



Uppföljning Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013

- Nuläge
- Implementeringsstöd
- Beställarunderlag
- Vårdprogram
- Samhällsinriktat hälsoarbete
- Rekommendationer för fortsatt arbete



Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Jenny Sydhoff

Programansvarig, Handlingsprogram övervikt och fetma
jenny.sydhoff@sll.se

Förord

Det är ett imponerande arbete mot övervikt och fetma som redovisas i denna uppföljning av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013. Många individer har nåtts av insatser och också fått sitt hälsotillstånd förbättrat, arbetssätt har förändrats och fler arbetar med evidensbaserade metoder. Jag vill rikta ett varmt tack till alla som bidragit till att implementera, utveckla och utvärdera handlingsprogrammet. Vi är dock inte klara med vårt uppdrag, fetma och övervikt har inte minskat bland länsborna som är landstingets vision. Men man måste vara medveten om att flera andra aktörer också har ansvar för att förebygga viktproblem och främja hälsan hos länsborna och att fyra år trots allt är en kort tid för ett stort förändringsarbete.

Det är mycket glädjande att det finns tecken på att antalet små barn med övervikt och fetma inte ökar och särskilt utifrån handlingsprogrammets fokus på barnen. Det kan vara klokt att, som föreslås i rapporten, formulera en ny vision som knyter an till landstingets egna ansträngningar, liksom att formulera färre effektmått som ska vara mätbara.

Vad kan vi då önska och förvänta oss av det fortsatta arbetet? I rapporten ges ett antal relevanta och bra rekommendationer. Jag ser framförallt fram emot metodutveckling och mer samhällsinriktade förebyggande insatser riktade mot unga. Samverkan runt barnet är ett arbetssätt som utvecklas allt mer. Helt klart är att vi behöver ett strategiskt och omfattande arbete inriktat på att minska övervikt och fetma. Stockholms läns landsting har ett viktigt uppdrag i folkhälsoarbetet, inte minst som kunskapsspridare till andra viktiga aktörer som exempelvis kommunerna och deras hälsoplanerare.

Det betonas i rapporten att utvärderingen inte kan betraktas som avslutad förrän vi kan se resultatet av folkhälsoenkäten som skickas ut till länsborna i höst, då finns mer data för att göra en slutlig bedömning. Det är ändå mycket viktigt att inte förlora tid, att implementera den kunskap som vunnits och att formulera uppdrag och ekonomiska ersättningar i avtalen utifrån denna kunskap med början nu inför 2015.

Stockholm i augusti 2014

Birgitta Rydberg (FP)
Sjukvårdslandstingsråd med ansvar för folkhälsofrågorna

Innehållsförteckning

Förord.....	1
Sammanfattning	4
1 Bakgrund.....	5
1.1 Handlingsprogram övervikt och fetma	5
1.2 Definition av övervikt och fetma	5
1.3 Övervikt och fetma har betydelse för hälsan	6
1.4 Att förebygga övervikt och fetma	6
1.5 Landstingets uppdrag	7
1.6 Folkhälsorapport 2011 - utmaningar och möjligheter	7
1.7 Grunden för Handlingsprogram övervikt och fetma	8
2 Nuläge	9
2.1 Förekomst av övervikt och fetma	9
2.2 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	11
2.3 Motiverande samtal (MI).....	12
2.4 Nordiska Näringsrekommendationer, NNR5	13
2.5 Rekommendationer för fysisk aktivitet, NNR5	14
2.6 Rekommendationer för Fysisk aktivitet på recept (FaR), till barn och ungdomar ..	14
2.7 Datakällor om barns längd och vikt	17
2.8 Fetmakirurgi.....	18
2.9 SBU rapporter och kommentarer 2013-2014	19
2.10 Långvarigt stillasittande	21
2.11 Stillasittande fritid i riket och i Stockholms län	22
2.12 SLL Framtidsplan för hälso- och sjukvården	23
3 Implementeringsstöd, uppföljning.....	24
3.1 Organisation och programledning	24
3.2 Kommunikationsplan	24
3.3 Implementeringsstöd Handlingsprogram övervikt och fetma, CeFAM	26
3.4 Implementeringsstöd Fysisk aktivitet på recept (FaR), CeFAM	27
3.5 Implementeringsstöd FaR-ledarnätverk, SISU/SIF	29
3.6 Exempel - Stockholms stads Idrottsförvaltning mottagare av FaR-patienter.....	30
3.7 Utbildningsinsatser, exempel erbjudanden hösten 2013	31
3.8 Webbaserad enkät om implementeringsstöd.....	32
4 Beställarunderlag, uppföljning	33
4.1 Visionen - Halvera andelen personer med fetma 2003-2013	33
4.2 Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar.....	34
4.3 Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplexerande sjukdomar	35
4.4 Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma.....	35

4.5	Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt	36
4.6	Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna	36
5	Vårdprogram Barn och ungdom, uppföljning	37
5.1	Barnhälsovården, BVC.....	37
5.2	Projekt - Hälsovägledare stöttar och motiverar familjer	38
5.3	Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, BUMM	39
5.4	Projekt - Södertäljemodellen.....	40
5.5	BUMM Tilläggsuppdrag - Behandling av barn och ungdomar med obesitas.....	43
5.6	Vårdkedjans högspecialiserade vård.....	44
5.7	Projekt - Överviktscentrum Ungdomsmottagning.....	44
5.8	Rikscentrum	46
5.9	Projekt - Kan Barnkonventionen öka barns och ungas delaktighet i vården?	47
5.10	Projekt - PRIMROSE i barnhälsovården	47
5.11	Projekt - Early Stop i barnhälsovården.....	48
6	Vårdprogram Vuxna, uppföljning	48
6.1	SLL Vårdavtal och sjukdomsförebyggande, lägesbeskrivning 2012/2013	50
6.2	Primärvårds Rehab	51
6.3	Hälsoenheten Södertälje.....	51
6.4	Projekt - Gruppbehandling för fetmaopererade.....	52
6.5	Projekt - Våga Våga Danderyd	53
6.6	Projekt - Våga Våga Södertälje	54
6.7	Projekt - Överviktiga gravida får stöd av eHälsotjänst	55
6.8	Överviktscentrum.....	56
6.9	Projekt – IRIS i mödrahälsovården	57
6.10	Tilläggsuppdrag - Hälsofrämjande arbete i primärvården	57
6.11	Livsstilsmottagning på Hjärtkliniken, KS i Solna	58
7	Samhällsinriktat hälsoarbete, uppföljning.....	59
7.1	Rörelsestimulerande miljöer	59
7.2	Friska barn - en metod för att främja bra mat- och rörelsevanor i förskolan	60
7.3	Österåkerprojektet - Mat, rörelse och självkänsla, förebyggande av viktrelaterade hälsoproblem med skolan i centrum.....	61
7.4	Projekt – Frisk skolstart	61
7.5	Projekt - Hälsa för alla - bra mat och rörelsevanor i gruppboenden.....	62
7.6	Webbplatsen Folkhälsoguiden	63
7.7	Webbplatsen Vårdguiden/1177 Vårdguiden	63
7.8	Digital verktygslåda	63
8	Sammanfattning och rekommendationer	64
	Bilageförteckning.....	68

Sammanfattning

Denna rapport är en uppföljning av Handlingsprogram övervikt och fetma för perioden 2010-2013. Under perioden har cirka 47 miljoner kronor satsats på projekt och stöd för att minska förekomsten av övervikt och fetma och för att utveckla behandlingen av tillstånden (bilaga 1). Genom handlingsprogrammet har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting beställt implementeringsstöd av olika aktörer i länet som exempelvis Centrum för allmänmedicin, Stockholms Idrottsförbund/SISU Idrottsutbildarna, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Överviktscentrum. Implementeringsstödet har bland annat bestått i metodutveckling, utbildning, handledning, uppföljning och systematisk utvärdering. Rapporten redovisar närmare detta stöd och dess effekter. Exempel på genomförda angelägna aktiviteter under år 2010-2013 är:

- Verksamhet på BUMM med behandling enligt "Södertäljemodellen"
- Viktreduktionsbehandling för unga vuxna på Överviktscentrum
- Stöd till livsstilsförändring för vuxna på Hälsoenheten i Södertälje
- "Våga Väga" vid Danderyds sjukhus och i Södertälje för överviktiga gravida
- Hälsovägledning vid sju MVC och BVC för riktat stöd till familjer med risk för barnen att utveckla övervikt eller fetma
- Samhällsinriktat arbete för att stödja beteendeförändring inom olika arenor
- Digitalt stöd genom Folkhälsoguiden, 1177 Vårdguiden och Vårdgivarguiden.

Många barn och vuxna med övervikt och fetma har nåtts av insatser genom handlingsprogrammet. I en del fall har tydliga förbättringar kunnat påvisas för patienterna. Andra positiva utfall är att det tycks ha bidragit till ett förändrat arbetssätt och att det skett en ökning av antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet, FaR, samt av antalet patienter på husläkarmottagningar där de erbjudits åtgärder enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. En betydande del av befolkningen i länet är fortsatt överviktiga och drygt var tionde stockholmare har diagnosen fetma, enligt uppgifter från Folkhälsoenkät 2010. En uppföljning av handlingsprogrammets effekter och visionen att "halvera andelen personer med fetma 2003-2013 i Stockholms län" kan göras först när en ny folkhälsoenkät genomförts under hösten 2014. Tillgänglig information talar dock för att visionen inte har uppnåtts. Data från BVC visar att andelen 4-åringar med övervikt och fetma inte har ökat, utan varit relativt oförändrad i länet under programperioden. I rapporten ges ett antal rekommendationer att beakta inför fortsatt arbete:

- En ny vision föreslås "Invånarna i Stockholms län har kunskap om riskerna med övervikt och fetma och nyttan av att förebygga tillstånden. Hälso- och sjukvården arbetar hälsofrämjande samt erbjuder behovsstyrd behandling av övervikt och fetma"
- Det förebyggande arbetet bör förstärkas och en strategi ska tas fram för det samhällsinriktade arbetet
- Ett nytt Vårdprogram för övervikt och fetma bör tas fram
- Effektmått som definieras för handlingsprogrammet ska vara uppföljningsbara
- Metodutveckling ska bedrivas för behandling av tonåringar på BUMM samt för pre- och postoperativt stöd vid gastric bypass
- eHälsa/digitalt stöd ska utvecklas i vårdprogram och i det samhällsinriktade arbetet
- Implementering av FaR-rekommendationer för barn och ungdomar i SLL bör stärkas
- Det förebyggande arbetet inom elevhälsan/skolan bör stärkas.

1 Bakgrund

1.1 *Handlingsprogram övervikt och fetma*

Övervikt och fetma innebär ett växande folkhälsoproblem och leder till medicinska komplikationer. Fetma är en komplex kronisk sjukdom som uppstår genom samverkan mellan arv och miljö. Mekanismen för viktökning är alltid en positiv energibalans. Ärftlighet beräknas stå för 25–40 % av skillnaderna i vikt mellan individer som lever i samma miljö. I dag drabbas många unga överviktiga av sjukdomar som tidigare förknippades med hög ålder. Övervikt och fetma medför minskad livskvalitet för individen och höga kostnader för hälso- och sjukvården.

I ett försök att stoppa denna oroande utveckling tog Stockholms läns landsting år 2004 fram ett handlingsprogram.¹ Många av de åtgärder som då rekommenderades har sedan använts på husläkarmottagningar, barnhälso- och mödravårdcentraler, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och inom elevhälsan. Ett antal samverkansprojekt mellan landsting och kommun har också genomförts. År 2010 reviderades handlingsprogrammet.² Det är omfattande och består av tre delar: beställarunderlag, vårdprogram och program för samhällsinriktat arbete.

1.2 *Definition av övervikt och fetma*

World Health Organization, WHO, definierar övervikt och fetma som en ansamling av överflödigt kroppsfett i en utsträckning som kan påverka hälsan. Övervikt innebär att man väger för mycket, och i detta begrepp kan även fetma inkluderas.

Den definition av fetma som oftast tillämpas i forskningssammanhang bygger på så kallat BMI eller body-mass index. Övervikt definieras som BMI 25 – 29,9 och fetma som BMI 30 eller mer. Måttet baseras på en kombination av kroppslängd och kroppsvikt. Män har genomgående högre BMI än kvinnor och i västvärlden ökar måttet med stigande ålder hos både män och kvinnor. BMI-måttet har vissa brister, i synnerhet när det gäller att bestämma fetma hos barn. Det underskattar grad av övervikt för det kortvuxna barnet och överskattar övervikt för långväxta. BMI tar vidare inte hänsyn till den relativa andelen av fett och muskler och inte heller till hur fettet är fördelat i kroppen. Detta är en klar svaghet, i synnerhet som senare års forskning visat att riskerna för fetmarelaterade sjukdomar är väsentligt högre när fettmassan är lokaliserad till bälken och till fettdepåer inne i buken.³

Då BMI inte fungerar för barn och ungdomar har International Obesity Task Force (IOTF) tagit fram en utökning av BMI som även fungerar för barn. BMI för barn kallas IsoBMI och värdet beräknas precis på samma sätt som BMI för vuxna. Däremot skiljer sig viktklassificeringen markant och gränserna för övervikt respektive fetma varierar för alla åldrar mellan 2 och 18 år.⁴

¹ Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. Stockholms läns landsting, 2004

² Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013. Stockholms läns landsting, 2010

³ Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU 160 Fetma - problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt, 2002

⁴ www.worldobesity.org/iotf/obesity

1.3 *Övervikt och fetma har betydelse för hälsan*

Att allt fler blir överviktiga och har fetma leder till ökat insjuknande i följsjukdomar som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Unga överviktiga personer drabbas av sjukdomar som tidigare förknippades med hög ålder. Även om flera effekter syns på kort sikt, så dröjer det flera decennier innan den fulla effekten av den ökade sjuklighet som följer av övervikt slår igenom inom sjukvård och samhället i stort. Människors livskvalitet försämras och kostnaderna för vård och behandling av komplikationer ökar. WHO beskriver den ökande andelen personer med fetma som en "global epidemi" och fysisk inaktivitet är den fjärde största orsaken till för tidig död i höginkomstländer år 2009.

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, mindre stillasittande 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.

Vad som orsaker den dramatiska ökningen av fetma i tonåren är inte väl beskrivet, men tonårstiden är en omvälvande tid och den behandling som i dagsläget erbjuds är dåligt anpassad till de förutsättningar som gäller för just tonåringar. Många föräldrar upplever att de inte längre kan kontrollera tonåringens kost- och motionsvanor samtidigt som det fortfarande spelar en stor roll för ungdomen vilken mat som erbjuds i hemmet och på vilket sätt föräldrarna lyckas bidra till hälsosamma vanor.⁵

1.4 *Att förebygga övervikt och fetma*

Det är svårt att förebygga fetma. Fetma är att beteckna som en folksjukdom som kräver en bred ansats och 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 olika aktörer i arbetet, som de som har ansvar för samhällsplanering, tillgång till hälsosam mat, skolans utveckling med flera. Grunden för att lyckas är att hela samhället aktiveras i arbetet för hälsosammare levnadsvanor. Utvecklingen av fetma är i stor utsträckning beroende av ärftliga faktorer. Denna medfödda benägenhet för fetma är utbredd i befolkningen. När denna ärftliga bakgrund finns är livsstilsfaktorer (kost och motion) samt sociala, beteendemässiga, kulturella och samhälleliga faktorer avgörande för om fetma utvecklas eller ej.⁶

Nya strategier för att nå ut med existerande kunskap om fetmans orsaker och risker, samt för att förändra matvanor och motivera till ökad fysisk aktivitet samt minskat stillasittande behöver utvecklas och utvärderas. Det är viktigt att skapa en positiv attityd till preventionsarbetet och att möta varje patient med respekt och utgå från dennes livssituation. Den som vill minska i vikt måste ofta förändra sin livsstil. Mycket handlar om hur god kommunikation och dialog med patienten kan underlätta deras livsstilförändring. Utgångspunkten är att samtalet är ett av de viktigaste redskapen när man som vårdgivare ska hjälpa en patient att förändra sina levnadsvanor och därmed höja livskvaliteten.

⁵ Uppgift: Sven Klaesson, SLL Södertälje sjukhus, 2014

⁶ Statens beredning för medicinsk utvärdering – SBU 160 Fetma - problem och åtgärder. En systematisk litteraturoversikt, 2002

1.5 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."

1.6 Folkhälsorapport 2011 - utmaningar och möjligheter

Folkhälsorapporter har publicerats regelbundet sedan 1987 och är viktiga för att följa utvecklingen av befolkningens hälsa och för att lägga en grund för det hälsofrämjande arbetet. Folkhälsorapport 2011⁷ är den sjunde i en serie av folkhälsorapporter från Stockholms läns landsting. Rapporten pekar på fem utmaningar för folkhälsoarbetet de kommande åren: att förbättra de ungas psykiska hälsa, att reducera riskabla alkoholvanor, att förebygga övervikt och fetma, rökning samt att minska ojämlikheten i hälsa.

Risikfaktorer för ohälsa är exempelvis låg inkomst, låg utbildningsnivå, rökning och övervikt. Riskfaktorerna samverkar ofta och förekommer tillsammans i större utsträckning i vissa områden i Stockholms län, ofta benämnda "utsatta områden". En följd är att variationen i medellivslängd i länet fortfarande är stor mellan olika kommuner och stadsdelar, 4 respektive 5 år för kvinnor och män. Personer med funktionsnedsättning är i större utsträckning än andra invånare fysiskt inaktiva, utvecklar oftare övervikt/fetma och röker mer.

Förutom bostadsområde, skola och kamrater som bidrar till barns och ungdomars livsstilsskapande, har den sociala bakgrunden tillsammans med uppväxtförhållanden i stort en central betydelse för barns hälsa. För att fånga upp barn med övervikt/fetma bör metoder utvecklas och insatser förstärkas inom arenor där barn vistas. Elevhälsoarbete och skolhälsovården bör ges allt stöd de kan få. Satsningar i tidig ålder ger mångfalt tillbaka längre fram, både i form av god hälsa för individen och minskade kostnader för hälso- och sjukvården. Det arbete som framgångsrikt bedrivits i Sverige genom distriktssköterskor och BVC ger belägg för detta.

