor."

I verksamhetsplaner saknas ofta formuleringar om att rutinerna ska inkludera aktiviteter för att etablera vanor i hälsofrämjande syfte. Ur ett hälsofrämjande perspektiv är det såldes problematiskt att personalen (dvs. ledare, pedagoger och måltidspersonal) inte arbetar systematiskt och gemensamt eftersom de saknar medvetna rutiner och förhållningssätt med syftet att långsiktigt främja bra mat- och rörelsevanor.

Genom att erbjuda bra måltider och aktiv utevistelse varje dag samt genom en aktiv dialog med föräldrarna skulle förskolan kunna utnyttjas mycket mer i ett hälsofrämjande syfte och för att förebygga övervikt och fetma.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan förskolan

- Samverka med föräldrar, skola, barnhälsovård och primärvård
- Servera måltider enligt nationella råd för förskola och familjedaghem
- "Bra mat i förskolan"
- Anta mål och utveckla medvetna rutiner och förhållningssätt för det hälsofrämjande arbetet kring mat och rörelse
- Införa schemalagd daglig rörelse
- Utforma gårdar att stimulera till lek och rörelse

Skola

Skolan har en given roll i det hälsofrämjande och överviktsförebyggande arbetet. Skolan kan främja hälsa dels genom att skapa en god arbetsmiljö för alla i skolan, dels genom att ge elever stöd och kunskap att göra hälsosamma val och etablera hälsosamma vanor.

Skolan har goda möjligheter att arbeta med elevernas mat- och rörelsevanor under hela skoldagen. Teorin kan komma in i de flesta skolämnen och den praktiska tillämpningen vid till exempel raster, måltider, Idrott och hälsa samt Hem- och konsumentkunskap. Det är angeläget att föräldrarna finns med och stödjer skolan när det gäller barns mat- och rörelsevanor och att man är överens om budskap och åtgärder. Det är föräldrarna som har huvudansvaret för barnens hälsoutveckling och skolan ska vara ett stöd.

Skollunchen är en resurs i skolarbetet och har en socialt utjämnande betydelse då alla barn erbjuds mat. För att säkerställa kvaliteten behöver kommunen ha kompetens för matsedelsplanering och näringsberäkning. Skolan bör arbeta för att så stor del av eleverna som möjligt äter skollunch, t.ex. genom att arbeta med alternativa rätter, matsalsmiljö och schemaläggning. Ett bra utbud av mat och måltider i skolan samt personal som agerar goda förebilder har även en stor pedagogisk betydelse för eleverna.

Livsmedelsverkets råd, Maten i skolan – Råd för förskoleklass, grundskola, gymnasieskola och fritidshem, underlättar för kommunen och den enskilda skolan att erbjuda alla elever en skollunch av näringsmässigt hög kvalitet. Råden är avsedda som stöd för alla som på något sätt arbetar med maten i skolan, och även för föräldrar, när det gäller att främja bra matva-

"Det är föräldrarna som har huvudansvaret för barnens hälso-utveckling och skolan ska vara ett stöd."

nor hos skolbarn. Råden gäller både bra matvanor och livsmedelssäkerhet och omfattar frukost, lunch, mellanmål och skolcafeterior.

Att förmedla kunskap om livsstilens betydelse för hälsan ingår i läroplanen för flera ämnen, såsom Hem- och konsumentkunskap, Idrott och hälsa samt NO. I ämnet Hem- och konsumentkunskap bör eleverna få chans att praktiskt tillämpa kunskaperna och lära sig hur man komponerar och tillagar bra måltider. Ämnet har även en roll i att öka elevernas kunskap i konsumentfrågor – en allt viktigare kunskap i ett samhälle med ett stort och varierat livsmedelsutbud. Daglig fysisk aktivitet kan ges genom ämnet Idrott och hälsa samt via aktiva raster, utepedagogik och andra tillfällen att röra sig under hela skoldagen. Rörelse under skoldagen har dessutom troligtvis en socialt utjämnande effekt. En studie om barns fysiska aktivitet i årskurs tre i olika socioekonomiska områden visade att barn från olika områden är lika aktiva i skolan men under fritiden skiljer sig deras aktivitetsmönster genom att barn från resursstarka områden oftare deltar i organiserad idrottsverksamhet.

Skolhälsovården undersöker och följer upp barnens hälsa med hjälp av hälsosamtal. Enligt skollagen ska barnet erbjudas tre hälsobesök fördelade under grundskoletiden samt enklare hälsobesök däremellan. Skolhälsovården bör uppmärksamma elever som stadigt går upp i vikt och erbjuda stöd och hjälp.

För att möta en kraftig ökning av övervikt och fetma bland barn och ungdomar krävs att skolhälsovårdens personal har rätt kunskaper och tillräckliga resurser. Arbetet med elevhälsan förutsätter dessutom en hög grad av samverkan mellan skolans olika delar och personalgrupper samt att det finns allsidig kompetens för detta arbete på skolan.

Överviktsproblematiken bör tas upp och diskuteras på gymnasiala yrkesutbildningar där denna kunskap behövs i en framtida yrkesroll, till exempel på hotell- och restaurang-, omvårdnads- samt barn- och fritidsprogrammet.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan skolan

- Införa hälsofrämjande arbete som en del av skolans övergripande mål
- Tillsammans med landstinget samla in och sammanställa hälsodata för att få adekvata behovsbilder (skolhälsovården)
- Införa schemalagd daglig rörelse med t.ex. mål för rastverksamheten
- Arbeta för att eleverna cyklar eller går till skolan
- Följa Livsmedelsverkets råd för bra mat i skolan som gäller skollunch, mellanmål, frukost samt utbudet i skolcafeterian
- Arbeta för att alla elever äter skollunch
- Arbeta för hög vuxennärvaro i matsalen och för pedagogiska måltider
- Följa upp kvaliteten på skolmåltiderna
- Uppmuntra eleverna att ta med frukt till skolan
- Samverka med föräldrar, förskola, barnhälsovård och primärvård

Om skolhälsovården se även Vårdprogram barn och ungdom, sidan 67.