Fysisk aktivitet och stillasittande

Många anger i Folkhälsoenkät 2010 att de rör sig på fritiden. Medvetenhet och intresse är förutsättningar för att fortsatt arbeta med budskap kring värdet av fysisk aktivitet och riskerna med fysisk inaktivitet. Bland barnen uppges en högre andel år 2010 jämfört med år 2001 att de är fysiskt aktiva minst 1 timme om dagen, minst 5 dagar/vecka. Ökningen är inte så stor som skulle vara önskvärd, men visar trots allt på en positiv trend. Det senaste decenniet har präglats av en omfattande debatt om barns och ungdomars stillasittande, något som kan ha medverkat till att sätta fokus på vikten av att vara fysiskt aktiv. Åtgärder inom området kan vara att uppmuntra till fysisk aktivitet.

⁷ Folkhälsorapport 2011. Stockholms läns landsting, 2011

Specifikt för barn och ungdomar finns möjlighet att arbeta med fysisk aktivitet i förskolan och att öka satsningen på skolämnet "Idrott och hälsa" i form av hälsoundervisning, utbildning av lärare och extra aktivitetspass under skoltid.

SLL Folkhälsopolicy och Handling för hälsa 2010-2014

Sedan år 2005 har landstinget en folkhälsopolicy.⁸ Policyn gäller för alla landstingets verksamheter och fem delmål lyfts. Målen är att ojämlikheten i hälsa ska minska, den miljö- och arbetsrelaterade hälsan ska förbättras, liksom förutsättningarna för goda levnadsvanor, och den psykiska ohälsan ska minska. Baserat på policyn har det utvecklats en handlingsplan för folkhälsoarbetet i landstinget, "Handling för Hälsa".⁹ Den har uppdaterats under år 2011 och skall gälla år 2012-2014. Handlingsplanen lyfter tre områden av strategisk betydelse för att nå folkhälsopolicyns mål:

- Att arbeta för en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- Att samverka kring hälsa med andra aktörer i länet
- Att arbeta med kommunikation inom SLL, med andra aktörer och med länets medborgare.

Arbetet med folkhälsorapporteringen har knutit an till folkhälsopolicyn och arbetet med handlingsplanen och många av de åtgärder som föreslås i Folkhälsorapport 2011 återfinns helt naturligt också i Handling för hälsa, samt i andra styrdokument som till exempel Handlingsprogram övervikt och fetma. En ny Folkhälsorapport ges ut år 2015.

1.7 Grunden för Handlingsprogram övervikt och fetma

Handlingsprogrammet bygger på en vision och ett antal prioriteringar i arbetet mot övervikt och fetma. Landstingsfullmäktige har år 2004 fastställt visionen:

"Halvera andelen personer med fetma 2003–2013 i Stockholms län."

För att nå visionen krävs inte bara insatser inom hälso- och sjukvården. Handlingsprogrammet innehåller vårdprogram och understryker behovet av engagemang från andra samhällsaktörer, som till exempel kommuner och frivilligorganisationer. En bred upplutning kring arbetet mot övervikt och fetma kan skapa goda förutsättningar för att människor ska kunna leva ett hälsosamt liv. Insatserna 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.

⁸ Folkhälsopolicy för Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting, 2005, uppdaterad 2010

⁹ Handling för hälsa 2012-2014. Stockholms läns landsting, 2011

2 Nuläge

2.1 Förekomst av övervikt och fetma

Globalt¹⁰

I USA förekommer fetma hos cirka en tredjedel av vuxna och en sjättedel av barn och unga. Även i tidigare fattiga länder, som Indien och Kina, är förekomsten av fetma numera hög. I norra Europa är förekomsten av barnfetma cirka 3–5 %. Fetma såväl bland vuxna som bland barn är ett globalt problem som slår över alla samhällsgrupper, men som i högre grad drabbar socioekonomiskt svaga grupper.

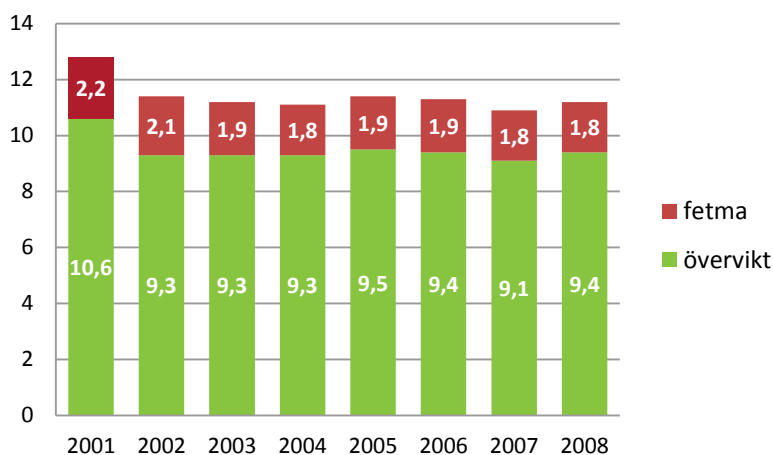
Sverige¹¹

Cirka hälften av alla svenskar har i dag fetma eller övervikt. Mellan år 2004 och år 2013 har andelen personer med fetma ökat från 11 % till 14 %. Det visar ny statistik från nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" som genomförs av Folkhälsomyndigheten. År 2013 var andelen med normalvikt (BMI 18,5–24,9) vanligare bland kvinnor än bland män, 54 respektive 43 %. Övervikt (BMI 25–29,9) var vanligare bland män än bland kvinnor (42 % respektive 29 %) och är stabil över tid. Andelen ökar med stigande ålder men planar ut efter 45-års ålder. Fetma (BMI >30) har ökat med 3 % mellan åren 2004 och 2013 och andelen personer med fetma uppgår nu till 14 %. Det fanns inga statistiskt säkerställda skillnader mellan män och kvinnor. Fetma är däremot mindre vanligt bland kvinnor och män i åldersgruppen 16–29 år.

Stockholm¹²

Övervikt och fetma ökar även i befolkningen i Stockholms län. Andelen män och kvinnor med fetma har i SLL:s Folkhälsoenkät 2010 ökat jämfört med år 2002 och år 2006, i nästan alla ålderskategorier. År 2010 angav 11,7 % av männen och 10,6 % av kvinnorna fetma. Andelen fetma bland män och kvinnor över 75 år har ökat relativt mycket under perioden år 2002–2010. 41,3 % av männen och 24,5 % av kvinnorna uppgav i Folkhälsoenkät 2010 att de var överviktiga. Andelen flickor med övervikt är större än bland pojkar, medan andelen män med övervikt är större än bland kvinnor. Andelen 4-åringar med övervikt och fetma i Stockholms län har inte ökat utan varit relativt oförändrad i Stockholms län under de senaste sju åren.¹³

Figur: Andel (%) 4-åringar med övervikt och fetma, födda 2001–2008.
SLL, BHV-rapport 2013.



¹⁰ Läkartidningen. 2014; 111: CRSP

¹¹ www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2014/februari/fler-har-fetma-och-overvikt/

¹² Folkhälsorapport 2011. Stockholms läns landsting, 2011

¹³ Barnhälsovård Årsrapport 2013. SLL, 2014 <http://www.bhvsll.se/>

Prevalensen av övervikt/fetma i Stockholms län minskade bland 8- och 12-åriga flickor mellan år 2003 och 2011¹⁴

Prevalensen av övervikt/fetma undersöktes bland 8-åringar i Stockholms län och 12-åringar i hela Sverige. Prevalensen av övervikt/fetma var år 2011 bland 8- och 12-åriga flickor i Stockholms län lägre än år 2003. En tendens i samma riktning sågs för 8-åriga pojkar i Stockholms län. Ingen minskning av prevalensen av övervikt/fetma kunde ses för 12-åriga flickor eller pojkar i Sverige som helhet. I Stockholms län hade 8-åriga pojkar till mödrar utan högskoleutbildning år 2011 högre risk för övervikt/fetma än 8-åriga pojkar till mödrar med högskoleutbildning. Samtidigt hade både 8-åriga pojkar och flickor till mödrar utan högskoleutbildning en minskad prevalens av övervikt/fetma år 2011 jämfört år 2003.

Geografiska och sociala skillnader i Stockholms län och riket

Stora geografiska skillnader förekommer när det gäller övervikt och fetma. Förekomsten skiljer sig år 2010 med över 20 % mellan olika kommuner och stadsdelar både för män och kvinnor, och personer födda utomlands har högre andel övervikt och fetma än personer födda i Sverige. Högst andel övervikt och fetma hade män och kvinnor födda utanför Europa.¹⁵ Ytterligare geografiska och sociodemografiska skillnader i länet redovisas i en av Folkhälsorapportens delrapporter "Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv".¹⁶

Av de gravida kvinnorna i Stockholms län hade 8 % fetma och 21 % var överviktiga vid inskrivning i mödrahälsovården år 2008-2010. De geografiska skillnaderna var stora, både inom Stockholms län och mellan länen i Sverige. Övervikt/fetma tidigt i en graviditet medför ökad risk för både mamman och barnet. Kommuner med hög förekomst av fetma hade även hög andel överviktiga. De geografiska skillnaderna ökade därför om man studerade både övervikt och fetma. Förekomsten av fetma ökade också för varje födsel och fördubblades mellan första och fjärde graviditeten oavsett utbildningsgrad.¹⁷

Vanligare med fetma hos personer med utvecklingsstörning¹⁸

Personer med utvecklingsstörning rapporteras återkommande i forskningsstudier med ohälsosamma matvanor och en stillasittande livsstil. Övervikt och fetma men även undervikt är oftare förekommande. Redan hos barn har man sett att de med någon utvecklingsförsening jämfört med övriga barn redan vid 3-års ålder oftare har utvecklat fetma, och med en ökad skillnad två år senare vid 5-års ålder. Svenska förhållanden förefaller överensstämma med internationella data. Fetma var utvecklat hos 14 % bland ungdomar med lindrig/måttlig utvecklingsstörning i en gymnasiesärskola i Stockholm jämfört med hos 3 % i en jämförelsegrupp utan utvecklingsstörning. Fem år senare som unga vuxna hade 35 % utvecklat fetma i gruppen med utvecklingsstörning jämfört med 7 % i gruppen utan utvecklingsstörning. I en nyligen publicerad rapport gjord inom SLL med titeln "Hälsofrämjande gruppbostad" var förekomsten av fetma 42 % i en grupp av 130 vuxna personer med utvecklingsstörning i åldern 20-66 år.¹⁹

¹⁴ Prevalensen av övervikt/fetma i Stockholms län minskade bland 8- och 12-åriga flickor mellan år 2003 och 2011. SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, FAKTABLAD 2013:2

¹⁵ Folkhälsorapport 2011. Stockholms läns landsting, 2011

¹⁶ M Kark, P Tynelius, F Rasmussen. Övervikt och fetma i ett befolkningsperspektiv, Stockholms läns landsting, 2011

¹⁷ Stora geografiska skillnader i fetma och övervikt hos gravida i Stockholms län. SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, FAKTABLAD 2014:4

¹⁸ Flygare Wallén, E. (2013). Cardiometaabolic health in students and young adults with mild/moderate intellectual disabilities : results from a longitudinal follow-up study and a school intervention. (Thesis for Doctoral Degree (Ph.D)), Karolinska Institutet, Stockholm. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10616/41358>

Wallén, E. F., Mullersdorf, M., Christensson, K., Malm, G., Ekblom, O., & Marcus, C. (2009). High prevalence of cardio-metabolic risk factors among adolescents with intellectual disability. *Acta Paediatrica*, 98(5)

¹⁹ H Bergström, I Gråhed, E Sundblom, M Hagströmer, L Schäfer Elinder. Hälsofrämjande gruppbostad. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Rapport 2013:5

2.2 Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Införandet av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011²⁰ har stor betydelse för implementeringen av Handlingsprogram övervikt och fetma. Att erbjuda åtgärder i enlighet med rekommendationerna innebär också ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om metoder för att förebygga sjukdom, genom att stödja patientens förändring av en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp gäller vuxna och är: tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor.

Rådgivande samtal är grunden för åtgärderna

Grunden för merparten av alla åtgärder i riktlinjerna är någon form av rådgivning eller samtal. Åtgärderna har delats upp i tre övergripande nivåer: enkla råd, rådgivande samtal och kvalificerat rådgivande samtal. Indelningen utgår från flera aspekter, såsom åtgärdernas struktur, innehåll och omfattning. Alla övriga åtgärder i riktlinjerna, till exempel skriftlig ordination av fysisk aktivitet, ges i tillägg till någon form av rådgivning eller samtal. Samtliga åtgärder i riktlinjerna förutsätter att hälso- och sjukvården redan har konstaterat att personen har ohälsosamma levnadsvanor.

Rekommendationer vid otillräcklig fysisk aktivitet

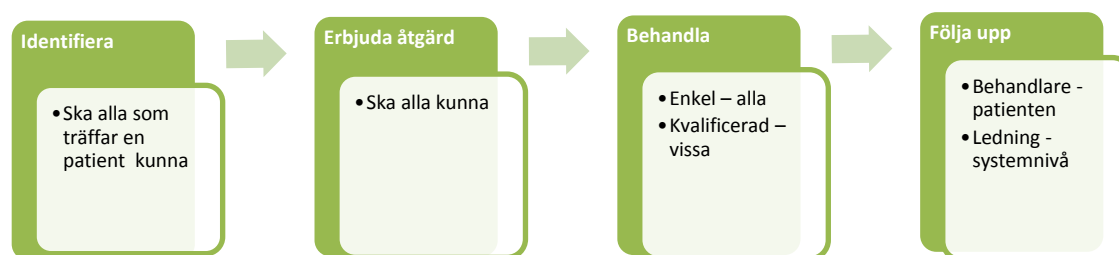
Hälso- och sjukvården bör erbjuda rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av fysisk aktivitet, FaR, och/eller stegräknare, samt med särskild uppföljning till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet. Socialstyrelsen, SoS, bedömer att hälso- och sjukvården redan bedriver arbete inom området, men att det finns stora variationer i landet. Sannolikt krävs ett resurstillskott för att uppfylla rekommendationen.

Rekommendationer vid ohälsosamma matvanor

Hälso- och sjukvården bör erbjuda kvalificerat rådgivande samtal till patienter med ohälsosamma matvanor, vilket är en förhållandevis resurskrävande åtgärd. Dessutom bedömer SoS att matvanor är den levnadsvana som hälso- och sjukvården lägger minst resurser på i dag, vilket kan leda till betydande kostnadsökningar inom området.

Vårdgivarens arbete utifrån riktlinjerna

Vårdpersonalens arbete utifrån riktlinjerna kan beskrivas i fyra steg: 1- identifiera ohälsosamma levnadsvanor, 2- erbjuda åtgärd, inklusive riskskattning, bedömning av patientens motivation och förmåga att förändra ohälsosam levnadsvana samt att veta vem som kan utföra åtgärden, 3- göra åtgärd, det vill säga behandla, 4- följa upp genomförd åtgärd.



Figur: Vårdgivarens arbete i fyra steg utifrån riktlinjerna.

²⁰ Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, Socialstyrelsen, 2011

Socialstyrelsens utvecklingsindikatorer i riktlinjerna rör de två sista stegen i vårdens arbete, att behandla och följa upp. Socialstyrelsens kartläggning av landstingens arbete med införandet av riktlinjerna innefattar även det första steget, att identifiera. Enligt förslag från SoS ska resultat för alla tre steg redovisas, per kön och per verksamhetsområde (primärvård, öppen och sluten somatisk, psykiatrisk vård) från och med år 2015.

Beskrivningssystem

SoS anger inom systemet "klassifikation av vårdåtgärder", KVÅ, koder för beskrivning av de åtgärder som ingår i riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.²¹ Koder för registrering av tillstånd "ohälsosamma levnadsvanor" enligt riktlinjerna saknas.

KVÅ-kod	Tobaksbruk	Riskbruk alkohol	Otillräcklig fysisk aktivitet	Ohälsosamma matvanor
Enkla råd	DV111	DV121	DV131	DV141
Rådgivande samtal	DV112	DV122	DV132	DV142
Utfärdande av FaR			DV200	
Kvalificerat rådgivande samtal	DV113	DV123	DV133	DV143

Figur: KVÅ-koder kopplade till Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

2.3 Motiverande samtal (MI)²²

Motiverande samtal (motivational interviewing), MI, är en samtalsmetod som används i rådgivning och behandling för att underlätta förändringsprocesser. I dag används metoden generellt i rådgivning och behandling som gäller livsstilsrelaterade faktorer som alkohol, tobak, droger, kost, fysisk aktivitet, spel med mera, i verksamheter som hälso- och sjukvård, kriminalvård, socialtjänst, psykiatri och skola. Syftet är att främja motivation och beteendeförändring.

Metoden har influerats av Prochaska och DiClementes²³ teoretiska modell som beskriver hur motivation och beteendeförändring sker över olika stadier. Enligt denna startar en förändringsprocess när en person av någon anledning börjar ifrågasätta sitt beteende och känner motstridiga känslor (ambivalens) inför detta. Ambivalensen ses som en nödvändig faktor för förändring och MI handlar om att undersöka och främja denna. Tillsammans kartlägger man hur beteendet påverkar det vardagliga livet och hur situationen stämmer överens med klientens önskemål och värderingar. Detta kan visa på en skillnad som hjälper klienten vidare i förändringsprocessen. Andra viktiga MI-principer är att försöka förstå genom ett empatiskt och reflekterande lyssnande, inte argumentera när klienten inte ser någon anledning att förändras, utan i stället undersöka varför ("roll with resistance") och att stärka klientens tro på sin förmåga och möjligheten till förändring. Behandlarens roll är sammanfattningsvis att hjälpa klienten att formulera en egen förståelse av sitt problem, egna argument för förändring, och att stärka dennes beslut och åtagande att genomföra förändringen. Det finns behandlingsmetoder som baseras på dessa principer, men i sig självt är MI snarare ett förhållningssätt för rådgivning. MI kan användas i kort rådgivning och som längre behandlingsmetod.

²¹ Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011, Socialstyrelsen, 2011

²² <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialt arbete/motiverandesamtal>

²³ J.O Prochaska, C.C DiClemente. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: Theory, research and practice, 1982

2.4 Nordiska Näringsrekommendationer, NNR5

Nordiska Näringsrekommendationer²⁴ handlar om hur barn, vuxna och gamla ska äta för att må bra på både kort och lång sikt. Över hundra experter från hela Norden har deltagit i arbetet med att gå igenom den senaste forskningen. De har gjort systematiska genomgångar av studier som har publicerats efter år 2000. Särskilt fokus har lagts på områden där det kommit mycket ny forskning, det gäller fett, kolhydrater, D-vitamin och olika matvanors effekt på hälsan. De studier som höll tillräckligt hög vetenskaplig kvalitet har inkluderats. Resultatet visar att vetenskapen om bra matvanor inte har svängt, utan snarare har stärkts.

En nyhet är att de nya näringsrekommendationerna mycket tydligare lyfter fram helheten i kosten. Sedan år 2000 har det kommit många studier om hur olika matvanor eller kostmönster påverkar hälsan. Resultatet är samstämmigt, risken för olika sjukdomar och viktuppgång minskar med en kost som består av mycket grönsaker, frukt, fisk, oljor, fullkorn och magra mejeriprodukter. Medan läsk, godis, vitt mjöl, rött kött, chark och smör innebär ökad risk. De nya näringsrekommendationerna betonar mer vilken typ av fett och kolhydrater man bör äta än mängden. Vidare beskrivs detaljerat vilken mängd av olika näringsämnen, exempelvis vitaminer, mineraler och protein, som främjar hälsan på både kort och lång sikt. De nya rekommendationerna beskriver också fysisk aktivitet, se punkt 2.5, de innehåller däremot inte rekommendationer om viktnedgång. I oktober 2013 antogs nya Nordiska Näringsrekommendationer som de officiella näringsrekommendationerna för Sverige.

SLL Evidensbaserade råd om hälsosam mat, 2013

Hälso- och sjukvården strävar efter att arbeta evidensbaserat, det vill säga utifrån bästa möjliga vetenskapliga grund, både när det gäller vårdprogram och råd om levnadsvanor. Det stora flödet av råd om mat och hälsa kan ibland uppfattas som förvirrande. De evidensbaserade råd om hälsosamma matvanor som ges inom hälso- och sjukvård ska utgå från Livsmedelsverkets rekommendationer och bygga på Nordiska Näringsrekommendationer. Detta ger en gemensam bas för råd om hälsosam mat inom vården och i det hälsofrämjande arbetet. Hälso- och sjukvården i SLL ska anpassa de råd som ges efter individens behov utifrån denna gemensamma grund. Detta slås fast av SLL, Stockholms medicinska råd, SMR, i oktober 2013. Broschyren "Evidensbaserade råd om hälsosam mat", finns att beställa på informationsmaterial.lsf@sll.se.



²⁴ <http://www.slv.se/sv/grupp1/Mat-och-naring/naringsrekommendationer/>

2.5 *Rekommendationer för fysisk aktivitet, NNR5*

Nordiska Näringsrekommendationer innehåller även rekommendationer för fysisk aktivitet. Dessa antogs i oktober 2013 som svenska rekommendationer.

För vuxna från 18 år och uppåt

- Minst 150 min/vecka medelintensiv eller minst 75 min/vecka högintensiv fysisk aktivitet, eller en likvärdig kombination av dessa aktivitetsnivåer
- Uthållighetsaktiviteter bör utföras i perioder av minst 10 minuter
- Ytterligare positiva hälsoeffekter uppnås genom att öka tiden för medelintensiv fysisk aktivitet till 300 min/vecka eller 150 min/vecka högintensiv fysisk aktivitet eller en likvärdig kombination
- Minska stillasittandet.

För barn och ungdomar

- Minst 60 minuter medel- till högintensiv fysisk aktivitet/dag
- Fysisk aktivitet i mer än 60 min/dag ger ytterligare positiva hälsoeffekter
- Aktiviteterna bör vara så varierade som möjligt för att utveckla alla typer av fysisk kapacitet. Högintensiv fysisk aktivitet, inklusive muskel- och benstärkande övningar, bör ingå minst 3 ggr/vecka
- Minska stillasittandet.

2.6 *Rekommendationer för Fysisk aktivitet på recept (FaR), till barn och ungdomar*

I Stockholms läns landsting finns sedan år 2007 riktlinjer för Fysisk aktivitet på recept, FaR. Riktlinjerna slår fast att målgruppen för FaR är patienter som är i kontakt med hälso- och sjukvården, att ordinationen ska utföras av legitimerad vårdpersonal och att FaR ska förskrivas i enlighet med FYSS (Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling). Deltagande i aktiviteter utanför hälso- och sjukvården som ordinerats av vårdgivare subventioneras inte av landstinget, utan patienten betalar själv eventuella avgifter. Metoden FaR har utvärderats vetenskapligt, men enbart för vuxna patienter, och för närvarande saknas evidens för förskrivning av FaR till barn och ungdomar. Det saknas rekommendationer i FYSS 2008 om fysisk aktivitet för barn och ungdomar med specifika diagnoser, förutom kortfattade råd vid astma, övervikt och fetma.

Under de senaste åren har det diskuterats nationellt att förskrivning av FaR kan vara aktuellt för en del barn med specifika diagnoser/symtom som behandlas inom hälso- och sjukvården. Medan andra barn med låg fysisk aktivitet som upptäckts inom exempelvis barnhälsovård och elevhälsan främst är aktuella för andra metoder, som familje- eller skolbaserade interventioner. Många barn med kroniska sjukdomar är mer inaktiva jämfört med friska barn i samma ålder och vikten av professionella råd och individanpassad träning för dessa har därför poängterats. Det finns etiska funderingar om FaR är en lämplig metod till barn. Risken att medikalisera i onödan och att barn inte förstår metaforen ”att skriva ut något på recept” har framförts.

Olika utvecklingsprojekt gällande FaR till barn och ungdomar har genomförts runtom i landet. Flertalet av dessa har involverat nya samverkansformer mellan olika aktörer, erbjudit speciellt utformat aktivitetsutbud eller använt anpassade receptblanketter, vilket försvårar utvärdering av själva metoden FaR. Ett fåtal landsting arbetar med FaR till barn och ungdomar i sin ordinarie verksamhet.

Trots avsaknad av samlad evidens har man i Stockholms län, liksom i flera andra landsting, förskrivit FaR till barn och ungdomar lokalt i olika verksamheter inom såväl primärvård, slutenvård som elevhälsan. Som stöd till vårdgivare och som komplement till riktlinjerna för vuxna, har SLL därför valt att ta fram rekommendationer om FaR till barn och ungdomar i SLL²⁵, se www.vardgivarguiden.se/far/. Verksamheten kommer att utvärderas.

Rekommendationer gällande FaR till barn och ungdomar i SLL, 2013

- I första hand gäller SLL:s riktlinjer för FaR även vid förskrivning för FaR till barn och ungdomar i den mån det är tillämpligt
- Exempel på tillstånd och diagnoser där FaR kan vara aktuellt är: övervikt/fetma, diabetes, neuropsykiatri, smärta, reumatoid artrit, cystisk fibros, motoriska dysfunktioner, psykisk ohälsa, skelettskörhet och astma
- Förskrivning av FaR till barn i förskoleåldern (0-6 år) rekommenderas inte. Då är andra familjeinriktade interventioner lämpligare
- FaR kan förskrivas till barn från skolåldern (7-15 år), men då i anpassad form, d.v.s. samtal och förskrivning bör ske tillsammans med både barn och förälder/vårdnadshavare. Viktigt är dock att man i samtalet vänder sig direkt till barnet
- FaR kan förskrivas på samma sätt som till vuxna från 16 år. Föräldrar/vårdnadshavare bör informeras
- Vid förskrivning av FaR till barn och ungdomar bör samverka mellan hälso- och sjukvård, skola (elevhälsa och idrottslärare) och aktivitetsarrangör/föreningsverksamhet eftersträvas
- För barn och ungdomar med kroniska sjukdomar kan FaR vara ett verktyg för kommunikation mellan sjukgymnast och idrottslärare för att möjliggöra en betygsgrundande aktivitetsnivå för eleven
- Förskrivning av FaR till barn och ungdomar ska göras med tydlig dokumentation av arbetsrutiner och samarbetsformer för att möjliggöra forskning och utvecklingsarbete (FoU).

Kartläggning av FaR i elevhälsan, 2013

När barnet är 6 år övertas BVC:s hälsoansvar av elevhälsan. Uppdraget har tonvikt på förebyggande hälsovård, med begränsat utrymme för sjukvårdande insatser. Dimensioneringen varierar mycket mellan olika kommuner och mellan olika skolor.

Inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma, har en kartläggning gjorts av elevhälsans arbete med Fysisk aktivitet på recept (FaR) utifrån att: 1- belysa om elevhälsan i Stockholms län arbetar med FaR och synliggöra goda exempel, 2- belysa om elevhälsan i övriga landet arbetar med FaR och synliggöra goda exempel, 3- identifiera nyckelpersoner för att utveckla arbetet med FaR inom elevhälsan, samt spegla möjlig-

²⁵ Rekommendationer för Fysisk aktivitet på recept – FaR® till barn och ungdomar i SLL, Ing-Mari Dohrn och Ann Hafström

heter och hinder, 4- belysa hur landstingets hälso- och sjukvård inom Stockholms län arbetar med FaR till barn och ungdomar.

Resultat och reflektioner om FaR i elevhälsan²⁶

Under år 2013 har intervjuer gjorts med 20 personer från elevhälsan, hälso- och sjukvården och ett antal nyckelpersoner (personer som är extra kunniga på fysisk aktivitet). En fokusgrupp genomfördes med skolsköterskor och elevhälsans ledning i Stockholms stad. En webbenkät har gått ut till 519 skolsköterskor och skolläkare i Stockholms län (svarsfrekvens 54 %). Kontakter har därutöver tagits med drygt 100 personer, med funktioner inom elevhälsan och i nätverk inom folkhälsoområdet.

Resultatet visade att i länet var det 12 av 26 kommuner som i viss mån arbetar med FaR. Webbenkäten visade att 10 % förskrivit FaR. Drygt hälften var intresserade av att arbeta med FaR (65 %) och nästan lika många av utbildning (61 %). I Stockholms stad visade fokusgruppen att skolsköterskor har stort behov av att motivera elever till ökad fysisk aktivitet, men elevhälsans ledning tyckte att metoden är komplicerad. I landet arbetade 9 av 21 landsting i viss mån med FaR inom elevhälsan.

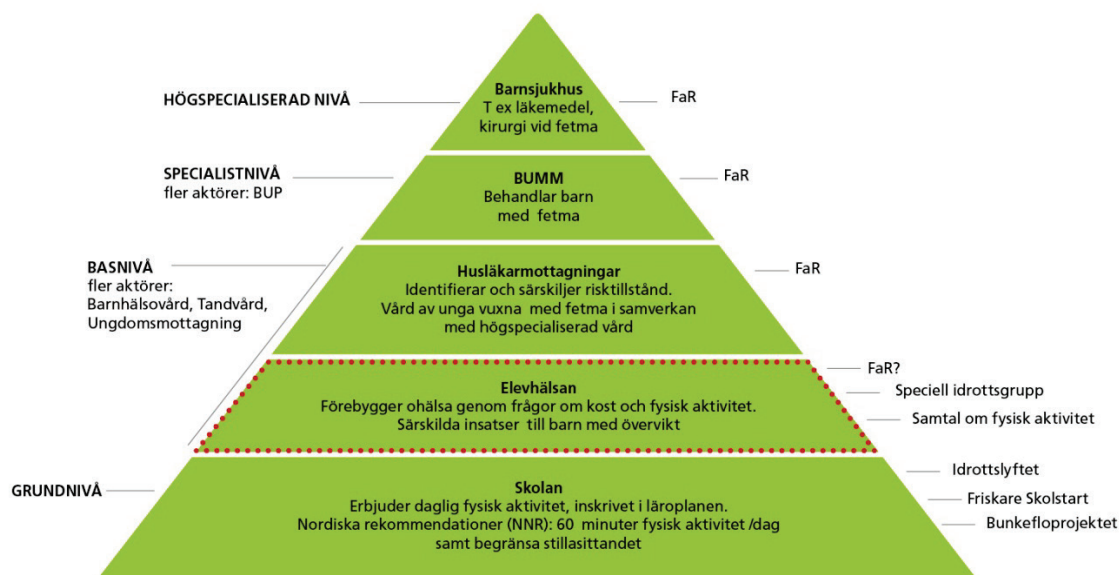
Målgruppen för FaR har visats sig ofta vara en begränsad grupp med hälsoproblem/diagnoser och/eller friska elever som är otillräckligt fysiskt aktiva. Sex av åtta nyckelpersoner är positiva till FaR inom elevhälsan. Goda exempel inom landstinget belyser att FaR passar till barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården. Slutsatser är att det är mycket som ska stämma för att få metoden att fungera inom elevhälsan. För fortsatt utveckling av FaR inom elevhälsan skulle behövas att:

- Kartlägga hur barn/ungdomar som fått FaR upplever det
- Rekommendationer/riktlinjer tas fram för vilka barn/ungdomar som är aktuella för FaR och hur de ska följas upp
- En anpassad utbildning genomförs till förskrivare och övrig skolpersonal
- Möjliggöra för all legitimerad personal som har tillräcklig kunskap att förskriva FaR
- Strategier utvecklas för hur man ska involvera familjen till yngre barn
- Se över praktiska verktyg som en "FYSS för barn och ungdomar", FaR i digitalt journalsystem, enkät för hälsosamtal, eventuell elevhälsoportal, aktivitetsappar
- Skolsköterskan har stöd i arbetet av skolans övriga personal, där idrottsläraren kan vara en nyckelperson
- Förskrivaren och övrig skolpersonal känner till vilka fysiska aktiviteter som finns att erbjuda i friskvården, gärna med reducerade priser
- Det finns utbildade FaR-ledare i friskvården med barn-/ungdomskompetens
- Det finns olika "prova på" grupper i friskvården till olika målgrupper, som barn med olika diagnoser eller olika åldersgrupper samt grupper för barn och vuxna tillsammans.

²⁶ Cecilia Lindholm. Elevhälsans arbete med FaR® till barn och ungdomar inom Stockholms län och övriga landet. SLL Rapport, 2014

Idéskiss för arbete med FaR

FaR är ett verktyg som kan användas på alla vårdnivåer. I figuren nedan beskrivs hur olika organisationer skulle kunna arbeta med FaR till barn och ungdomar med övervikt/fetma. Figuren utgår från vårdkedjan i Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 och har modifierats något.



Figur: En idéskiss för olika organisationers arbete med fysisk aktivitet till barn och ungdomar med övervikt/fetma. Nivåerna kan samarbete med en högre eller lägre nivå.

Viktigt att poängtera är att basnivån alltid utgör den dagliga fysiska aktiviteten i skolan för alla elever. Eftersom elever tillbringar en stor del av sin tid i skolan har skolan en viktig roll för deras hälsa. Därför bör fysisk aktivitet finnas med naturligt i skolans vardag. Det finns inskrivet i både läroplanen för grundskolan och gymnasieskolan.

2.7 Datakällor om barns längd och vikt²⁷

Ett personregister på nationell nivå som innehåller information om barns längd och vikt från elevhälsan kan på sikt få positiva konsekvenser för elevernas hälsovård i skolan och för epidemiologisk bevakning på kommunal, regional och nationell nivå. Uppgifter om längd och vikt insamlas rutinmässigt på skolor och inom kommunalar eller kommuner. Att använda dessa data till att skapa ett personregister över skolbarns längd och vikt har stor potential. Bland annat ger det möjlighet att följa skolbarns tillväxt och utveckling av kroppsmasseindex, BMI.

En förutsättning är dock att datakvalitet och metodproblem kan följas, analyseras och beaktas. System för att använda elevhälsans data på regional och nationell nivå är förenat med tekniska och etiska frågeställningar. Initiativ pågår för att skapa en databas över barns längd och vikt. "Fortsättning Barnhälsodataprojektet - Tillväxt" är ett projekt som har skapat tjänstekontrakt som ger tekniska beskrivningar för att möjliggöra informationsöverföring mellan olika verksamheter i hälso- och sjukvården. Hur dessa fungerar i realiteten ska testas under år 2014. Inom barnhälsovården är ett natio-

²⁷ H Bjermo, F Rasmussen. Datakällor om barns längd och vikt i skolan. SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Arbetsrapport 2014:2

nellt kvalitetsregister med bland annat data om längd och vikt på individnivå under uppbyggnad (BHVQ).

”Psyisk hälsa barn och unga”, Psynk, är ett annat pågående projekt som arbetar med att bygga en nationell databas med data erhållna från hälsosamtal inom elevhälsan. Dessa data är dock oidentifierade, det vill säga utan personidentitet, vilket försvårar bedömning av felkällor och därmed risken för feltolkningar.

En nationell databas utan personidentitet med uppgifter om BMI från elevhälsan medför begränsade möjligheter till kvalitetssäkring. En sådan kommer därför troligen att vara till mindre nytta på regional och nationell nivå, eftersom dess användning vid epidemiologisk bevakning samt vid utvärdering av interventioner är begränsad.

Ett kommande nationellt kvalitetsregister inom barnhälsovården som förväntas utgå från individdata med personidentitet/personnummer kan däremot få stor betydelse i framtiden för att kartlägga geografiska och socioekonomiska skillnader, samt för analys av förändringar över tid i barns längd, vikt och BMI. Ett motsvarande regionalt eller nationellt personregister för elevhälsan som stödjer kommunernas lokala verksamhet skulle sannolikt vara betydelsefullt för elevhälsan, epidemiologisk bevakning och analys samt för hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Elevhälsoenkät vid utvärdering av Österåkerprojektet²⁸

Österåkerprojektet, se punkt 7.3, hade som mål att utveckla en generell modell för skolans hälsofrämjande arbete. Uppgifter om längd och vikt erhöles från elevhälsojournalen. Samtycke inhämtades genom att samtyckesblanketter skickades till vårdnadshavare. Av de 1 359 tillfrågade samtyckte 60 % till att delta.