Socialtjänst

Till socialtjänstens uppgifter hör att göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen samt att främja förutsättningarna för goda levnadsvanor (1 § 3 kap SoL). Lagen om stöd och service (LSS) ställer dessutom krav på kommunerna att ge särskilt stöd till personer med vissa funktionshinder.

Personer med funktionshinder är en riskgrupp för övervikt och fetma. Livsstilsfaktorer påverkar dessa personers hälsa i högre grad eftersom deras marginaler är mindre än för en frisk person. Personal som arbetar inom ramen för LSS har som uppgift att stödja funktionshindrade till goda levnadsvanor. Personalen ska bland annat ge omvårdnad och stödja deltagande i fritidsaktiviteter, vilket inkluderar motion och andra rörliga aktiviteter. Vid behov ska personalen ge stöd till kontakt med hälso- och sjukvård.

Socialtjänsten upphandlar hem för placering av barn. I upphandlingsunderlaget bör även krav på bra mat- och aktivitetsvanor inkluderas.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan socialtjänsten

- Upprätta överviktsförebyggande policy för personer med fysiska och psykiska funktionshinder

- Tillgodose att personal som arbetar inom omsorgen har/får den utbildning som krävs för att arbeta hälsofrämjande och överviktsförebyggande

Fritid

Kommunerna har en nyckelroll när det gäller att skapa förutsättningar för medborgarna att regelbundet röra sig på fritiden. Här krävs ett nära samarbete med stadsbyggnadsförvaltningen för att skapa stödjande strukturer. Det kan handla om lokalisering av olika servicefunktioner, gång- och cykelvägar till dessa samt fritidsanläggningar och grönområden. Kommunens fritidsförvaltning eller motsvarande har ansvar för anläggningar och fördelning av tider till olika idrottsverksamheter. Det ger möjligheter att se över utbudet och locka nya, inaktiva grupper. Förvaltningen är ofta den som lämnar bidrag till lokal föreningsverksamhet och det finns därmed möjligheter att via riktlinjer gynna föreningar som aktivt söker öka möjligheten att röra sig i inaktiva grupper.

Arenor för fysisk aktivitet och rörelse behöver utvecklas ur perspektiven tillgänglighet, jämställdhet, social jämlikhet och integration. Närbelägna områden för spontana uteaktiviteter, säkra motionsspår och tillträde till anläggningar för allmänheten är exempel på rörelsefrämjande satsningar för kommuninvånarna. I synnerhet barn som inte är aktiva i idrottsrörelsen kan behöva stimulans. Särskilda prova-på-verksamheter dit barn och ungdomar kan gå på eftermiddagar har under senare år startats i flera kommuner i Stockholmsområdet.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan fritidsförvaltningen

- Anta mål om ökad fysisk aktivitet bland medborgarna
- Gynna föreningar som satsar på breddidrott
- Öka utbud och tillgänglighet som stimulerar mindre aktiva grupper
- Se över utbudet i kiosker och serveringar i kommunens fritids- och idrottslokaler

Miljö- och hälsoskydd

Miljö- och hälsoskyddsförvaltningen har ansvar för kommuninnevånarnas hälsoskydd och deltar ofta i kommunens folkhälsoarbete. Deras erfarenheter kan vara värdefulla vid planering av hälsofrämjande och överviktsförebyggande insatser. Övervikt och fetma är inte en huvuduppgift för Miljö och Hälsoskydd men det finns exempel på projekt där man deltagit framgångsrikt. I vissa kommuner har miljö- och hälsoskyddsinspektörerna till exempel tagit prov på näringsinnehållet i lunchmåltider. Under vissa förhållanden kan även feta måltider betraktas som hälsovådliga.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan miljö- och hälsoskydd

- Informera om bra matvanor i lämpliga sammanhang

Stadsbyggnad

Stadsbyggnadskontoret eller motsvarande ansvarar för fysisk planering och bevilja bygglov i kommunen. Teknisk förvaltning ansvarar för utbyggnad och drift av gator, parker, vatten och skötsel av grönområden. I och omkring tätorterna fyller grönområdena en viktig funktion för trivsel och för att locka människor till ett aktivt liv. Att planera och bygga vägar, bostads- och närrekreationsområden som upplevs som säkra och tilltalande är en central uppgift i ett hälsofrämjande och överviktsförebyggande arbete.

Medborgare kan via en stödjande miljö stimuleras till daglig fysisk aktivitet och rörelse, exempelvis genom att boendemiljö, skolgårdar och cykelbanor utvecklas. Genom att införa hastighetsbegränsande åtgärder och ordna avlämningsplatser på lagom avstånd från skolan kan biltrafiken kring skolorna minska och skapa säkra skolvägar för barnen. Ett stort miljöproblem i många Stockholmskommuner är den omfattande trafiken vilken försvårar för cyklister och gångtrafikanter.

ÅTGÄRDER

I det samhällsinriktade hälsoarbetet kan stadsbyggnadskontoret

- Anta hälsofrämjande och överviktsförebyggande riktlinjer
- Utveckla gång- och cykelvägar till att bli säkra och tillgängliga
- Bygga cykelparkeringar i anslutning till lokaltrafik
- Satsa på lättillgängliga rekreationsområden som stimulerar till spontan fysisk aktivitet

Lokalt hälsofrämjande arbete

De flesta faktorer och beslut som påverkar vår hälsa finns i vår omgivande miljö och inte i vården. De största möjligheterna att påverka hälsan ligger därför utanför landstingets kontroll. Hälsofrämjande arbete måste ske i kommunerna där människor bor, arbetar och går i skola. Möjligheterna att motverka övervikt och fetma bland stockholmarna finns således i att stimulera och uppmuntra till samhällsförändrande arbete som gör det möjligt för människor att fatta hälsosamma beslut i vardagen. Utveckling av stödjande miljöer och information är två av flera strategier som kan användas.

”Hälsofrämjande arbete måste ske i kommunerna där människor bor, arbetar och går i skola.”

Strategier i samhällsinriktat folkhälsoarbete

Exempel på strategier som brukar nämnas som verkningsfulla i det samhällsinriktade arbetet:

- Politisk förankring och beslut är viktigt för framgång
- Jämlikhet i hälsa är den viktigaste utgångspunkten
- Samverkan mellan samhällssektorer, organisationer och människor i kombination med tydliga ansvar och mandat är en förutsättning för att något ska hända på djupet
- Lokalt deltagande och engagemang i folkhälsoarbetet bör utgöra basen, delaktighet och nerifrånperspektivet (demokrati) är viktiga komponenter
- Stödjande miljöer i människors vardag (arenatänkande) är centrala för folkhälsan
- Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande ansatser måste komplettera varandra
- Långsiktiga satsningar är nödvändiga. De behöver stabil organisation med kunnig personal som har resurser och ett tydligt mandat
- Tvärvetenskaplig kunskap och kunskapsbaserat arbete är viktiga för trovärdighet, långsiktighet och effektivitet

Erfarenheter från fyra kommuner

I Stockholms län blev Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 utgångspunkt för flera samhällsinriktade projekt i samverkan mellan landsting och kommuner och där kommunerna ansvarade för genomförandet. En gemensam utvärdering gjordes för två projekt; i Sigtuna och Upplands Väsby kommuner. Arbetet i Upplands-Bro kommun redovisades också i en slutrapport. De olika folkhälsoprojekten som pågått inom Nynäshamns kommun under åren 2006–2008 har utvärderats 2009.

En mängd olika aktiviteter genomfördes i projekten (se tabeller sid 179, 181, 182 och 183). Medvetenhet och kunskap sågs ha ökat hos både projektarbetare och i kommunen i stort. Projekten ledde till många nya samarbeten mellan förvaltningar men också med aktörer utanför den kommunala förvaltningen. Ett tecken på att projekten lyckats är att mycket av det arbete som påbörjats under projekttiden också fortsätter efter projekttidens slut.

Både framgångsfaktorer och hinder lyfts fram i de båda rapporterna:

FRAMGÅNGSFAKTORER

- Projektleddare med goda kontaktnät och lokalkännedom möjliggjorde samverkan med rätt personer och organisationer och i rätt aktivitet eller område
- Kartläggningar av aktörer och pågående aktiviteter var viktiga för att bygga upp kunskap och skapa kontakter
- Att ingå som en del i en större pågående satsning var en styrka som gav synergi-effekter
- Effektiv organisation, tydligt uppdrag och tydliga mandat för medverkande parter
- Projektleddarens placering i kommunens organisation lyfts fram som en faktor som kan påverka hur projektet tas emot. Denna typ av projekt bör placeras på hög nivå i kommunorganisationen för att underlätta implementeringen
- Samsyn och gemensam agenda hos medverkande parter

HINDER

- Planeringen gick hastigt vilket innebar att förberedelser som förankring och baslinjestudier blev otillräckliga
- Kommunerna har också saknat kunskapsstöd, till exempel för hjälp med utvärdering av arbetet
- Otydlighet om deltagande parter roller och ansvarsfördelning

Ung & Sund i Sigtuna kommun

Projektet Ung & Sund i Sigtuna syftade till att stoppa den ökande trenden av övervikt bland barn. Målet var att skapa stödjande miljöer för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet, att genomföra olika metoder för goda matvanor och ökad rörelse bland barn samt att utveckla och öka samverkan mellan aktörerna kring att skapa goda matvanor och ökad fysisk aktivitet för barn 0–12 år. Information, kunskapsförmedling och delaktighet var de strategier man valde att arbeta med. Avsikten var att arbetet skulle integreras i den ordinarie verksamheten för att underlätta fortsatta insatser efter projekttidens slut.

I olika pilotprojekt arbetade man i projektet för att utveckla samverkan och skapa stödjande miljöer för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet för barn. Många insatser riktades till samtliga skolor, förskolor och BVC-mottagningar i kommunen. MVC, Folktandvården, familjecentralen och de kommunala förvaltningar m.fl. aktörer deltog i projektet. På fem förskolor och två skolor gjordes särskilda satsningar.

Projektledaren kommenterar erfarenheterna:

- Projektet har medfört att vi har blivit bättre på samverkan inom folkhälsoarbetet såväl inom förvaltningarna, som mellan förvaltningarna och med landstingets verksamheter m.fl. Det är mycket lättare att se den röda tråden i arbetet nu när alla är på samma våglängd.
- Mycket av det arbete som påbörjades i projektet lever kvar. Och det var ju avsikten. Vi har också blivit mer systematiska och mer inriktade på att göra färre saker med bättre kvalitet än att göra många saker utan att veta vilka effekter som har åstadkommit.

Huvudinriktningar i Ung & Sund i Sigtuna

INSATS	SYFTE OCH MÅL
Handlingsplan för skolhälsovårdens arbete med att förebygga övervikt och behandla barn med övervikt och fetma samt implementering av planen	Att ta fram en konkret handlingsplan för hur skolhälsovården ska arbeta för att förebygga övervikt bland barn och behandla övervikt och fetma samt att dessa ska implementera arbetet inom sin egen verksamhet, i samverkan med övriga aktörer i skolan samt landstingets aktörer Dietistgruppen Nordväst och Barn- och ungdomsmedicinska mottagningen.
Mer rörelse i förskola och skola	Att få fler barn aktiva i förskolan och skolan samt att öka den tid som de är aktiva. Att ge pedagogerna kunskap och verktyg för att bidra till ökad rörelse bland barnen.
Implementering av livsmedelverkets riktlinjer för mat i förskola och skola	Att förskolor och skolor ska följa livsmedelverkets råd/riktlinjer som finns för mat i förskola och skola.
Breddidrott - rörelse på fritiden	Att få fler barn fysiskt aktiva på fritiden. Erbjudna "prova på aktiviteter" för att barnen ska "hitta sina rörelseaktiviteter".
Experimentskafferiet	Att utveckla ämnet hem- och konsumentkunskap. Att ta fram "experiment" kring kroppen". Att ta fram pedagogiska material för att underlätta för pedagogerna upp till årskurs 6. Att integrera olika läroämnen där man kan arbeta med kroppen på olika sätt.
Cykla och gå till skolan	Del 1 – Att få fler barn att cykla och gå till skolan. Del 2 – Att arbeta med trafiksäkerhetsfrågor
Utbildning av yrkesverksamma	Att öka kunskapen kring hur man kan främja goda matvanor och rörelsevanor bland barn till olika yrkesgrupper samt ge konkreta verktyg för arbetet.