Enkätens frågor har validerats och elevhälsoenkäten som användes vid uppföljningen i årskurs 9 finns att tillgå i rapporten om Österåkerprojektets utvärdering. I samarbete med elevhälsan i kommuner i Stockholms län har enkäten justerats och Psynk-frågorna har inkluderats. Enkäten har även webbaserats och planen är att systemet ska kunna leverera en automatisk resultatrapport på skol- och kommunnivå.

2.8 Fetmakirurgi

Fetma som redan har uppstått är svårbehandlad och kan kopplas till kraftigt sänkt livskvalitet, ökad sjukpensionering och sjukfrånvaro med ökad risk för andra sjukdomstillstånd och förtida död. För en selekterad grupp gravt överviktiga patienter, och särskilt de med nydebuterad diabetes, är fetmakirurgi en etablerad behandling. Under senare år har antalet operationer årligen minskat både nationellt och i Stockholms län. För att kunna fatta strategiska beslut liksom inför framtagande av vårdprogram och förbättring av pre- och postoperativa vårdprocesser och för att möta framtida behov är uppföljning och förbättrat kunskapsläge av vikt.²⁹

Kunskapsläge³⁰

Antalet gastric bypassoperationer i Sverige har minskat något de senaste åren och det gäller även för SLL. Enligt det nationella kvalitetsregistret SOReg:s (Scandinavian Obesity Surgery Registry) årsrapport 2013, opererades 84 personer/100 000 invånare år 2011 i SLL, vilket minskat till 73/100 000 invånare. Riksgenomsnittet var 78 per-

²⁸ N Heinemans, M Hagströmer, J Hagberg, Å Norman, L Schäfer Elinder L. Att främja goda matvanor, fysisk aktivitet och självkänsla bland skolbarn. Utvärdering och lärdomar från Österåkerprojektet. SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin: Rapport 2013:1

²⁹ Uppgift: Holger Stalberg, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014

³⁰ Uppgift: Erik Näslund, Karolinska Institutet, 2014

soner/100 000 invånare. Orsaken till denna minskning är inte klarlagd. De patienter som opererats för sin övervikt är i behov av livslång uppföljning även om kirurgi har visat sig förhindra för tidig död och viss cancer, minska ledsmärta samt förbättra livskvalitet. Det finns brister i uppföljningen av opererade patienter. I SOReg är uppföljningen fram till 1 år god men vid 2- och 5-års uppföljning är endast cirka 50 % uppföljda i registret. Det kan inte avgöras i vilken utsträckning uppföljning görs inom primärvården eftersom de ej kan registrera i kvalitetsregistret. Även om fetmakirurgi har avgörande betydelse för den enskilda patienten, och kan förhindra utvecklingen av diabetes, så finns det risk för vitamin-/mineralbrist samt att vissa sjukdomar kopplade till övervikt, däribland diabetes, som initialt förbättras kan återkomma. Det finns också rapporter om en ökad risk för alkoholmissbruk efter gastric bypasskirurgi samt att förbrukning av antidepressiva läkemedel ökar. Dödligheten är mycket låg och antalet komplikationer minskar totalt sett, dock ligger andelen allvarliga komplikationer kvar på en oförändrad nivå de senaste åren.^{31 32 33 34}

Sedan år 2012 har det preoperativa omhändertagandet av unga vuxna 18-25 år stärkts genom att Överviktscentrum fått i uppdrag att bistå med preoperativ bedömning och förberedelse inför operation.

2.9 SBU rapporter och kommentarer 2013-2014

Mat vid fetma – SBU rapport, 2013³⁵

SBU:s rapport om kostbehandling av fetma är en ambitiös genomgång av det vetenskapliga underlaget för befintliga kostråd. Rapporten sammanfattar vad man tidigare anade, att i ett korttidsperspektiv finns vissa skillnader mellan olika behandlingsformer, men efter en 2-års uppföljning saknas data som kan belägga huruvida en behandlingsform är bättre än någon annan.

Vad som framkommer av SBU-rapporten är att det egentligen inte spelar någon roll vilken behandlingsform man väljer, flertalet deltagare i behandlingsprogrammen fullföljer dem ändå inte, oavsett sätt. I undersökningar där man jämfört långtidsresultaten har det varit möjligt att beräkna en förväntad viktnedgång baserad på utgångsvikten och energiunderskottet över tid. Den bistra verkligheten är att praktiskt taget inga patienter uppnår denna förväntade viktnedgång, vilket med all sannolikhet beror på att patienterna inte gör som de blivit instruerade. Även om kunskapen om de skilda behandlingsformerna har ökat, kvarstår frågan om vem som ska sköta behandlingen.³⁶

Motiverande samtal för att förändra mat- eller motionsvanor – SBU kommentar, 2014³⁷

Metoden motiverande samtal, på engelska motivational interviewing, MI, har prövats för att ändra mat- och motionsvanor. En utländsk rapport som SBU har sammanfattat och kommenterat, visar att det saknas vetenskapligt stöd för att metoden fungerar. I den systematiska översikten sammanfattas åtta studier som alla jämför motiverande samtal, MI, med alternativ rådgivning av liknande typ eller intensitet utan MI, så kallad

³¹ <http://www.ucr.uu.se/soreg/index.php/arsrapporter>

³² Plecka Östlund M, Backman O, Marsk R, Stockeld D, Lagergren J, Rasmussen F, Näslund E. Increased admission for alcohol dependence after gastric bypass surgery compared to restrictive bariatric surgery. JAMA Surgery 2013;148:374-7

³³ Sjöström L. Review of the key results from the Swedish Obese Subjects (SOS) trial - a prospective controlled intervention study of bariatric surgery. Journal of internal medicine 2013;273:219-234

³⁴ Sjöström L, Peltonen M, Jacobson P, Ahlin S, Andersson-Assarsson J, Anveden A, Bouchard C, Carlsson B, Karason K, Lonroth H, Näslund I, Sjöström E, Taube M, Wedel H, Svensson PA, Sjöholm K, Carlsson LM. Association of Bariatric Surgery With Long-term Remission of Type 2 Diabetes and With Microvascular and Macrovascular Complications. JAMA 2014;311:2297-2304

³⁵ Mat vid fetma. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2013. Rapport nr 218

³⁶ Stephan Rössner. Vem ska ta hand om de allt flera feta? Läkartidningen. 2014;111:CMWH

³⁷ www.sbu.se/2014_04

”attention control”. Deltagarna i studierna i översikten varierar från personer med fetma (främst kvinnor) till patienter med diabetes typ 2 och patienter med ryggproblem. Endast fem av de inkluderade studierna rapporterade monitorering av rådgivningens överrensstämmelse med MI. Det saknas evidens för att kunna fastslå att MI leder till en beteendeförändring avseende kostvanor eller fysisk aktivitet. SBU:s specifika kommentarer är att i Sverige är det vanligt att MI används i kombination med andra metoder, till exempel Fysisk aktivitet på recept, FaR. Rapporten har inte tagit ställning till effekter av denna eller liknande behandlingskombinationer. Sannolikt har MI olika effekt på olika patientgrupper beroende på tillstånd, tillgängliga alternativ samt patienternas motivation för beteendeförändring.

Den allmänt accepterade definitionen av MI är gjord av Miller & Rollnick.³⁸ Det framgår inte i alla ingående studier om samtalsmetoden är MI enligt denna definition. Det är därför svårt att avgöra om anledningen till ickeeffekt beror på att MI var ineffektivt eller om kompetensen hos vårdgivaren inte var adekvat. Majoriteten av studierna har metodologiska svagheter. Rapporten saknar hälsoekonomisk utvärdering. Författarna konstaterar att det ännu inte finns tillräcklig evidens att fastslå att MI förändrar kostvanor eller fysisk aktivitet ytterligare i jämförelse med alternativ rådgivning av liknande typ eller intensitet fast utan MI, även om resultaten från två av studierna visar en positiv effekt avseende fettintag. Det behövs fler studier.

Främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar – SBU kommentar, 2014³⁹

I SBU-rapporten ”Metoder för att främja fysisk aktivitet”⁴⁰ från år 2007, framgick att utveckling av skolämnet ”Idrott och hälsa” leder till ökad fysisk aktivitet, samt att olika skolbaserade interventioner har en positiv effekt på barns och ungdomars fysiska aktivitet under skoldagen och i vissa fall även på fritiden.

Nedan kommenterar SBU två nya systematiska översikter inom området, en från The Cochrane Collaboration och den andra publicerad i British Medical Journal, BMJ. De två systematiska översikterna baseras på 44 respektive 30 randomiserade kontrollerade studier eller kontrollerade kliniska studier. De flesta studierna är utförda i USA, övriga är utförda i olika delar av världen bland annat Australien, Storbritannien och Belgien. Interventioner, under skoltid och efter skoltid, som syftar till att öka fysisk aktivitet hos barn och ungdomar visar sammantaget en liten effekt på förändring i aktivitetsnivåer. Enligt Cochraneöversikten från år 2013 finns viss evidens för att åtgärdsprogram i skolan ökar den fysiska aktiviteten och minskar TV-tittandet, men effekten är liten och det finns risk för selektions- och bedömningsbias i dessa studier. Därför bör resultaten tolkas med försiktighet. Översikten från BMJ 2012 visar att interventioner för att främja fysisk aktivitet hos barn och ungdomar har liten effekt på deras totala dagliga aktivitetsnivå, mätt med rörelsemätare (accelerometer).

Ökad förståelse för varför interventioner för fysisk aktivitet hos barn inte ger bättre resultat är viktigt, speciellt med tanke på att fysisk aktivitet leder till bättre hälsa. Mer forskning behövs för att fastställa värdet och lämpligheten av de effektmått som idag används vid utvärdering av interventionerna. Andra mått som skulle kunna användas för att bedöma interventionernas effekt är elevbelåtenhet, hälsorelaterad livskvalitet, självkänsla, egenförmåga till fysisk aktivitet, minskad alkohol- och drogkonsumtion, deltagande i fritidsaktiviteter samt kostnadseffektivitet. Framtida forskning borde undersöka skillnader i interventionernas effekt på fysisk aktivitet beroende på kön,

³⁸ Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. Behav Cogn Psychother 2009; 37:129-40. doi.10.1017/S1352465809005128

³⁹ www.sbu.se/2014_01

⁴⁰ Metoder för att främja fysisk aktivitet. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2007. SBU-rapport nr 181

ålder, etnicitet, samt socioekonomisk status. Skolan har stor betydelse och inflytande när det gäller främjande av fysisk aktivitet hos barn men det är också viktigt att föräldrar och samhället i övrigt bidrar. I BMJ-rapporten diskuteras en hypotes till varför interventionerna inte varit framgångsrika: att den organiserade fysiska aktiviteten kompenseras av mindre spontan fysisk aktivitet senare på dagen eller vid annat tillfälle. Denna hypotes har studerats av flera andra och kallas "the activitystat hypothesis".

2.10 *Långvarigt stillasittande*

Hittills har personer som inte nått upp till gällande rekommendationer kring fysisk aktivitet vanligen benämnts som fysiskt inaktiva och stillasittande. Stillasittande har setts som motsatsen till regelbunden fysisk aktivitet, men det är inte helt korrekt. Vetenskaplig evidens visar att långvarigt dagligt stillasittande, oberoende av övrig fysisk aktivitet och motion, innebär en ökad risk för flera av de stora folksjukdomarna samt förtida död. Stillasittande är således inte samma sak som brist på motion, utan de bör ses som två separata beteenden, med delvis oberoende betydelse för utfallet hälsa och sjukdom. Nedan redovisas några citat från boken "Långvarigt stillasittande - en hälsofara i tiden".⁴¹

Stillasittande, en definition

"Stillasittande innebär frånvaro av muskelkontraktioner, muskulär inaktivitet, i framförallt de stora muskelgrupperna runt säte och lår. Dess motsats är all fysisk aktivitet då muskelkontraktioner förekommer. Motion och idrott innebär fysisk aktivitet av en viss målsättning i intensitet och duration. Dess motsats är frånvaro av detta, fysisk inaktivitet. Det är mycket möjligt att i dagens samhälle vara regelbundet motionsaktiv, men samtidigt mycket stillasittande, en så kallad "aktiv soffpotatis". Likaså är det möjligt att inte vara regelbundet motionsaktiv, men å andra sidan inte sitta speciellt mycket under dagen. Det ena beteendet utesluter inte det andra. Långvarigt stillasittande kan ses som ett riskbeteende och regelbunden motion som ett friskbeteende" (Ekblom Bak).

Att mäta samband mellan stillasittande och övervikt/fetma

"Den vanligaste metoden för att studera samband mellan övervikt/fetma och stillasittande beteende har varit genom att mäta tiden i TV-tittande. Sambanden är dock komplexa då det inte är helt klart om det beror på själva tiden i TV-tittande eller på ökad konsumtion av energitäta livsmedel framför TV:n. TV-tittande och andra stillasittande aktiviteter tycks ingå i ett kluster av beteendefaktorer som tillsammans kan ge upphov till en rad ohälsotillstånd. I detta kluster ingår högt totalt energiintag, högt intag av energitäta drycker och såltade tilltugg samt lågt intag av frukt. I vissa studier är kopplingen starkare mellan fysisk aktivitet och övervikt/fetma än mellan stillasittande och övervikt/fetma. Det kan bero på att korrelationen mellan aktivitet och stillasittande är särskilt hög i vissa åldrar. Då blir det svårt att särskilja de olika beteendenas oberoende effekt" (Nyberg, Ekblom).

Insatser för att minska stillasittande tid på arbetet

"Hur fysiskt ansträngande ett arbete är tycks påverka en individs totala fysiska aktivitetsnivå. Flera faktorer som utbildning och socioekonomisk status är relaterade till detta samband. Det är inte säkert att de med stillasittande arbete kompenserar med mindre stillasittande beteende på fritiden. Det gör att de som idag har låg fysisk aktivitet eller mycket stillasittande tid, är i särskilt behov av att insatser görs inom

⁴¹ Elin Ekblom Bak (red.). Långvarigt stillasittande – en hälsofara i tiden. Studentlitteratur; 2013

arbetslivet. I en studie från Australien⁴² identifierades fyra typer av insatser för att minska stillasittande tid på arbetet och för att stimulera till avbrott:

- Strukturerade och icke-strukturerade pauser
- Möjligheter till smygmotion
- Möjligheter för fysisk aktivitet på arbetsplatsen eller i anslutning till arbetet
- Planering av arbetet, så att det stimulerar pauser och minskat stillasittande.

Stillasittande på arbetsplatsen bör lyftas fram som en arbetsmiljöfråga och man bör i policyerna arbeta in betydelsen av att reducera långa perioder av stillasittande” (Kallings).

Utmaningar

Att arbeta med det stillasittande beteendet är relevant för många olika professioner och yrkeskategorier, alltifrån den som möter individen i det enskilda samtalet, till samhällsplaneraren och beslutsfattaren. I dagsläget finns inga generella riktlinjer för en övre gräns för stillasittande. Mer forskning behövs för att bättre förstå de bakomliggande mekanismerna. Det behövs också interventionsstudier för att kunna fastställa rekommendationer.

2.11 Stillasittande fritid i riket och i Stockholms län

Inför uppmärksamhetsveckan ”Ett friskare Sverige 2012” redovisade Statens folkhälsoinstitut andelen i befolkningen som har rapporterat att de hade en stillasittande fritid år 2008-2011.⁴³ Med stillasittande fritid menades mindre än 2 timmars fysisk aktivitet/vecka på fritiden. De uppgifter som redovisas är data från den nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor” och ”Folkhälsodata” insamlade år 2008-2011.

I Sverige totalt var andelen som rapporterade att de hade en stillasittande fritid bland kvinnor 13 % och bland män 14 %. Det finns skillnader mellan olika socioekonomiska grupper när det gäller andelen personer som rapporterar en stillasittande fritid. Generellt sett är personer som yrkesarbetar, som har en lång utbildning och som har en god ekonomi mest fysiskt aktiva. I dessa grupper är andelen med en stillasittande fritid lägre jämfört med grupperna arbetslösa, personer med kort utbildning och arbetare.

På nationell nivå finns också data om hur stor andel av befolkningen som vill förändra sina levnadsvanor. Detta kan ge en indikation på hur förändringsbenägenheten ser ut i befolkningen. År 2011 var det 81 % bland dem som hade en stillasittande fritid som ville öka sin fysiska aktivitet och 33 % ansåg sig behöva stöd för att göra det. Andelen som sa sig behöva stöd är större i ekonomiskt utsatta grupper jämfört med andra.

Stockholms län

Rapporten visar att i Stockholms län var andelen kvinnor med stillasittande fritid 14 % och andelen män var 15 %.

⁴² Gilson ND, Burton NW, Uffelen JGZv, Brown WJ. Occupational sitting time: employees' perceptions of health risks and intervention strategies. *Health Promotion Journal of Preventive Medicine* 2012; 43(3): 298-303

⁴³ Stillasittande fritid i Sverige Läns- och kommundata 2008-2011, sammanställning. Statens folkhälsoinstitut, 2012

2.12 SLL Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Antalet barn och äldre ökar snabbare än andra åldersgrupper och dessutom fortsätter invånarnas livslängd att öka. Detta är en positiv utveckling men samtidigt en stor utmaning. För att kunna erbjuda en modern vård som uppfyller patienternas förväntningar och för att möta framtidens vårdbehov, har Stockholms läns landsting beslutat om Framtidsplanen för hälso- och sjukvården.⁴⁴ Lika mycket som det handlar om att skapa fler vårdplatser handlar det om att se till att patienterna får rätt vård i rätt tid och på rätt plats.

Vårdsnätverket med patienten i centrum

Invånarna i Stockholms län kommer att möta en vård där olika vårdgivare, exempelvis sjukhus, vårdcentraler och husläkarmottagningar, samarbetar i nätverk med patienten i centrum. En vård där det är enkelt för patienten att välja och hitta rätt vård i rätt tid. Husläkaren får en tydligare roll som koordinator i vården och allt mer vård finns nära patienten.