Ett gott liv för alla i Upplands Väsby kommun

Projektet inriktades på barn och målet var att utveckla barnens fysiska och psykosociala miljö och vardag så att den bidrar till en god hälsoutveckling, minskar sociala skillnader i hälsa och förebygger övervikt bland barn. I projektet ville man testa och utveckla metoder för att främja fysisk aktivitet och goda matvanor hos barn. Metoderna skulle kunna införas i den ordinarie verksamheten och spridas till andra enheter och verksamheter. Att stärka samarbetet mellan olika aktörer var också ett syfte.

I bakgrunden fanns en lokal folkhälsorapport som ledde till en satsning på förbättrad folkhälsa och där projektet kring barn och övervikt blev en av delarna.

Insatserna genomfördes på flera nivåer med ett brett angreppssätt och olika aktörer involverades. En huvudstrategi var att utveckla stödjande miljöer för att främja goda matvanor och fysisk aktivitet genom samverkan och delaktighet. Ett annat inslag var informations- och utbildningsinsatser till berörda grupper för att skapa ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam kunskapsbas.

Interventionen genomfördes i två kommundelar. Förskolor, skolor, fritidshem, dagbarnvårdare, MVC och BVC i området medverkade. Flertalet kommunala förvaltningar var mer eller mindre delaktiga. Dessutom deltog föreningslivet, bildningsförbunden, BUMM, folktandvården och primärvårdens dietister. Projektet bestod av åtta delprojekt.

Projektledaren kommenterar erfarenheterna:

– Ett av målen i projektet har varit att skapa ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam kunskapsbas för att få en röd tråd i arbetet mot övervikt, och det har vi lyckats med.

– Det finns ett stort intresse för hälsofrågor, både bland dem som arbetar med barn och bland föräldrar. Samtidigt är naturligtvis tre år trots allt en ganska kort tid när det handlar om att förändra både vanor och arbetssätt. Men vi är helt klart på god väg, och alla inblandade har varit, och är, väldigt engagerade och positivt inställda till projektets målsättning.

Delprojekt Ett gott liv för alla i Upplands Väsby

INSATS	SYFTE OCH MÅL
Checklista för BVC och SHV	Att öka fokus på frågor kring mat och rörelse vid 5-årskontrollen på BVC samt vid SHV hälsosamtalet för 6-åringar.
Trygga skolvägar	Att erbjuda eleverna trygga och upplevelserika skolvägar och få fler barn att promenera eller cykla till och från skolan.
Skolgårdsprojektet	Att alla barn/elever som utbildas i Upplands Väsby förskolor och skolor ska erbjudas en utemiljö som stimulerar till lek och rörelse, kreativitet och fantasi.
Utbildning	Att sprida kunskap om goda matvanor och betydelsen av fysisk aktivitet bland föräldrar, barn, olika personalgrupper och andra medaktörer; skapa ett gemensamt förhållningssätt och en gemensam kunskapsbas kring mat och rörelse bland medverkande aktörer; föräldrar ska känna igen budskapet kring mat och rörelse oavsett om de är på MVC, BVC, förskolan, skolhälsovård, idrottsföreningen o.s.v.
Dansleken	Att testa danslek som metod för att främja lek, rörelse och inlärning. Resultatet av den utvärderingen som görs kommer att delges kommunens övriga förskolor och grundskolor. Det långsiktiga målet är att barn och elever i kommunens förskolor och grundskolor på sikt ska kunna använda danslek/dans som en metod att främja fysisk aktivitet.
Riktlinjer för mat i förskolan	Maten som serveras på förskolor i Upplands Väsby ska följa Livsmedelsverkets råd Bra mat i förskolan och de svenska näringsrekommendationerna. Målet är att alla förskolor i hela kommunen följer ovanstående
Jag vet vad jag äter	Målet med kampanjen var att sprida information om goda matvanor till olika föreningar och till deras ledare, aktiva och till föräldrar.
Aktiv närmiljö	Syftet var att öka möjligheterna för barn och ungdomar att vara fysiskt aktiva i sin närmiljö. Det övergripande målet med projektet är att testa och utveckla metoder för samverkan mellan olika lokala aktörer i syfte att öka möjligheterna för barn och ungdomar att vara fysiskt aktiva.

Upplands-Bro för goda matvanor

Upplands-Bro för goda matvanor drevs som ett lokalt folkhälsoprojekt i samarbete mellan Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting. Projektet var början på ett långsiktigt förändringsarbete med målet att främja hälsa och förebygga sjukdom genom goda matvanor. Syftet var att starta processer som kunde förbättra förutsättningarna för utvecklingen av goda matvanor och minskad övervikt hos befolkningen i Upplands-Bro. Insatserna skulle påverka både efterfrågan och utbud genom att offentliga, privata och ideella aktörer skulle sprida ett enkelt och positivt matbudskap baserat på svenska näringsrekommendationer.

Arbetet omfattade två delprojekt; kartläggning av aktörer och pågående insatser kring kost i kommunen samt genomförande av insatser som främjar goda matvanor. Insatserna riktades mot aktörer vars målgrupp är yngre barn (0–12 år) och deras föräldrar. Många av de deltagande aktörerna har dock haft en bredare målgrupp.

I syfte att kunna följa utvecklingen av övervikt bland barn i Upplands-Bro, togs lokal statistik fram.

Exempel på insatser i Upplands-Bro för goda matvanor

ARENA	EXEMPEL PÅ INSATSER
	Kartläggning av aktörer och insatser
Förskolan och familjedaghemmet Öppna förskolan	Mål: att förskolan och BVC förmedlar samma budskap till föräldrarna Utvecklingsarbete kring utbud och måltidsordning Kompetensutveckling av förskolans personal Förbättra kommunikationen med kostenheten Samarbete med barnavårdscentralerna
Skolrestaurangen	Kvalitetsmärkning av skollunchen Utveckling av mellanmålen Utbildning av skolmåltidspersonal
Grundskolan	”Fluortanterna” bidrar till arbete för bra matvanor Bra matsäcksmat Nätverksträffar för lärare i hem- och konsumentkunskap Seminarier och föreläsning för personal och föräldrar
Cafeterian	Mätning av cafeteriautbudet i de kommunala och privata cafeterierna Utbildning Tydliga direktiv för cafeteriaverksamheten
Barnföreningen	Studiecirkel för föreningsledare
Lunchrestaurangen	Nyckelhåls-certifiering
Arbetsplatsen	Förtäring vid möten
Livsmedelsbutiken	Samarbete med förskolan och skolan Information till kunderna Fest i byn
Individ- och familjeomsorgen	Att samtala om levnadsvanor Bra mat för en liten penning

Nynäshamns folkhälsosatsningar för en minskad övervikt bland barn och ungdomar

Nynäshamns kommun har sedan 2006 årligen avsatt cirka åtta miljoner kronor i budgeten för särskilda folkhälsosatsningar. Förvaltningarna och föreningarna i kommunen ges möjlighet att söka pengar för att genomföra projekt som syftar till att nå de politiskt uppsatta folkhälsomålen i Nynäshamn. I budgeten prioriteras matvanor samt barns hälsa. Ett av målen för 2006–2009 är att halvera antalet barn med övervikt respektive fetma. Kommunala förvaltningar driver projekt som har som övergripande mål att minska övervikt och fetma hos barn och ungdom.

De olika projekten i kommunens folkhälsosatsning för 2006–2008 har utvärderats 2009. Flera av de projekt som startat med hjälp av ekonomiska resurser från folkhälsosatsningen fortsätter i förvaltningarnas ordinarie verksamhet.

Exempel på insatser i Nynäshamns folkhälsosatsning

PROJEKT	EXEMPEL PÅ INSATSER
Minskad övervikt hos barn och ungdom i Nynäshamn (Barn och utbildningsförvaltningen)	Insatser på flera nivåer och med olika aktörer. Utbildning för personal och lärare i skola och förskola. Kostpolicy för skolor och fritidsgårdar. Samarbete med MVC och BVC kring rutiner för samtal med blivande föräldrar och nyblivna föräldrar Nätverk för föräldrar med barn som har övervikt eller fetma. Förvaltningen har fått ekonomiska resurser för att kunna satsa på hälsosammare skolluncher.
SPRING (Skugga Pedagogik och Rörelse i Natur och Gårdsmiljö) (Kommunstyrelseförvaltningen)	Syftar till att förbättra förskolornas utemiljöer för mer spontan fysisk aktivitet utan att riskera för hög exponering av solen. Skapa spännande naturmiljöer som ökar fantasin och spontanleken. Utbildning och information till lärare och föräldrar ingår som moment inför ombyggnader av gårdarna.
Säkra skolvägar (Miljö- och samhällsbyggnadsförvaltningen)	Målet är att förmå fler barn att gå eller cykla till skolan. Skolvägarna ses över för att bli säkrare, tryggare och mer upplevelserika. "Vandrande skolbussar" för förskole-, låg- och mellanstadieelever. Samarbete med föräldrar, elever, skolledningar och politiker. Genom information, marknadsföring och målgruppens delaktighet i allt från trafikmätningar vid skolorna till tävlingsinslag vill man ändra attityderna till rörelse och resande. Stöd till skolornas arbete med miljö- och trafikfrågor har lett till att vissa skolor har specifika avlämningsplatser för att minska olycksrisken i skolornas omedelbara närhet

REFERENSER

Att folkhälsoarbeta – om metoder och organisation.
Stockholms läns landsting, 1998

Barns hälsa och miljö i Stockholms län 2006 har tagits fram av
Arbets- och miljömedicin inom Centrum för folkhälsa

Chen X, Beydoun MA, Wang Y. *Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis.* Obesity (Silver Spring) 2008;16(2):265–74

Marshall NS, Glozier N, Grunstein RR. *Is sleep duration related to obesity? A critical review of the epidemiological evidence.* Sleep Med Rev 2008;12(4):289–98

Rudolf I K (2008). *Upplands-Bro för goda matvanor. Slutrapport.*
Upplands-Bro kommun och Stockholms läns landsting

SBU (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma.* Rapport nr 173

Swinburn B et al. *Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action.* Obesity reviews (2005) 6, 23–22

Swinburn B et al. *Diet, nutrition and the prevention of excess weight gain and obesity.* Public Health Nutrition (2004) 7(1A), 123–146

Zetterquist S, Jansson E, Karlsson Vestman O, Tillgren P (2008). *Utvärdering av implementeringsprocessen för "Ung & Sund i Sigtuna kommun" och folkhälsoprojektet i "Ett gott liv för alla" i Upplands Väsby kommun – en delutvärdering av Stockholms läns landstings Handlingsprogram övervikt och fetma 2004.* Rapport Mälardalens högskola, Mälardalens utvärderingsakademi, Karolinska institutet. ISBN: 978-91-86135-04-1

VETA MER

Att folkhälsoarbeta – om metoder och organisation.
Stockholms läns landsting, 1998

Att kvalitetsutveckla folkhälsoarbetet.
Stockholms läns landsting, 1998

The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response.
Copenhagen: World Health Organization; 2007