Detta sker bland annat genom så kallade eHälsotjänster och genom att specialistvård kan erbjudas på fler platser än på de stora akutsjukhusen. Vart patienten än vänder sig ska patienten alltid guidas rätt. Med hjälp av vårdnätverket kan vårdgivarna samarbeta effektivare och på så vis bättre koordinera patientens väg genom vården.

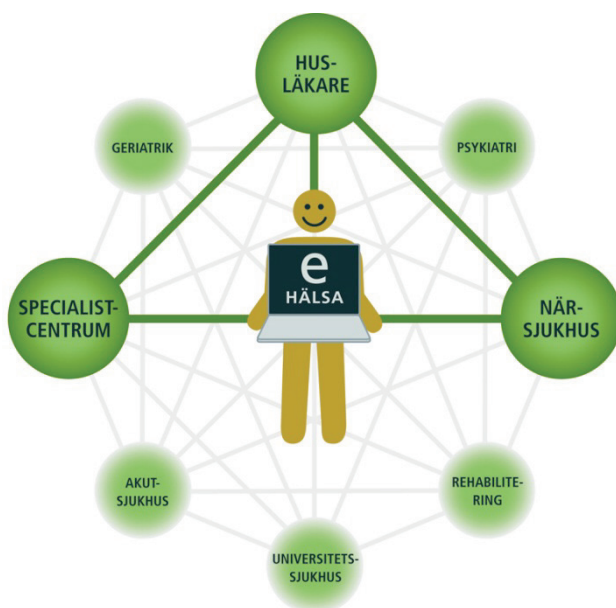
I dagens vård ligger ibland ett stort ansvar på patienten. Man behöver ofta följa upp, ta initiativ och göra ett val. I vårdnätverket förenklas kontakten med vården avsevärt.

Med hjälp av gemensamma IT-lösningar kan vårdgivare följa patientens sjukdomshistoria, förutsatt att patienten gett samtycke till att journalerna ska kunna läsas. Patienten behöver därmed inte själv komma ihåg och upprepa alla sina åkommor för varje läkare han eller hon träffar.

Framtidens hälso- och sjukvård med nätverkssjukvård inom SLL innebär att uppföljning av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer på sjukhusen saknas.

eHälsotjänster och egenvård i Framtidsplanen

Redan i dag kan patienter boka besök, förlänga recept och mycket annat på 1177 Vårdguidens webbplats. Inom den närmaste framtiden kommer fler sådana tjänster. Inom Handlingsprogram övervikt och fetma planeras ett eHälsa-projekt för patienter, se punkt 6.7.



⁴⁴ Framtidsplanen andra steget - konkretisering av det fortsatta arbetet. SLL Rapport, 2013

3 Implementeringsstöd, uppföljning

3.1 Organisation och programledning

För genomförande av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013, finns en styrgrupp på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF. En handläggare är anställd på HSF/ Utvecklingsavdelning, som programansvarig för att utveckla, leda och driva arbetet framåt. Inom ramen för arbete med handlingsprogrammet finns flera arbetsgrupper bemannade såväl med SLL-interna som externa deltagare. Möten äger också rum med chefer och anställda vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, (tidigare Karolinska institutets folkhälsoakademi, KFA), för att utveckla och implementera det samhällsinriktade arbetet. Arbetet planeras och förankras i Utvecklingsavdelningens ledningsgrupp, UALG, Hälso- och sjukvårdsförvaltningens ledningsgrupp, HSLG, samt politiskt i SLL:s Programberedning 3 – Folkhälsa och psykiatri. För kommunikationsinsatser finns en projektledare från HSF/Kommunikationsavdelning (bilaga 2).

3.2 Kommunikationsplan

Under år 2013 utvecklade kommunikationsansvarig och programansvarig för Handlingsprogram övervikt och fetma en kommunikationsplan för arbetet. Planen består av en övergripande del samt planer för olika delprojekt. Nedan beskrivs delar av den övergripande projektplanen.

Verksamhetsmål

Förekomsten av övervikt och fetma ska minska i Stockholms län. Kommunikationen ska stödja implementeringen och uppföljning av planer som tagits fram för att detta ska ske.

Målgrupper

- Politiker
- Tjänstemän
- Vårdaktörer (HLM, MVC, BVC, UM, AVC, Hälsomottagningarna, Livsstilmottagningen, Psykiatrisk öppen- och slutenvård, Överviktscentrum, Rikscentrum Obesitas, BUMM, Rehabkliniker, sjukhus, tandvård, elevhälsan)
- Samhällsaktörer.

Övergripande budskap

- Otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor är två levnadsvanor som bidrar mest till den samlade sjukdomsburden i Sverige och till övervikt/fetma
- Arbetet är viktigt och politiskt prioriterat, och hälso- och sjukvården har ett ansvar i samverkan med andra aktörer
- Det finns stöd och konkreta metoder för de som arbetar med övervikt och fetma
- Många aktörer utanför hälso- och sjukvården kan bidra till arbetet.

Kommunikationsmål

Beteendemål - vad ska målgrupperna göra:

SLL ska aktivt arbeta med frågorna och ta itu med problemet övervikt och fetma.

Politiker och tjänstemän ska verka för att skapa goda förutsättningar för arbetet med avtal och beställningar. Vårdgivare och andra samhällsaktörer ska jobba med strategier

och metoder som leder till förändring av arbetssätt i vården och med hälsosamma mat- och motionsvanor.

Attitydmål - vad ska målgrupperna *tycka*:

SLL, politiker, tjänstemän, vårdgivare och andra samhällsaktörer ska tycka att arbetet är angeläget, viktigt och har status.

Kunskapsmål - vad ska målgrupperna *kunna*:

SLL, politiker, tjänstemän, vårdgivare och andra samhällsaktörer ska ha:

- kunskap om och metoder för hur man praktiskt arbetar med övervikt och fetma samt ha kunskap/insikt om sin del i frågan
- kunskap om hur övervikt och fetma hänger ihop med annan sjuklighet och hur otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor bidrar till sjukdoms-
bördan och till övervikt och fetma
- kunskap hur olika aktörer/verksamheter kan bidra till att förebygga övervikt och fetma.

Kännedomsmål - vad ska målgrupperna *känna till*:

Övervikt och fetma är ett problem i samhället och SLL tillsammans med andra aktörer har såväl ett hälso- och sjukvårds- som ett samhällsansvar att göra något åt det. Arbetet med Handlingsprogram övervikt och fetma planeras fortsätta fram till år 2018.

Strategi

Strategin är att jobba från flera håll:

- skapa förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska kunna arbeta med övervikt och fetma och att dessa patienter ska uppleva sig värdigt bemötta i vården
- alltid sätta individen i centrum och skapa efterfrågan hos befolkningen, genom att kommunicera olika stöd som erbjuds inom hälso- och sjukvården och av andra aktörer i samhället
- genom olika kommunikationskanaler och interaktiva lösningar öka tillgänglighet vad gäller såväl behandling som information.

Kanaler

Politiken

Nyhetsbrevet HD informerar, dragningar på politiska beredningar och Hälso- och sjukvårdsnämnden

Internt HSF

Intranätet, Hälso- och sjukvårdsdirektörens veckobrev, APT, månadsmöten, avdelningsmöten, frukostmöten, workshops

Vårdgivare

Nyhetsbrevet HSN-nytt, Vårdgivarguiden, övriga nyhetsbrev (t ex FaR, CeFAM, via Folkhälsoguiden mm), utbildningar, materialutskick

Övriga

Webbplatserna Sll.se, Folkhälsoguiden.se, 1177.se samt media, nätverk, seminarier och tidskrifter som 1177 Vårdguiden

Angränsande projekt

- Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
- Alla delprojekt inom Handlingsprogram övervikt och fetma
- eHälsa
- Webbplatserna Vårdgivarguiden, 1177 Vårdguiden, Folkhälsoguiden, CeFAM, Viss.nu
- Hälsomottagningarna och Livsstilmottagningen
- SLL:s Framtidsplan
- SLL:s Folkhälsopolicy och handlingsplanen Handling för hälsa 2012-2014

- Överviktscentrums arbete
- CeFAM:s arbete, Akademiska vårdcentraler, AVC
- Centrum för Epidemiologi och samhällsmedicins arbete.

3.3 *Implementeringsstöd Handlingsprogram övervikt och fetma, CeFAM*

Sedan år 2007 har HSF givit Centrum för Allmänmedicin, CeFAM, i uppdrag att stödja implementeringen av Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 samt 2010-2013. En vårdutvecklingsledare på 50 % har tillsatts av CeFAM. CeFAM:s främsta målgrupper är primärvårdspersonal inom allmänmedicin. Andra målgrupper är övriga aktuella vårdgivare och patienter/befolkning. Uppdraget innebär att CeFAM ska:

- Rikta sig till både offentliga och privata vårdgivare
- Verka över hela länet
- Där så är möjligt arbeta tvärprofessionellt.

Resultat och reflektioner⁴⁵

Implementeringsuppdraget bedrivs huvudsakligen genom utbildnings- och informationsaktiviteter samt handledning för vårdcentraler. Intensiteten har varit i snitt 2-3 aktiviteter/vecka och antalet personer som har nåtts i genomsnitt cirka 1 500/år.

Samarbete sker med uppdraget att implementera FaR i SLL avseende utbildning i samtalsmetodik samt information om Handlingsprogram övervikt och fetma. En uppgift har varit att medverka till Stockholm Obesitasdagar som arrangerats tillsammans med medicinska specialister och obesitaskirurger. Medverkan har skett i den nationella gruppen för sjuksköterskors samtal om levnadsvanor.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder har underlättat arbete med att informera enheterna. Förfrågningsunderlaget för husläkarverksamheten betonar vikten av arbete med hälsofrågor, vilket underlättar arbetet med handlingsprogrammet och FaR. Dock upplevs det trögt för personalen att få mandat från verksamhetschefer att få lägga tid på arbete med patienter med övervikt. Mer tid för förberedelser och kommunikation inom enheterna behövs. De vårdenheter som framgångsrikt jobbar enligt Handlingsprogram övervikt och fetma har flera faktorer som är gemensamma:

- De har diskuterat i hela personalgruppen kring hur arbetet ska gå till
- De har speciellt utsedd personal som är ansvarig för vårdutvecklingen inom området
- Personalen får avsätta tid för arbetet
- Det finns ett stöd från verksamhetschefen samt kollegor för enheten
- Vissa vårdenheter har ett speciellt rum, där patienten kan väga och mäta sig.

De enheter som har haft upprepade kontakter med CeFAM:s projektledare har i både stor och liten skala mer aktivt börjat jobba med patientgruppen. Oftast har initiativet kommit från distriktssköterskegruppen. Den vårdpersonal som gått MI-utbildning

⁴⁵ Liselotte Kuehn Krylborn, SLL Centrum för allmänmedicin, CeFAM, 2014

verkar vara mer benägen att jobba aktivt med överviktsfrågor. Möjligtvis på grund av att de får ett verktyg att använda i det dagliga arbetet.

Mer utbildning i samtalsmetodik med kontinuerlig handledning efterfrågas. Samt fort-löpande uppdatering specifikt kring mat och fysisk aktivitet, speciellt utifrån det som informeras om i media. En viktig sak som man efterfrågar stöd i är: hur ska man som vårdpersonal bemöta de frågeställningar som kommer upp? Att ingå som en del i utbildningar som ges både på grund- och specialist nivå har givit möjlighet att ge en förståelse för vikten av att jobba aktivt enligt Handlingsprogram övervikt och fetma. Studenter efterfrågar sedan handlingsprogrammet när de kommer ut, både i den verksamhetsförlagda utbildningen och när de börjar jobba kliniskt. Samarbetet med Akademiska vårdcentraler, AVC, bör utvecklas.

3.4 *Implementeringsstöd Fysisk aktivitet på recept (FaR), CeFAM*

Styrdokument för uppdraget är Riktlinjer för fysisk aktivitet i SLL (enligt beslut av Landstingsstyrelsen år 2006) och Handlingsprogram övervikt och fetma 2004 samt 2010-2013. Sedan år 2007 har CeFAM ett uppdrag att stödja implementering av arbete med FaR inom Stockholms läns landsting. Det innebär att verka för och sprida FaR-metoden till alla verksamheter inom landstinget. Beskrivning av målgrupper och uppgifter för CeFAM, se punkt 3.3. Implementeringsuppdraget har varierat över tid och var år 2012-2013 bemannat med 90 % sjukgymnast och 100 % psykiatriker, med uppdrag att förutom implementera FaR och Handlingsprogram övervikt och fetma i primärvården med flera vårdområden, också specifikt i psykiatrin.

Resultat och reflektioner⁴⁶

De huvudsakliga insatserna i implementeringsuppdraget är information och utbildningsverksamhet. Ett nyhetsbrev skickas ut cirka 6 gånger/år (2013 var det 507 mottagare). Nätverksmöten "FaR på sjukhus" genomförs cirka 2 gånger/år. FaR i SLL har regelbunden kontakt och samverkan med Stockholms FaR-ledanätverk, se punkt 3.5, genom personliga möten, mail- och telefonkontakt, samt samarbete kring FaR-information och utbildningstillfällen. FaR i SLL har representerats i Nätverket Hälsofrämjande hälso- och sjukvård, HFS, både nationellt och i SLL:s regionala HFS-grupp. Samordning med Socialstyrelsens levnadsvanearbete har skett internt på CeFAM, i samverkansgruppen för SLL:s projekt "Stöd för arbete med goda levnadsvanor" samt i Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbunds expertgrupp för levnadsvanor. FaR i SLL har de senaste åren medverkat i aktiviteter på "Hälsotorget" under Medicinska Riksstämman.

Rekommendationer för FaR till barn och ungdomar har framtagits i SLL år 2013, se punkt 2.6. Rekommendationerna baseras på tillgänglig vetenskap och beprövad erfarenhet. I bakgrundsarbetet för rekommendationerna har en grundlig litteraturomgång av vetenskapligt underlag gjorts samt erfarenheter från annat nationellt FaR-arbete kartlagts. För att ta del av erfarenheter och åsikter från specialister och nyckelpersoner inom området genomfördes även en workshop våren 2013. Rekommendationerna formulerades slutligen baserade på underlag från litteraturomgång och workshop, samt SLL:s riktlinjer för FaR till vuxna.

Uppdatering och faktagransking av informationstexter om FaR på 1177 Vårdguiden och Vårdgivarguiden har genomförts, samt uppdatering i VISS.nu av generell FaR-information och ordinationsrekommendation för FaR i vårdprogrammen. FaR i SLL har under åren haft kontakt med journalister på tidningen Vårdguiden, DN och SvD, för bidrag

⁴⁶ Ing-Mari Dohrn m fl, SLL Centrum för allmänmedicin, CeFAM, 2014

med fakta om FaR till tidningsartiklar. I samarbete med program- och kommunikationsansvariga på HFS, har en film om FaR till vårdgivare och nytt FaR-material (patientfolder, väntrumsaffisch och roll-ups) arbetats fram år 2013, se www.vardgivarguiden.se/far/.

Antalet deltagare på FaR 2- dagarskurser har minskat. Det har diskuterats om det kan bero på svårigheten att komma ifrån ordinarie arbetet med nuvarande ersättnings-system eller eventuellt på kurskostnaden. Antalet deltagare på bokade hel- och halvdagsutbildningar samt vid föreläsningar/utbildningar på andra kurser/temadagar har varierat. Deltagare på informationstillfällen (60 min) och föreläsningar för patienter/anhöriga/allmänhet har ökat periodvis. Antalet deltagare på FaRs-dag har varit konstant, förutom en dip år 2011. Sammanlagt har antalet deltagare i olika utbildningsaktiviteter ökat, förutom år 2013.

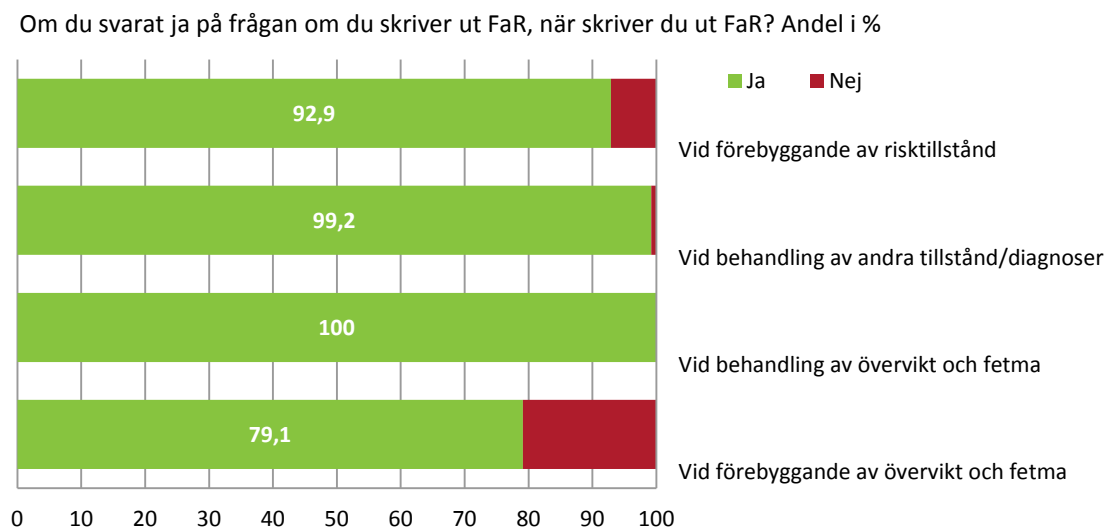
Såväl antalet tillfällen som antalet deltagare har ökat i psykiatrin under år 2012 (år 2013 saknas uppgift). Delvis kan ökningen förklaras av nationellt implementeringsarbete av levnadsvanor i psykiatrin. Nedan presenteras en sammanställning av tillgänglig deltagarstatistik från år 2010-2013:

Aktivitet	År	Antal tillfällen	Antal deltagare i SLL	Varav tillfällen i psykiatrin	Varav deltagare i psykiatrin
Egna 2-dagarskurser "Kom igång med FaR"	2010	3	36	-	-
	2011	2	43	-	1
	2012	2	36	-	5
	2013	2	25		
Bokad heldagsutbildning	2010	2	14	-	-
	2011	2	4	-	-
	2012	1	20	-	-
	2013	1	15		
Bokad halvdagsutbildning	2010	8	81	1	14
	2011	9	222	4	105
	2012	10	227	2	34
	2013	1	14		
Föreläsning/utbildning på andra kurser/temadagar	2010	45	1694	-	-
	2011	33	1134	-	-
	2012	27	999	4	201
	2013	10	1120		
Information (60 min) på VC/enheter	2010	14	163	5	77
	2011	32	892	6	228
	2012	37	667	12	156
	2013	21	269		
Föreläsning för patient/anhörig	2010	-	-	9	138
	2011	4	137	3	82
	2012	20	1371	12	838
	2013	10	1120		
Egna heldagskonferenser, kvällskonferenser m.m.	2010	3	328	-	-
	2011	2	178	-	-
	2012	2	244	-	-
	2013	2	263		
TOTALT i SLL	2010	75	2316	12	229
	2011	88	2610	14	416
	2012	99	3564	30	1234
	2013	43	1853	uppgift	saknas

Tema för heldagsseminarium "FaRs-dag" år 2007-2013:

FaRs dag 2007-2013	Tema
2007 - november	Depression
2008 - april	Smärta
2008 - november	Metabola syndromet, kost och fysisk aktivitet
2009 - mars	Hjärnan
2009 - november	Praktiskt FaR-arbete, motiverande samtal (MI)
2010 - maj	Kvinnor
2010 - november	Övervikt och fetma
2011 - maj	Äldre
2011 - november	Stress, FaR och motionsvanor
2012 - mars	Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder
2012 - november	Barn
2013 - april	Metabola syndromet, typ-2 diabetes och träning
2013 - november	Samtal och beteendeförändring (halvdag)

Nedanstående resultat är från Husläkarmottagningarnas "HLM-enkät", som skickades ut i november 2012. Resultatet är en bra vägledning för fortsatt implementeringsarbete.



3.5 Implementeringsstöd FaR-ledarnätverk, SISU/SIF

Inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma har ett samarbete etablerats år 2005 mellan landstinget, Stockholms Idrottsförbund, SIF, och SISU Idrottsutbildarna Stockholm. Projektmedel har beviljats med motiveringen att webbplats och utbildningar behöver fortskrida så länge FaR är ett projektarbete inom landstinget. Stockholms FaR-ledarnätverk ägs och drivs av SIF. Huvudsyftet är att vara ett organiserat och lättåtkomligt nätverk av kompetenta idrotts- och friskvårdsaktörer. Aktörerna ska tillhandahålla ett brett utbud av aktiviteter, vilka hälso- och sjukvården i SLL och deras

patienter kan använda. Kravet för att idrotts- och friskvårdsaktörer ska få vara en del av nätverket är att de har genomgått en FaR-ledarutbildning.

Resultat⁴⁷

Från projektets start har totalt 1 437 ledare utbildats. Utbildningen är en heldag och omfattar i korta drag fysisk aktivitets betydelse för hälsan, FaR-konceptet, FYSS, praktiska övningar för ökad förståelse om olika diagnoser, aktörs- och ledarrollen samt FaR-ledarnätverket.

Webbsidan www.farledare.se utvecklas och administreras inom uppdraget och är vårdgivarnas sökpportal för organisationer som erbjuder FaR-anpassad verksamhet. Idag omfattar webbsidan cirka 160 aktivitetsarrangörer med ett utbud på 49 olika slags aktiviteter spritt över 26 kommuner och 14 stadsdelar. Stockholms FaR-ledarnätverk har också en egen sida på Facebook.

SISU Idrottsutbildarna har medverkat med föreläsningar för vården inom SLL:s FaR-utbildning och med roll-ups samt broschyrer vid landstingets olika seminariedagar kring FaR. Föreläsningar har också genomförts på folkhögskolor och gymnasieskolor. Möten och nätverksträffar har ägt rum med andra SISU Distriktsförbund för att delge Stockholms erfarenheter av att bygga upp FaR-verksamhet.

Ett arbete med Botkyrka kommun har påbörjats för att i samverkan få vårdgivarna att förskriva fler FaR och att få kommunens invånare att upptäcka FaR, samt för att få fler FaR-aktörer att finnas tillgängliga för vården och individen. Kommunsamverkan har även ägt rum med Lidingö stad, Täby och Huddinge.

Under år 2013 har utveckling av FaR-verksamhet mot barn och ungdomar påbörjats, med syfte att samverka med skolor, skolsköterskor, kommuner och "Idrottslyftets" nätverk. Utifrån denna samverkan ska en utbildningsplan skapas, utbildare rekryteras och webbplatsen utvecklas för ökad tillgänglighet gällande barn- och ungdomsaktiviteter.

3.6 Exempel - Stockholms stads Idrottsförvaltning mottagare av FaR-patienter

Idrottsförvaltningens övergripande mål är att öka fysisk aktivitet för alla och prioriterade målgrupper är ungdomar 13-20 år, särskilt flickor och flickor med utländsk bakgrund, barn och ungdomar 7-20 år med lägre socioekonomisk bakgrund än genomsnittet samt personer med funktionsnedsättning. Insatser som görs för att nå dessa mål är bland annat att ta emot personer med FaR, dessa har erbjudits kostnadsfria samtal med uppföljning samt reducerade priser på träningskort.

Resultat⁴⁸

År 2013 fanns FaR-ledare på 13 simhallar. Inför varje terminsstart görs utskick till alla skolor och skolsköterskor i Stockholms stad, med information om aktiviteter, kurser och FaR-erbjudande. Personalen på simhallarna söker upp och informerar vårdcentraler, BVC och ungdomsmottagningar i närområdet. Samarbete sker också med skolor, föreningar och andra organisationer för att kunna erbjuda aktiviteter för barn och unga. På skollov erbjuds aktiviteter i simhallarna till ringa eller ingen kostnad. Sedan år 2011 har Idrottsförvaltningen bjudit in gymnasieelever till inspirationsdagar för att de utan kostnad ska få möjlighet att prova olika aktiviteter. Syftet är att ungdomarna ska hitta aktiviteter och anläggningar för att fortsätta "hålla igång".

⁴⁷ Uppgift: Ingbritt Ekman, Stockholms Idrottsförbund / SISU Idrottsutbildarna Stockholm, 2014

⁴⁸ Uppgift: Lena Björklund Norrman, Stockholms stad Driftkontoret Idrottsförvaltningen, 2014

MåBra-kurser med en kort teoridel om hur allt hänger ihop i kroppen samt olika prova på aktiviteter, genomförs från åk 5 till gymnasiet för både pojkar och flickor. Samarbete pågår med överviktsenheten på Sachsska Barnsjukhuset, med aktiviteter för överviktiga barn och ungdomar. MåBra-kurser ges även för vuxna och för personer med funktionsnedsättning. Antalet sålda träningskort med reducerade priser på engångsbad, bad 10 gånger, träning 10 gånger, årskort, kurser och simskola har varierat, se tabell:

2010	2011	2012	2013	Totalt
848	1173	4301	5320	cirka
(saknas statistik)		(ungdomskort 565)	(ungdomskort 67)	11 600

3.7 Utbildningsinsatser, exempel erbjudanden hösten 2013

En kartläggning gjordes hösten 2013 av utbildningar inom mat - fysisk aktivitet - hälsa. Cirka 10 aktörer i landstinget tillfrågades, nedan redovisas ett axplock av det utbud som erbjöds år 2013/2014.⁴⁹

CeFAM – Centrum för allmän medicin, www.cefam.se

- Kvalificerad rådgivning om hälsosamma matvanor, 2 heldagar samt 2 halvdagar
- Levnadsvanor och livsstilsförändring, 2 dagar
- Starta livsstilmottagning, 2 dagar
- "Boka, vi kommer" - skräddarsydda kurser
- MI uppdragsutbildning, 7,5 p i samarbete med KI
- MI grundutbildning, 3,5 dagar med kodning av samtal
- MI fördjupningskurs, 2 dagar
- MI i grupp, 2 dagar
- MI forum, 2 timmar
- "Lära för livet" – empowerment, 3 dagar
- Kom igång med Fysisk aktivitet på recept, 2 dagar
- Information på plats om Handlingsprogram övervikt och fetma

Livsstilmottagningen Hjärtkliniken, KS och Institutionen för Medicin, KI

- Skräddarsydd utbildning, exempelvis "Fettskola"
- "Livsstil på recept" - öppen föreläsningsserie för patienter och anhöriga
- Webbaserad utbildning för personal, patienter och allmänhet, www.sundkurs.se/kursen

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, CES, www.folkhalsoguiden.se

- Föreläsningar på förfrågan
- Grundutbildning och fördjupningsutbildning i MI, 5 respektive 7 dagar
- Utbildningar kring levnadsvanor inom kost, alkohol och fysisk aktivitet under planering

Överviktscentrum, www.obesitasdagar.se overviktscentrum.norrtull@karolinska.se

- Manualbaserad gruppbehandling av övervikt och fetma hos vuxna, 4 halvdagar
- Behandling av övervikt och fetma hos vuxna, 2 dagar samt uppföljning
- Samtalet som verktyg vid livsstilsförändring, 2 dagar samt uppföljning

⁴⁹ Uppgift: Elinor Sundblom, SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, 2013

Rikscentrum Barnobesitas

- Kvällsföreläsning om måltidsordning och livsmedelsval
- "Butiksvandring med dietist"
- "Sötsaker och snacks"

Barnhälsovården, www.bhvsll.se www.rikshandboken-bhv.se

- Kost för barn och förhållningssätt till barns mat och måltider, del av utbildning
- Amningsseminarier.

3.8 Webbaserad enkät om implementeringsstöd

En webbaserad enkät angående Handlingsprogram övervikt och fetma samt FaR skickades hösten 2010 och hösten 2012 till husläkarmottagningarna i SLL. Några resultat från mottagningarna angående deras önskan/behov av stöd år 2012:

- Stöd (utbildning/information) för att starta upp eller fortsätta arbetet med Handlingsprogram övervikt och fetma 67 % samt FaR 59 %
- Handledning av personer på mottagningen om Handlingsprogram övervikt och fetma 30 % samt FaR 13 %
- Utbildning (2 dagar) i Handlingsprogram övervikt och fetma 40 % samt FaR 20 %
- Internetbaserad utbildning för vårdteamet i Handlingsprogram övervikt och fetma 41 % samt FaR 33 %.

Nedan presenteras en sammanfattning av övrig statistik år 2010 och år 2012:

Enkätfrågor i webbaserad HLM-enkät	2010	2012
Antal mottagningar (HLM)	152/199	145/202
Svarsfrekvens	76,4 %	71,8 %
Har kännedom om Handlingsprogram övervikt och fetma 2004	78 %	(utgått)
Har använt handlingsprogrammet	49 %	(utgått)
Har lokala rutiner för arbetet med övervikt	57 %	57,9 %
Har en kontaktperson för övervikt och fetma	53 %	47,9 %
Känner till att det finns riktlinjer för Fysisk aktivitet på recept (FaR) i SLL	99 %	99,3 %
Förskriver FaR	91 %	97,2 %
Har lokala rutiner för arbetet med FaR	62 %	62,1 %
Har en kontaktperson/samordnare för FaR på mottagningen	37 %	33,3 %

4 Beställarunderlag, uppföljning

Uppföljningen har fokus på att undersöka om Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 genomförts enligt planerna och om målen har uppnåtts. I bilaga 3 redovisas samtliga inriktnings- och effektmål. Punkt 4.1-4.6 sammanfattar resultaten för arbetet med visionen och de fem prioriterade områdena. Flera av målen har inte varit möjliga att följa upp, då förutsättningarna har förändrats sedan målen formulerades.

År 2010-2013 är en kort tidsperiod och med utgångspunkt från tillgängliga data ser vi ingen minskning i förekomsten av övervikt och fetma totalt. I handlingsprogrammet är barn och ungdomar den högst prioriterade målgruppen och vad gäller utfall kan vi konstatera att övervikt och fetma bland 4-åringar i länet ligger konstant. För befolkningen som helhet saknas i nuläget utfallsdata för perioden och Folkhälsoenkät 2014, som genomförs i Stockholm under hösten, kommer att vara en viktig källa för slutgiltig bedömning av perioden år 2010-2013.

Gällande vårdens insatser för att motverka övervikt/fetma visar de data vi kan tolka att det har skett en positiv utveckling av antalet förskrivna FaR (år 2009-2011) samt av antalet patienter på husläkarmottagningar (år 2012-2013) där identifierad otillräcklig fysisk aktivitet lett till att patienten erbjudits åtgärd enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder.

BORIS-registret⁵⁰

Barnobesitasregistret i Sverige, BORIS, är ett medicinskt kvalitetsregister för barn-fetmabehandling. Alla enheter som behandlar fetma inom sjukvården kan bli brukare i BORIS och registrera sina patienter i åldern 2-18 år som behandlas för fetma. Registret ska ge en samlad bild av hur barnfetmabehandlingen ser ut i Sverige, och därmed vara ett stöd för alla enheter i förbättringsarbetet. För att underlätta för enheter att utnyttja resultaten från BORIS i förbättringsarbete får alla deltagande enheter från och med år 2014 en så kallad "executive summary" där den deltagande enhetens process- och resultatmått kan jämföras dels bakåt i tiden, dels med andra motsvarande enheter i landet.

Reflektion

En högklassig utvärdering av ett program som Handlingsprogram övervikt och fetma, med en bred implementering, kräver betydande satsningar på både kvantitativ och kvalitativ uppföljning. Det sistnämnda är särskilt relevant vid verksamhetsuppföljning i vården gällande kunskaper, förhållningssätt och hälsofrämjande insatser. Inför en förlängning av Handlingsprogram övervikt och fetma är det viktigt att definiera indikatorer som är mätbara i nuvarande system. En ökad registrering i BORIS skulle ge klart förbättrade möjligheter att följa upp arbetet med barn och ungdomar som har diagnos fetma.

4.1 Visionen - Halvera andelen personer med fetma 2003-2013

Folkhälsoenkäten i Stockholm visar att andelen med fetma bland kvinnor var 9 % år 2002 och 11 % år 2010. Motsvarande förändring bland männen var 10 % år 2002 och 12 % år 2010. Den nationella enkäten "Hälsa på lika villkor", visar att under perioden år 2010-2013 var förekomsten av fetma 11 % i Stockholms län. Resultatet bygger på ett

⁵⁰ Uppgift: Claude Marcus, SLL Rikscentrum Barnobesitas, 2014

litet urval och ett medelvärde under mätperioden, vilket innebär ett mått av osäkerhet. Oavsett visar "Hälsa på lika villkor" inte på någon minskning av andelen med fetma under perioderna år 2004-2007 (10 %) och 2010-2013 (11 %). Det innebär att visionen att halvera andelen med fetma under perioden 2003-2013 inte har uppfyllts. Uppgifter om samma trend väntas i Folkhälsoenkät 2014.

Andra data som finns tillgängliga är graviditetsregister och elevhälsodata för 6-, 10- och 14-åringar. I samtliga grupper ser vi en lätt ökning av andelen med fetma år 2010-2013. Signifikansen har inte testats, men då trenden i elevhälsodata för de tre årsgrupperna är densamma, torde det ligga en faktisk ökning av andelen bakom inrapporterade data.

Antalet nyinsjuknade i diabetes har legat relativt oförändrat under perioden. I åldersgruppen 18-24 år har andelen med övervikt/fetma ökat något från år 2002 till år 2010 (år 2010 kvinnor 17 %, män 22 %). Nya data kommer att vara tillgängliga med Folkhälsoenkät 2014. Vad gäller medel-BMI visar data från Folkhälsoenkät 2010 i stort sett oförändrat medel-BMI (kvinnor 24,5, män 25,9).

4.2 *Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar*

En förutsättning för att alla i vården ska kunna identifiera de barn och ungdomar som har risk för övervikt/fetma, är att de mäts och vägs. År 2009 var det en hög andel barn som fick sina BMI journalförda vid 4-årskontrollen (87,5 %, Barnhälsovårdsrapport 2010). I Barnhälsovårdsrapport 2013 hade andelen ökat till 89,6 %. Från BVC behövs ytterligare ansträngningar för att höja andelen barn och uppnå målet på 95 %. Faktum är att en del barn uteblir från sin 4-års kontroll, vilket medför att uppgifter saknas.

Inriktningsmålet att engagera kommunerna i den epidemiologiska bevakningen har inte kunnat verkställas. De kontakter som krävs och det förankringsarbete som behövs för detta har inte varit möjligt att driva, bland annat på grund av organisatoriska förändringar under perioden vid övergången från Karolinska Institutets folkhälsoakademi, KFA, till Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

BUMM:s inrapportering i BORIS har ökat något under perioden, i snitt 57 %, vilket är under målet att 95 % av vårdgivare/BUMM/barnläkare ska registrera i BORIS. Data från 4-årskontrollen visar att andelen 4-åringar med övervikt och fetma i Stockholms län inte har ökat utan varit relativt oförändrad i Stockholms län under programperioden. Barnhälsovårdsrapport 2013 redovisar att i länet hade 9,4 % av fyraåringarna (barn födda 2008) övervikt och 1,8 % fetma. Gruppen med fetma motsvarades av 443 barn. En annan uppgift i rapporten var att 4,3 % av barnen hade undervikt, vilket motsvarade 1 035 barn.

Under perioden har information tillställts länets politiker på olika sätt, bland annat genom utskick av skriften "Lägre vikt på sikt" (en kortversion av Handlingsprogram övervikt och fetma). Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har vid flera tillfällen informerat sjukvårdsstyrelser och den politiska beredningen för folkhälsa i länet, om hälsoläget i befolkningen, och då också understrukit den negativa betydelsen av övervikt/fetma för hälsoläget. I sjukvårdsstyrelser sitter också politiker som är verksamma i länets kommuner. "Lägre vikt på sikt" skickades år 2010 till samtliga kommun-, social-, samt barn och ungdomschefer i länets alla kommuner. Skriften skickades också till alla skolsköterskor i årskurs 9. År 2012 genomfördes en föreläsning om handlingsprogrammet för cirka 200 skolsköterskor.