Schäfer Elinder L, Faskunger J. *Fysisk aktivitet och folkhälsa.*
Stockholm: Statens folkhälsoinstitut R2006:13; 2006

Edwards P, Tsouros A. *Promoting physical activity in urban environments.* Copenhagen: World Health Organization; 2006

Cecilia Lindvall et al. *Med fötterna på jorden – en idébok om lokalt folkhälsoarbete.* Stockholms läns landsting, 2005

Johan Faskunger. *Den byggda miljöns påverkan på fysisk aktivitet.*
Stockholm: Statens folkhälsoinstitut R2007:3; 2007

Marianne Parmander. *Från idé till verklig förändring. Att planera, genomföra och utvärdera förändringsprojekt i kommun och landsting.* Studentlitteratur; 2005

Wikland M, Åhrström M (2008). *Regionalt nätverk för hälsofrämjande fysisk aktivitet. En beskrivning av tvärsektoriellt folkhälsoarbete.* Stockholms läns landsting, Centrum för folkhälsa Rapport 2008:7

www.folkhalsoguiden.se

Förkortningar

AGB	Adjustable Gastric Banding Är en operationsmetod mot fetma
BED	Binge eating disorder (se Vårdprogram barn och ungdom s 65)
BHV/BVC	Barnhälsovården/Barnvårdscentral
BMI	Body Mass Index kg/m ² (se nedan ordförklaringar)
BORIS	Barnobesitasregistret i Sverige
BUMM	Barn och ungdomsmedicinsk mottagning
CeFAM	Centrum för Allmänmedicin
CFF	Centrum för folkhälsa upphörde 2008-12-31
CNS	Centrala nervsystemet
FaR®	Fysisk aktivitet på recept. Innebär att legitimerad vårdpersonal ordinerar fysisk aktivitet på samma sätt som ett läkemedel.
FoU	Forskning och utveckling
FYSS	Fysisk aktivitet i sjukomsprevention och sjukomsbehandling är en handledning för förskrivare av fysisk aktivitet på recept.
GBP	Gastric Bypass Är en operationsmetod mot fetma
GI	Glykemiskt index
HLM/VC	Husläkarmottagning/Vårdcentral
HSL	Hälsö- och sjukvårdslagen
HSN	Hälsö- och sjukvårdsnämnden
HSNf	Hälsö- och sjukvårdsnämndens förvaltning
KBT	Kognitiv beteendeterapi
Kcal	Kilokalorier
KFA	Karolinska Institutets folkhälsoakademi
KJ	Kilojoule
LCD	Low Calorie Diets = 800 – 1200 kcal/dygn
VLCD	Very Low Calorie Diets = 400 – 800 kcal/dygn
LSF	Landstingsstyrelsens förvaltning
LSF/PS	Landstingsstyrelsens förvaltning/Produktionssamordning
MHV/MVC	Mödrahälsovården/Mödravårdscentral eller Barnmorskemottagning
MJ	Megajoule
NEAT	Non Exercise Activity Thermogenesis = Vardagsmotion, smyg motion i vardagslivet
NVC	Non Violent Communication
PAL	Physical Activity Level
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering.
SHV	Skolhälsovården
SLL	Stockholms läns landsting
SLSO	Stockholms läns sjukvårdsområde
SLV	Statens livsmedelsverk
SNR	Svenska näringsrekommendationer
SOS-studien	Swedish Obese Subjects eller studien Överviktiga Svenskar
Spesak	Specialsakkunnig för en av de 28 områden inom Medicinska sakkunnigstrukturen i Stockholms läns landsting
UM	Ungdomsmottagning
WHO	World Health Organization (eng., Världshälsoorganisationen)
WIM	Webbaserad inrapporteringsmodell

Ordförklaringar

Arena	I det hälsofrämjande arbetet talar man om olika arenor där människor samlas och kan nås och påverkas till ett mer hälsosamt liv. Ex på arenor är skolan, arbetsplatsen, affären, intresseorganisationen etc.
BMI	Body Mass Index. Graden av övervikt och fetma beskrivs med (BMI, kg/m ²). BMI räknas ut på följande sätt: Vikten (kg)/längden (meter) ²
Iso-BMI	BMI-gränser för övervikt och fetma hos barn mellan 2 och 18 års ålder. Gränserna är definierade så att de motsvarar BMI ≥ 25 = övervikt och ≥ 30 = fetma vid 18 års ålder
Compass-studien	En forskningsrapport om fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar.
Dialog	Samtal
Incidens	Antal nya fall av en viss sjukdom som inträffar under en viss tidsperiod, t.ex. under ett år, i en bestämd population. Incidenstalet anger antalet sjukdomsfall per t.ex. 100 000 eller 1 miljon invånare, per tidsenhet
Fetma	(obesitas) innebär att kroppens fettmassa är onormalt ökad. Fetma definieras som en sjukdom medan övervikt definieras som ett riskstillstånd. Numera används BMI i internationell definition av fetma för både barn och vuxna. Gränserna för övervikt och fetma hos barn (Iso-BMI) definieras så att de motsvarar BMI-gränserna för vuxna.
Folkhälsa	Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa bör vara jämlikt fördelad.
Folkhälsoarbete	(Health promotion) Folkhälsoarbete är ett systematiska målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen. Innefattar hela skalan av åtgärder från ekonomisk politik och lagstiftning till hälsoupplýsning.
Folkhälsopolicy i landstinget	Principer som klargör att det är alla landstingets förvaltningars och bolags uppgift att arbeta för en god hälsa hos länets befolkning
Friskfaktorer	(skyddande faktorer). Beteckning på förhållande som leder till att hälsan förbättras eller att man undgår att bli sjuk. Förhållande som är statistiskt förknippat med god hälsa.
Fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet är all typ av rörelse som framkallats av skelettmusklerna och som ger ökad energiförbrukning (WHO, 2007). Effekterna av fysisk aktivitet är beroende av olika faktorer så som intensitet, varaktighet, frekvens, typ av träning, individens ålder och genetiska faktorer. Fysisk aktivitet används som ett överordnat begrepp under såväl arbete som fritid och olika former av kroppsövningar, till exempel idrott, lek, gymnastik och motion (Schäfer E & Faskunger, 2006).
Hälsa	Hälsa är enligt WHO (1948) är hälsa ett tillstånd av fullständigt, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.
Hälsofrämjande arbete	Syftar till att stärka människors hälsa genom att ge dem möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den. Hälsofrämjande arbete tar sin utgångspunkt i vad som gör att man mår bra och behåller hälsan. Det syftar alltså till att lyfta fram och stödja förutsättningar för hälsa, skapa och ge människor möjlighet till hälsosamma val.
Hälsofrämjande hälso- o sjukvård	Hälso- och sjukvård som arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för patienter, medarbetare och samhälle.
Hälsoupplýsning	Allmänt uttryck som syftar på aktiviteter som försöker påverka människors beteende och attityder beträffande olika hälsovanor.
Motion	Motion är den del av idrotten där kroppsövningar används i syfte att må bra, att bibehålla, eller att få bättre hälsa och fysisk prestationsförmåga (Schäfer E & Faskunger, 2006).
Kommunikation	En dubbelriktad ömsesidig dialog mellan sändare och mottagare.
Komorbiditet	Samsjuklighet, samtidig sjukdom
Kostpolicy	De aspekter av nationens (kommunens) policy som är speciellt designade för att förbättra näringssituationen i landet (kommunen).
Policy	På principer grundat handlande eller tillvägagångssätt
Prevalens	Prevalenstalet anger den del av befolkningen som vid en viss tidpunkt har en viss sjukdom, vanligen uttryckt i procent eller per t.ex. 100 000 eller 1 miljon invånare.