4.3 *Behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar*

Genom våra registerstudier har vi inte kunnat belägga att övervikt/fetma för patienter med komplicerande sjukdomar identifierats. Vad vi kan se är att en stor andel av diabetesregistrerade patienter, 87 % år 2012, kontrollerades för längd och vikt. Motsvarande siffra för patienter med hypertoni var 69 % år 2013. Under år 2011-2012 har vårdgivare rapporterat in andelen patienter med en diagnos inom psykosområdet där BMI mätts. I genomsnitt har 10 % av patienterna rapporterats och dessa har i genomsnitt ett BMI på 29-30. Under år 2013 ställdes frågan om hur många patienter där BMI mäts, och inte i relation till någon diagnos. Då har mätning skett på 6 500 individer, vilket motsvarar knappt 10 % av patienterna totalt. Om man däremot ser på utfallet i VAL-databasen, så har det skett 12 300 mätningar av kroppsvikt. I detta utfall kan mätningar ha gjorts på samma patient flera gånger.

År 2010-2011 visade resultaten från "WIM-enkäten", där vårdgivarna själva rapporterar, en ökning av antalet förskrivna FaR. Detta gällde samtliga vårdgrenar. År 2012 (jan-sep) förskrevs FaR till en tredjedel av långvarigt psykiskt funktionshindrade med övervikt eller fetma inom den psykiatriska vården. Från år 2012 registreras inte FaR i samma utsträckning, och tillförlitlig data saknas i datalagret VAL. I stället registreras KVÅ-kod DV132, för rådgivande samtal med tillägg av skriftlig ordination av FaR eller stegräknare samt med särskild uppföljning, till patienter som har en otillräcklig fysisk aktivitet. Inrapporteringen av FaR har gått ner kraftigt bland husläkarmottagningarna på grund av att man rapporterar ovanstående KVÅ-kod, som är ersättningsgrundande, och inte KVÅ-kod DV200 för utfärdande av FaR. Husläkarmottagningarna rapporterade att det genomfördes 20 454 samtal enligt DV132 år 2013. Antalet representerar en ökning jämfört med antalet utfärdade FaR år 2011. Vi kan inte garantera att dessa inrapporterade resultat mäter samma sak.

Ett ambitiöst mål, att 95 % av Ungdomsmottagningarna skulle förskriva FaR år 2012, sattes upp i handlingsprogrammet. Data från "WIM-enkäten" år 2012 talade för att det faktiska utfallet var 18 %. Detta skulle kunna innebära att etablerade rutiner för att överväga FaR till ungdomar saknas. Efter år 2012 har ingen enkät genomförts till Ungdomsmottagningarna. Samma mål sattes upp för MVC år 2012. Ingen fråga har ställts till MVC om FaR i "WIM-enkäten", tyvärr är uppföljning av indikatorn inte möjlig.

4.4 *Behandlande insatser riktade mot barn och vuxna med fetma*

Indikatorn för inriktningsmålet att alla med fetma som söker vård ska identifieras, går inte att mäta eftersom BMI inte rapporterats in. Vad gäller förekomsten av fetma som diagnos på Husläkarmottagningarna ser vi att antalet patienter minskat från 15 349 (år 2009) till 11 090 (år 2012), vilket är en betydande minskning som inte tycks vara orsakad av några organisatoriska förändringar, utan sannolikt återspeglar en minskad förekomst av patienter med fetma på Husläkarmottagningarna. Antalet med fetma behöver inte ha minskat för att antalet med fetmadiagnos i journalerna minskat, då allmänläkare ofta avstår att sätta diagnosen fetma även om BMI visar 30. Från år 2014 har kravet att mäta vikt och längd hos hypertoniker tagits bort, nu krävs enbart att man mäter vikt och längd eller BMI på diabetiker och hemsjukvårdspatienter.

Under år 2008-2012 har antalet registrerade barn i BORIS i Stockholms län ökat med 65 %. Antalet registrerade barn var i juni år 2012 cirka 3 500, för åldersgruppen 0-17 år, inklusive patienter på Rikscentrum Barnobesitas.

Indikatorerna som gäller att behandling enligt vårdprogrammet ska erbjudas barn och vuxna med fetma, går tyvärr inte att mäta. Vi har inga möjligheter att mäta detta med HSF:s eller vårdgivarnas enkäter, eftersom vi inte ber de svarande om uppgifter när det gäller längd och vikt.

Indikatorn för inriktningsmålet att barn och vuxna ska uppleva sig värdigt bemötta i vården, går inte att mäta då detta inte efterfrågas i vårdgivarens enkäter. I Husläkarmottagningarnas patientenkät finns generella frågor om uppfattning av bemötande, tillgänglighet etcetera. I Vårdbarometern mäts attityder och upplevelser av hälso- och sjukvården.

4.5 Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt

Inriktningsmålet att vuxna med övervikt ska få ökad kunskap om livsstilens betydelse vid övervikt avsågs att få besvarat genom frågor i Folkhälsoenkäten. År 2010 ändrades frågorna och en uppföljning kommer att göras efter Folkhälsoenkät 2014.

Inriktningsmålet att vårdgivare i större utsträckning ska diskutera livsstilsfrågor med sina patienter går inte att mäta. Däremot ställs följande frågor i husläkarnas patientenkät sedan år 2011: 1- diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen matvanor med dig? och 2 - diskuterade läkaren eller någon annan ur personalen motionsvanor med dig? På första frågan har andelen som svarade nej sjunkit från år 2011 (71 %) till år 2013 (69 %). På den andra frågan om motionsvanor har andelen som svarade nej på frågan också sjunkit från år 2011 (62 %) till år 2013 (59 %). För indikatorerna om FaR, se redovisning under punkt 4.3.

4.6 Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna

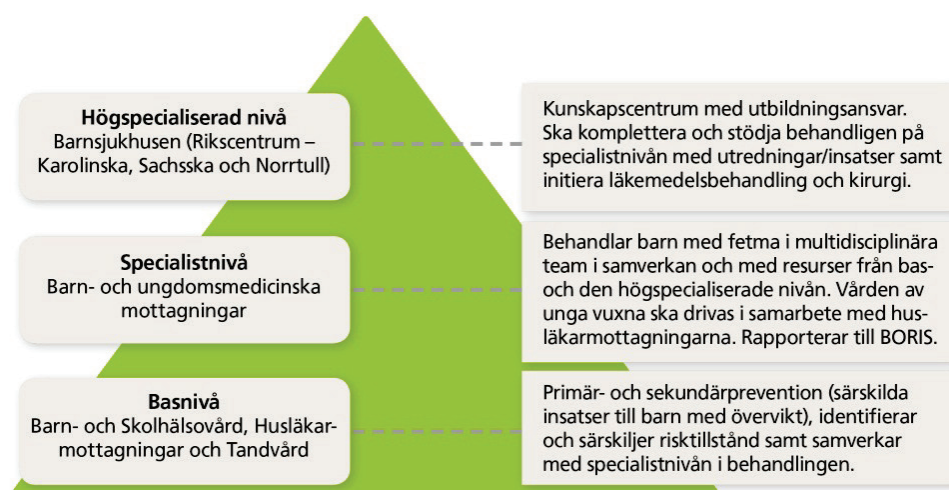
Under perioden år 2010-2013 har information om livsstilens betydelse för hälsa, och även för övervikt, kommunicerats till allmänheten på olika sätt genom webbplatsen Vårdguiden, där "Tema Hälsa" kontinuerligt utvidgats och uppdaterats. I november år 2013 övergick innehållet till den nya nationella plattformen 1177 Vårdguiden. Antalet sidvisningar på "Tema Hälsa" har nästan fördubblats från år 2011 till år 2013 (589 725). På sidan med en artikel om övervikt varierade antalet sidvisningar mellan cirka 15 300-16 900. På "Tema Hälsa" finns information för olika målgrupper som gravida, barn, ungdomar, kvinnor, män och äldre. Information, till exempel om FaR, finns också översatt till olika språk. Webbplatsen erbjuder bland annat information, artiklar, självtester, filmer samt frågor och svar. Ämnesområden är exempelvis mat och näring, motion och rörelse och "så bestämmer du din vikt". Flera av de interaktiva delarna återfinns i broschyren "Verktyg på nätet och telefon - för dig som vill ändra dina levnadsvanor", se punkt 7.8.

Samverkan kring förebyggande arbete med övervikt och fetma i länet har skett bland annat genom ett nätverk som Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin administrerar för kommunala folkhälsostrateger, och som har haft regelbundna möten om folkhälsa, inklusive övervikt och fetma. Samverkan med sjukvårdsstyrelser redovisas i punkt 4.2.

5 Vårdprogram Barn och ungdom, uppföljning

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar är ett av de snabbast ökande hoten mot folkhälsan. Barn som tidigt utvecklar fetma riskerar att, ibland redan i tonåren, drabbas av allvarliga följsjukdomar. Målet med vårdprogrammet för barn och ungdomar är att minska förekomsten av övervikt och hindra uppkomsten av fetma, vilket innebär att alla barn ska komma under IsoBMI 30.

I arbetet 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 alltid få behandling på rätt vårdnivå. I Handlingsprogram övervikt och fetma har vårdkedjan för barn och ungdomar med övervikt och fetma tydliggjorts och beskrivs som en pyramid av tre vårdnivåer.



Figur: Vårdkedjan kring barn och ungdomar.

För en fungerande behandling krävs att primärvårdens vårdgivare och barnläkare i öppenvård utvecklar rutiner och en fungerande samverkan. Det innebär bland annat att remittenterna i respektive vårdnivå måste ha god kunskap om vilken vård/utredning som kan erbjudas på nästa vårdnivå.

5.1 Barnhälsovården, BVC

Prevention är grunden i arbetet mot barnfetma. I stort sett alla barn kommer till BVC, där man i huvudsak satsar på förebyggande arbete. Uppgiften är att grundlägga allmänt goda vanor hos alla barn och att identifiera barn som är i riskzonen för fetma.

I vissa fall behöver BVC ta initiativ till behandling. Mellan år 2010 och 2013 har ersättningar för BVC med nya förutsättningar för fler besök införts. Alla hembesök ersätts sedan år 2011, inte bara det första hembesöket efter förlossningen. En besöksersättning för barn, 16 mån och äldre, hos sjuksköterska respektive läkare infördes år 2012 och en ersättning för ”besök på annan plats” infördes år 2012.⁵¹

⁵¹ Uppgift: Maria Thafvelin, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014

Flera undersökningar visar att föräldrar till förskolebarn med fetma tenderar att inte se barnen som överviktiga, vilket kan försena insatser. Det förespråkas att BVC-sköterska rutinmässigt ska utgå från barnets BMI-kurva vid samtal om vikt. Kurvan är ett objektivt mätvärde som lätt kan förstås visuellt. I områden med låg köpkraft behöver tidiga insatser för att förebygga övervikt och fetma prioriteras.⁵²

5.2 Projekt - Hälsovägledare stöttar och motiverar familjer⁵³

För att förebygga övervikt och fetma hos barn med flera riskfaktorer initierade SLL, inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma, våren 2013 en riktad utvecklingsstudie. Fyra utbildade hälsovägledare stöttar familjer vid sju MVC och BVC i Rinkeby, Husby, Kista och Skärholmen. Hälsovägledaren är en BVC-sköterska, barnmorska/nutritionist/hälsopedagog/läkare som arbetar med täta och långsiktiga kontakter, med först den gravida och sedan familjen.

Syftet är att ge stöd för hälsosamma levnadsvanor genom ökad kunskap, och med ett motiverande förhållningssätt kring mat och fysisk aktivitet förebygga en utveckling av övervikt och fetma hos barnet.

Stödet är kulturellt och språkligt anpassat till deltagarna. Hälsovägledarna pratar förutom svenska också engelska, spanska, somaliska, arabiska och syrianska.

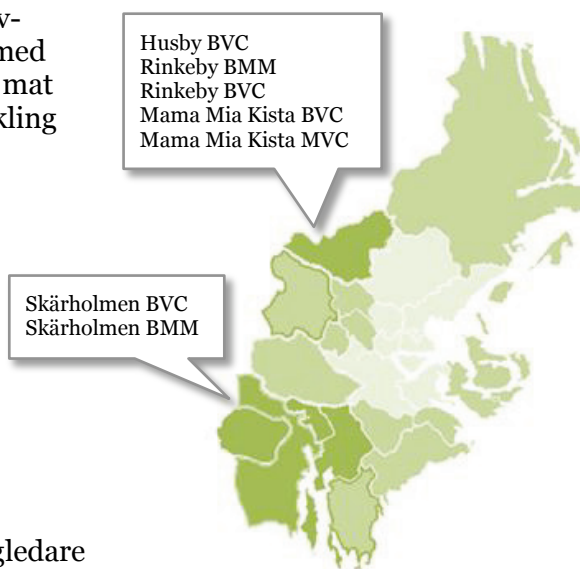
Målgrupper i utvecklingsarbetet är gravida och nyblivna föräldrar med övervikt eller fetma.

Det strukturerade stödet med hälsovägledare syftar till långsiktig förändring av mat- och motionsvanor genom att kombinera utbildande och motiverande rådgivning med gruppaktiviteter och studiebesök, i till exempel mataffärer, träningsanläggningar och simhallar.

Processen vid rekrytering av deltagare är:

1. MVC-/BVC-personal identifierar möjliga deltagare vid ordinarie besök och ger kort muntlig information
2. Intresserade familjer får med sig skriftlig information hem, på olika språk
3. Hälsovägledaren ringer upp familjen inom en vecka, och bokar ett möte om intresse föreligger
4. Samtycke för att delta i utvecklingsstudien inhämtas i samband med första besöket hos hälsovägledaren.

Utvecklingsarbetet utvärderas löpande både kvalitativt och kvantitativt med fokus på att mäta beteendeförändring och acceptans. Resultat i form av mammas och barnets vikt och förekomst av rökning och amning kommer även att jämföras med kontrollmottagningar i samma geografiska områden.



Figur: Deltagande mottagningar i utvecklingsarbetet.

⁵² Barnhälsovård Årsrapport 2013. SLL, 2014 <http://www.bhvsll.se/>

⁵³ Uppgift: Emma Sjöberg, Health Navigator, 2014

Tidiga resultat

I december 2013 omfattade verksamheten 199 familjer, varav cirka 50 % erhöll stödet på annat språk än svenska. Uppföljning av det lokala arbetet visade på stora barriärer kopplat till målgruppens bristande läskunnighet (lokalt upp mot 70 % i målgruppen), utbildningsnivå, språk och gränssättning. Tydliga behov av visuella och mycket pedagogiska hjälpmedel har identifierats och nya hjälpmedel har utvecklats. Tidig utvärdering av interventionen, november 2013, visar att familjer såväl som verksamheter är nöjda med hälsovägledarens individuella, praktiska och utbildande stöd och med gruppaktiviteterna. Många familjer har lyckats förändra sina vanor, med ökad fysisk aktivitet och förbättrade matvanor, enligt Nordiska Näringsrekommendationer, se punkt 2.4, som följd. Under år 2014 fortsätter arbetet och utvärderingen av utvecklingsstudien och de cirka 350 familjer som då beräknas medverka.

5.3 Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, BUMM

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. BUMM har också ansvar för att stödja BVC, elevhälsan och husläkarmottagningar i det preventiva arbetet och i den inledande behandlingen. I Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 föreslås att varje BUMM arbetar i team med barn och föräldrar. Vårdgivare ska överväga remiss till BUMM redan för 4-6-åriga barn som har fetma, samt behandla barn med fetma från 6-års ålder. I uppdraget ingår att:

- Utredda och behandla barn och ungdomar med fetma
- Erbjuder vård i multidisciplinära team i samverkan, och med resurser från basnivån och den högspecialiserade nivån
- Samverka med basnivån (skolhälsovård och primärvård) kring olika vårdinsatser
- Vid behov bedriva vården i samarbete med primärvården, speciellt inför en patients överföring till vuxenvården, vilket bör ske successivt
- Rapportera resultat till Barnobesitasregistret i Sverige, BORIS
- Utbilda och ge stöd åt basnivån samt samverka med den högspecialiserade vårdnivån.



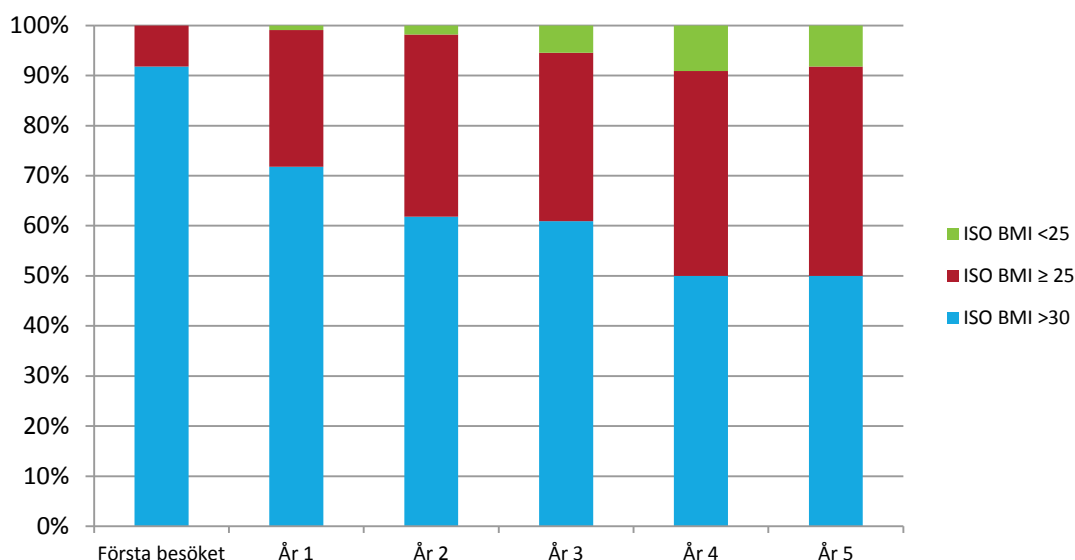
Figur: Exempel på aktiviteter i det multidisciplinära behandlingsteamet.