Prevention	Prevention är åtgärder för att förebygga ohälsa.
Prevention	Är insatser som görs för att förhindra allvarliga konsekvenser av redan etablerad sjukdom
Primärprevention	Är insatser som görs innan man upptäckt sjukdomen
Program	Fastställd plan
Promotion	Hälsofrämjande arbete är den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. Hälsofrämjande arbete utgår från ett salutogent synsätt.
Regelbunden fysisk aktivitet	Med regelbunden fysisk aktivitet avses en aktivitet som utförs dagligen eller minst fem dagar i veckan om den är av måttlig intensitet eller minst tre gånger per vecka om aktiviteten är högintensiv (WHO, 2007).
Riktlinjer	En samling rekommendationer som inte är bindande
Risikfaktorer	(riskindikator, riskmarkör) Karaktistikum som utmärker individer som löper risk för att uppvisa ohälsa, sjukdom, skada, ogynnsamt hälsobeteende etc... Kan vara medfödda eller förvärvade egenskaper.... Rent statistiskt är förenad med en ökad risk att få sjukdomen
Salutogent synsätt	Beskriver förmågan hos människor att upprätthålla hälsa trots påfrestningar. Man vill stärka faktorer eller omständigheter som bidrar till bibehållen eller bättre hälsa.
Samhällsinriktat hälsoarbete	Handlar om att skapa förutsättningar för att människor ska kunna leva ett hälsosamt liv. Det samhällsinriktade arbetet kräver att många aktörer samverkar så att problemet angrips på många olika sätt.
Screening	Rutinmässig provtagning eller inbjudan om testning för en viss sjukdom
Sekundärprevention	Är insatser i form av tidigupptäckt ohälsa eller riskbeteende och åtgärd för att förhindra vidare förlopp mot ohälsa och sjukdom
Sjukdomsförebyggande insatser	Är insatser med avsikt att förhindra att sjukdom utvecklas.
Stödjande miljö	Stödjande miljöer för hälsa skyddar människor mot hälsohot och möjliggör att de utvecklar sin kapacitet, sitt självförtroende och sin hälsa. Miljön omfattar det samhälle där människor lever, inklusive deras hem och arbete.
Tertiär prevention	Är insatser som görs för att förhindra allvarliga konsekvenser av redan etablerad sjukdom
Träning	Träning är den del av fysisk aktivitet som definieras som planerad och strukturerad och som innebär upprepade kroppsövelser som utövas för att förbättra eller bibehålla en eller flera komponenter av fysisk kondition, så som den maximala syreupptagningsförmågan (konditionen) och/eller muskelstyrkan (Schäfer E & Faskunger, 2006; WHO, 2007). Oftast innebär träning en målsättning att öka prestationsförmågan inom olika idrottsgrenar och ofta i tävlings syfte (WHO, 2007).
Utrymmesmat	Mat och dryck som är onödigt ur näringssynpunkt
Vision	Övergripande målsättning. En framtidsbild av hur man vill att organisationen ska utvecklas
Övervikt	Innebär att kroppsvikten i förhållande till en viss kroppslängd har ökat. Övervikt har av SBU klassats som en riskfaktor för sjukdom
Övervikt o fetma	World Health Organization (WHO) definierar övervikt och fetma som en ansamling av överflödigt kroppsfett i en utsträckning som kan påverka hälsan (www.who.int a). Övervikt innebär att man väger för mycket, och i detta begrepp kan även fetma inkluderas. En snävare definition innebär att övervikt kommer som ett första stadium från vilket fetma, som är en sjukdom, sedan kan utvecklas (Nowicka & Flodmark, 2006). Definitionen av fetma baseras på studier av riskerna för olika fetmarelaterade sjukdomar (Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU1, 2002).
Folkhälsoguiden	webbaserad information om folkhälsa (www.folkhalsoguiden.se)
Uppdragsguiden	webbaserad information för vårdgivare i Stockholms läns landsting (www.uppdragsguiden.sll.se)
VISS	webbaserad information för primärvården i Stockholms läns landsting (www.viss.nu)
Vårdguiden	hälso- och sjukvårdsinformation på webb, telefon och tidning (www.vardguiden.se)

Medverkande

Nio arbetsgrupper har deltagit i revidering av Handlingsprogram övervikt och fetma.

Arbetsgruppernas manuskript har granskats av Spesak i SLL.

Namn markerat med kursiv stil = sammankallande i gruppen

STYRGRUPP HSN-FÖRVALTNING

Regina Rodau (ordf), HSNf

Olle Olofsson, HSNf

Ann Fjellner, HSNf, tom nov 2008,

Holger Stalberg, HSNf fr.om dec 2008,

Lena Svantesson (projektledare), HSNf

ARBETSGRUPP HSN-FÖRVALTNING

Lena Svantesson, HSNf

Lena Eriksson, HSNf

Jan Erlandsson, HSNf

Cecilia Lindvall, HSNf

Håkan Wramner, HSNf

Ansvariga för innehåll i:

BESTÄLLARUNDERLAG

Lena Svantesson, HSNf

Jan Erlandsson, HSNf

Cecilia Lindvall, HSNf

Håkan Wramner, HSNf

VÅRDPROGRAMMET BARN OCH UNGDOMAR

Svante Norgren, sektionschef Rikscentrum Barnfetma Huddinge

Sven Klaesson, verksamhetschef Barnmedicinska enheten

Södertälje sjukhus

Margareta Blennow, överläkare Sachsska barnsjukhuset

Björn Rathsmann, bitr överläkare, Sachsska barnsjukhuset

Anna Bohlin, sjuksköterska, Barnmedicinska enheten Södertälje

Liselotte Kuehn, distriktssköterska, CeFAM

Carin Bokedal, utredare folkhälsa, HSNf

Ulla Idenstedt, utvecklingsledare Barnhälsovårdsenheten

Gunnel Bågenholm, Barnhälsovårdsenheten

Eva Lannerö, Barnhälsovårdsenheten

Erik Belfrage, Skolhälso, Stockholms stad

Mikael Brönnegård, skolhälsovårdsöverläkare

Elinor Sundblom, Centrum för folkhälsa

Signy Reynisdottir, överläkare Överviktscentrum Norrtulls sjukhus

Thomas Wohlin, verksamhetschef Närakuten Brommaplan

VÅRDPROGRAMMET VUXNA

Signy Reynisdottir, överläkare Överviktscentrum Norrtulls sjukhus

Erik Näslund, överläkare kirurgi och urologikliniken

Danderyds sjukhus

Jill Taube, psykiater CeFAM,

Liselotte Kuehn, distriktssköterska CeFAM

Ulla Falk, distriktssköterska CeFAM

Lena Insulander, diabetessjuksköterska Överviktscentrum

Norrtulls sjukhus

Inger Sjöberg, distriktssköterska fd Hälsoenheten Södertälje överviktsarbetet

Elisabeth Lindholm, överläkare, kvinnosjukvård Danderyds sjukhus

KOST

Viktoria Svensson, dietist Rikscentrum Barnfetma, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

Anna Hägg, dietist vuxen ÖverviktsCentrum Norrtull from september 2008

Erika Forsell, dietist barn, Rikscentrum Barnfetma Huddinge

Gunilla Häll, dietist vuxen, ÖverviktsCentrum Norrtull, t.om augusti 2008

Andrea Friedl, nutritionist, Centrum för folkhälsa

Gunilla Wilsby, nutritionist, Centrum för folkhälsa

FYSISK AKTIVITET

Anne Christenson, sjukgymnast Överviktscentrum Norrtull, Karolinska universitetssjukhuset

Ing-Mari Dohrn, sjukgymnast CeFAM

Lotta Bjurvald, sjukgymnast Rikscentrum Barnfetma, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

Erik Hemmingsson, Överviktsenheten, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

HUR FÖRÄNDRAS LIVSSTIL?

Birgit Hännikainen, leg dietist och steg 1 psykoterapeut, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Kliniken för Endokrinologi, Metabolism och Diabetes

Lena Insulander, distriktssköterska Överviktscentrum Norrtulls sjukhus

Anna Bohlin, sjuksköterska, Barnmedicinska enheten Södertälje

SAMHÄLLSINRIKTAT HÄLSOARBETE

Cecilia Lindvall, HSNf

Magnus Liljegren, Centrum för folkhälsa

Lena Svantesson, HSNf

Liselotte Schäfer-Elinder, Centrum för folkhälsa

Håkan Wramner, HSNf

Redigering av text

Cecilia Lindvall, HSNf

Granskning av SPESAK

Thomas Wohlin, SPESAK Allmänmedicin

Hans Gilljam, SPESAK Folkhälsa och Prevention

Maria Sääf, SPESAK Endokrinologi och Diabetologi

Claes-Göran Östensson, SPESAK Endokrinologi och Diabetologi

Eva Strååt, SPESAK Hjärt- och kärlsjukdomar

Margareta Blennow, SPESAK Barn och Ungdom

Samverkansgrupp mellan handikapp- och pensionärsorganisationer

Har bidragit med synpunkter via Christina Fleetwood

Handlingsprogrammet övervikt och fetma är ett handlings- och vårdprogram för allas gemensamma insatser i det förebyggande och behandlande arbetet mot övervikt och fetma. Tillsammans kan vi arbeta för en lägre vikt på sikt för hela befolkningen.

Handlingsprogrammet bygger på en vision som fastställts av Landstingsfullmäktige samt ett antal prioriteringar i arbetet mot övervikt och fetma. Visionen: "Halvera andelen personer med fetma 2003–2013 i Stockholms län" är högt ställd. För att nå dit krävs inte bara stora insatser inom hälso- och sjukvården utan även engagemang från andra aktörer. Utöver vårdprogrammen betonar Handlingsprogrammet därför även vikten av en bred uppslutning i samhället kring det förebyggande arbetet.

Det första handlingsprogrammet fastställdes 2004 men har nu utökats och uppdaterats utifrån nya medicinska rön och den senaste utvecklingen på området.

Fler exemplar av handlingsprogrammet beställs via mail:
informationsmaterial.lsf@sll.se

Mer information finns på: www.uppdragsguiden.sll.se/overvikt