5.4 Projekt - Södertäljemodellen

”Södertäljemodellen”⁵⁴ utgår från Handlingsprogram övervikt och fetma och har sedan år 2001 prövats vid barnmottagningen på Södertälje sjukhus. Behandlingen syftar till att etablera bestående livsstilsförändringar genom utbildningsinsatser i grupp både till barn och vuxna, följt av individuella besök hos läkare, sjuksköterskor och dietist. Alla barn erbjuds också fysisk träning i grupp. Behandlingsinsatserna kvalitetssäkras via BORIS. Modellen har de senaste åren etablerats succesivt vid ytterligare 10 av cirka 25 barnmottagningar i Stockholms län, och är en viktig komponent i det vårdval som infördes hösten 2013, se punkt 5.5.

Resultat Södertälje sjukhus BUMM och reflektioner⁵⁵

Efter 5 års behandling enligt ”Södertäljemodellen” har >50 % av barnen inte längre fetma. En strukturerad behandling av barnfetma ger goda resultat över tid. Bäst resultat uppnås om behandlingen inleds tidigt, helst före 10-års ålder. Efter 5 års kontinuerlig behandling hade >50 % av barnen inte längre fetma (ISOBMI >30) och av dessa hade 10 % uppnått normalvikt (ISOBMI <25). Detta visar en studie från Södertälje sjukhus som omfattar 220 barn som behandlats i 5 år enligt ”Södertäljemodellen”. Studien presenterades i maj 2013 vid European Congress on Obesity (ECO) i Liverpool.



Figur: Efter 5 års behandling har >50 % av barnen inte längre fetma (130 barn av 220 har fullföljt behandlingen).

Sammanfattningsvis visar studien att ”Södertäljemodellen” är en bra metod för att behandla yngre barn med fetma. För framtiden behöver barn med övervikt och fetma identifieras tidigare och behandlingen starta tidigare än vad som görs idag, för att nå bästa effekt. Studien visar också att alla barn faktiskt kan tillgodogöra sig behandlingen lika bra oavsett försvårande omständigheter som påverkar prevalensen av fetma, såsom ärftlighet, föräldrarnas utbildningsnivå och om barnet har samtidiga neuropsykiatriska funktionshinder.

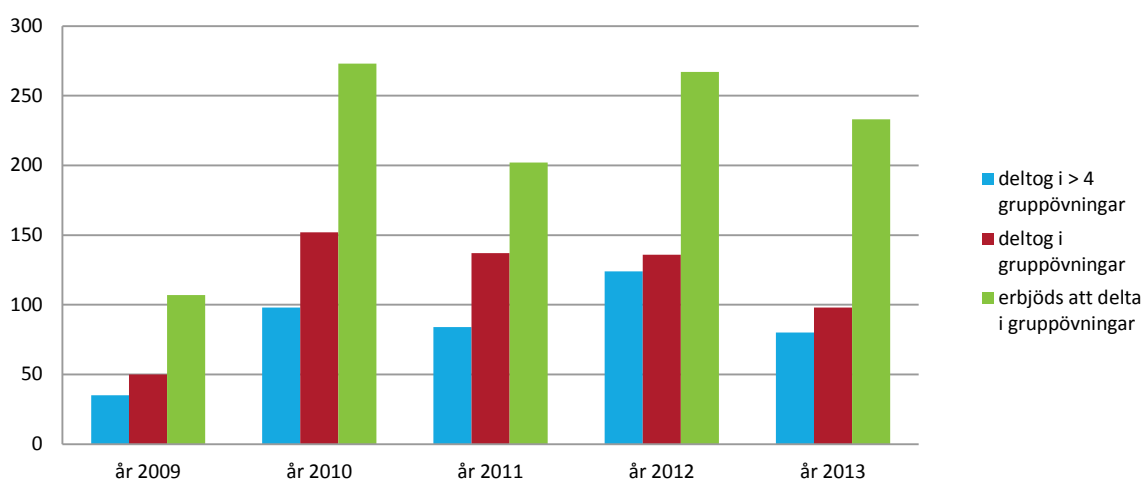
⁵⁴ Behandling av barnfetma, Södertäljemodellen – en metodbok. Södertälje sjukhus, 2011

⁵⁵ Resultat från Barnmottagningen, Södertälje sjukhus AB, Pernilla Danielsson, Abstract European congress of Obesity, 2013

Resultat Astrid Lindgrens Barnsjukhus BUMM och reflektioner⁵⁶

Fyra utvalda barnmottagningar (Huddinge, Liljeholmen, Bromma, Upplands Väsby) etablerade under åren 2008-2010 fungerande, tvärprofessionella och självgående behandlingsteam för barn med fetma. År 2011 tillkom behandling vid två nya BUMM (Jakobsberg, Järva). Ett coachingteam har varit projektets styrka. Coachingteamet har under hela projektet haft kontakt med de behandlande teamen via besök, e-post och telefon och funnits tillgängligt för råd. Coachingteamet har varje år anordnat kurser för behandlingsteamens personal, som exempelvis i motiverande samtal och presentationsteknik.

Föräldrautbildning och viktskola har under projekttiden erbjudits till 1 082 familjer. Av dessa tackade 573 familjer (53 %) ja till gruppundervisningen och 421 familjer (73 %) av de som påbörjade gruppundervisningen deltog i 4 eller fler av totalt 7 möten.



Figur: Antal familjer som erbjöds delta i gruppundervisning, samt antal familjer som deltog i gruppundervisning år 2009-2013.

Samarbetet med Korpen eller andra idrottsföreningar, för att skapa grupper som utövar fysisk aktivitet, har fungerat bra för de mottagningar som har kunnat etablera kontakt. Svårigheter ligger i att få till ett sådant samarbete.

Ur ett patientperspektiv har projektet lett till att de erbjudits behandling i överensstämmelse med Handlingsprogram övervikt och fetma. Under åren som projektet har löpt har det visat sig att man inte kan förvänta sig att mer än cirka 50 % av de familjer som erbjuds att delta i gruppundervisningen tackar ja till detta. Att inte fler deltar beror i de flesta fall på att tiderna för gruppövningarna ligger fel för familjen och att den aktuella livssituationen inte är optimal just då för familjens deltagande. Majoriteten av dem som tackar nej till gruppundervisning deltar i den individuella behandlingen, och en del av dessa planerar att delta i gruppundervisningen i ett senare skede.

Ur ett vårdkedjeperspektiv har barnen som remitterats till projektet kommit från elevhälsan, barnläkarmottagningar och barnavårdscentraler. Hur bra och effektiv informationen ut till remittenterna har varit angående projektet har inte kunnat utvärderas. Ett problem som följt projektet är svårigheten att rekrytera personal. Det beror på att det behövs en lång framförhållning i planeringen av personalstyrkan.

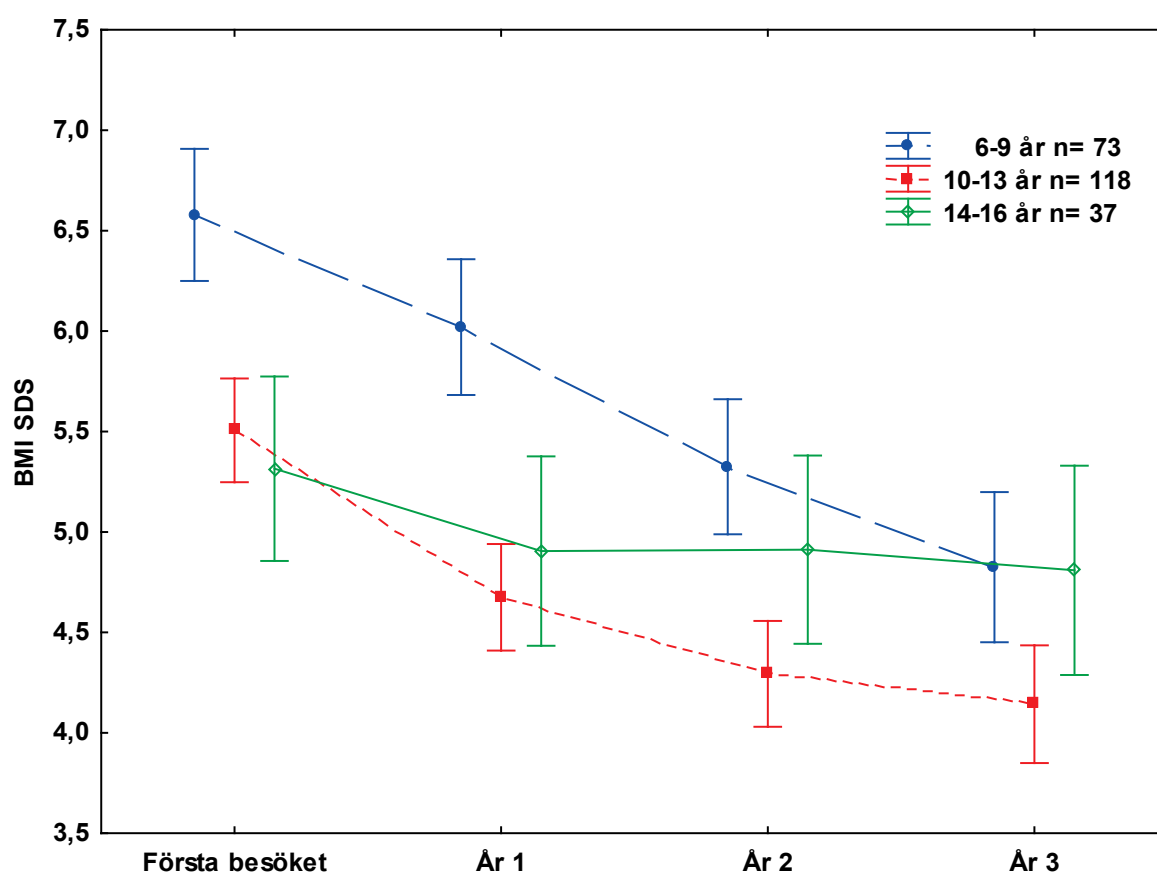
⁵⁶ Uppgift: Jan Ejderhamn, SLL Astrid Lindgrens barnsjukhus, 2014

Resultat Sachsska Barnsjukhus BUMM

Nacka/Värmdö BUMM började år 2009 att implementera "Södertäljemodellen". Ytterligare tre BUMM (Farsta, Handen, Södermalm) har år 2011-2013 erhållit projektmedel för att implementera modellen enligt den ursprungliga projektplanen, men med små modifikationer som bygger på erfarenheter som erhållits under projektiden på bland annat Nacka/Värmdö BUMM. Uppföljningsmöten och skriftliga rapporter för år 2011-2013 har visat goda erfarenheter av projektet. En samlad redovisning saknas från Sachsska BUMM.

Erfarenheter från nuvarande behandlingsinsatser för barn och tonåringar och planerat utvecklingsarbete⁵⁷

Utifrån erfarenhet och publicerade resultat från Riksentrum Barnobesitas och Södertälje BUMM är resultaten med traditionell behandling för barn som kommer sent in i behandling (efter 13 år) betydligt sämre än om behandlingen påbörjas vid 4-12 år. Tyvärr uteblir också många tonåringar från besök eller hoppar av behandlingen helt, och därmed ökar risken för "återfall" även för de som lyckats i behandling som unga.



Figur: Resultat från Riksentrum Barnobesitas (Danielsson P et al Obesity Facts 2012).

De barn som är 13-17 år när de först söker hjälp erbjuds i nuläget endast individuella besök och i bästa fall träffar de dietist och sjukgymnast. Det finns en möjlighet för de med störst behov att ta del av behandling vid Överviktcentrum, från 16-års ålder. Resurserna är dock begränsade och att jämföra med vårdnivå 3, se punkt 5.6.

⁵⁷ Uppgift: Sven Klaesson, SLL Södertälje sjukhus, 2014

Det finns ett stort behov av att utveckla vårdprogrammet, med ett särskilt behandlingsprogram riktat till tonåringar med fetma. Under hösten 2013 planerades ett projekt, med start våren 2014. En referensgrupp har bildats och planen är att påbörja en 2,5-årig strukturerad behandlingsinsats vid två utvalda BUMM, som även får stöd från eHälsaprojekt och utbildningsinsatser som utgår från den högspecialiserade vårdnivån (Rikscentrum Barnobesitas och Överviktscentrum).

5.5 BUMM Tilläggsuppdrag - Behandling av barn och ungdomar med obesitas

Uppdraget vid barn- och ungdomsmedicinsk mottagning, BUMM, i öppenvård består av ett basuppdrag med möjlighet att ansöka om ett eller flera tilläggsuppdrag. Vårdtjänsten omfattar barn och ungdomar i åldrarna 0-17 år som är folkbokförda i Stockholms län eller kvarskrivna. Basuppdraget ska utgöra minst 60 % av verksamhetens omsättning. Verksamheten ska främja hälsa och livskvalitet hos barn och ungdomar i målgruppen genom att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillstånd på grund av sjukdom och/eller funktionsnedsättning. Vårdgivaren ska följa FN:s konvention om barnets rättigheter, se punkt 5.9.

”Tilläggsuppdrag Obesitas”⁵⁸ infördes hösten 2013. Målgrupp för tilläggsuppdraget är:

- Barn och ungdomar från 4 år med IsoBMI >30
- Barn och ungdomar med övervikt i kombination med överviktsrelaterade sjukdomar.

Vårdtjänsten ska utföras enligt Handlingsprogram övervikt och fetma och vårdgivaren ska:

- Erbjuda motiverande samtal, enskilt eller i grupp
- Enligt gällande riktlinjer registrera, kvalitetssäkra och utvärdera alla behandlingsinsatser i BORIS
- Vid behov remittera till primärvårdsrehabilitering inom Vårdval för insatser från dietist och/eller sjukgymnast/fysioterapeut enskilt eller i grupp
- Vid behov remittera till högspecialiserad vård. Riskvärdering och medicinsk utredning enligt Handlingsprogram övervikt och fetma ska då vara genomförd
- Vid behov remittera till BUMM med ”Tilläggsuppdrag första linjen vid psykisk ohälsa hos barn och ungdom”
- Vid behov remittera till BUP.

Vårdgivaren ansvarar för att i samverkan och enligt överenskommelse med en primärvårdsrehabilitering (med tilläggsuppdrag) som verkar inom ramen för vårdval:

- Tillsäkra fysiska aktivitetsgrupper
- I ett tvärprofessionellt behandlingsteam erbjuda föräldrautbildning och viktskola i åldersanpassad grupp för barn 6-12 år
- Delta i teambehandling.

⁵⁸ www.vardgivarguiden.se/AvtalUppdrag/Vardomraden/Vardval-Stockholm/Barn--och-ungdomsmedicinska-mottagningar/Barn--och-ungdomsmedicinska-mottagningar---Dokument/Rapporteringsanvisningar-2014-05-01/

Vårdgivare med "Tilläggsuppdrag Obesitas" ska utöver den samverkan som anges generellt i uppdraget, även samverka med primärvårdsrehabilitering som verkar inom ramen för Vårdval och som har möjlighet att erbjuda gruppaktiviteter i bassäng och/eller gymnastiklokal eller motsvarande. Vårdgivaren ska ansvara för samverkan i närområdets vårdkedja och minst en gång/år bjuda in BVC, BUP, primärvårdsrehabilitering, husläkare och skolsköterskor till möte. Vårdgivaren ska samverka med Rikscentrum Barnobesitas och Överviktscentrum vid Karolinska universitetssjukhuset.

För vårdgivare med "Tilläggsuppdrag Obesitas" ska utöver det som anges generellt, även följande personalkompetens ingå i verksamheten: i det tvärprofessionella behandlingsteamet ska minst ingå barnläkare och barnsjuksköterska samt dietist och sjukgymnast från primärvårdsrehabilitering inom vårdval. Samtlig personal som ingår i behandlingsteamet ska ha relevant kunskap om barnfetma. De som leder föräldragrupper ska ha för ändamålet relevant utbildning. För att kunna erbjuda gruppverksamhet ska antalet nyinskrivna barn/ungdomar vara minst 30/år.

5.6 *Vårdkedjans högspecialiserade vård*

På vårdkedjans högspecialiserade nivå, vid länets barnsjukhus, finns resurser för forskning och utveckling samt resurser för mer avancerade utredningar och behandlingsinsatser. Här ingår Rikscentrum Barnobesitas på Astrid Lindgrens barnsjukhus (för remiss: IsoBMI >30 och under 16 år, när tidigare insatser på BUMM bedöms som otillräckliga), Överviktscentrum (för remiss: >16 år med IsoBMI >35 eller IsoBMI 30-35 och komplicerande sjukdomstillstånd) och Sachsska Barnsjukhuset. Från 16-års ålder ges högspecialiserad viktreduktionsbehandling på Överviktscentrum. I den högspecialiserade nivåns uppgifter ingår bland annat att:

- Utreda och behandla barn och ungdomar med extrem fetma, andra sjukdomar och syndrom som orsakar fetma samt svåra obesitasrelaterade sjukdomar (till exempel diabetes eller PCO – polycystiskt ovariesyndrom)
- Stödja behandlingen på specialistnivån med utredningar och särskilda insatser
- Initiera läkemedelsbehandling och kirurgi
- Bedriva forskning och utveckling genom Kunskapscentrum och FoU
- Utbilda specialistnivån via coachingteam
- Rapportera resultat till Barnobesitasregistret i Sverige, BORIS.

5.7 *Projekt - Överviktscentrum Ungdomsmottagning*⁵⁹

De olika stegen i vårdkedjan har varit under utveckling. Under detta arbete framstod det allt tydligare att ungdomar och unga vuxna med grav fetma var en grupp vars vårdbehov inte kunde tillgodoses på ett bra sätt. Rikscentrum Obesitas hade långa väntetider vilket medförde att unga mellan 16-18 år hade begränsad tillgång till behandling. Det var tydligt av erfarenheterna från Överviktscentrums eget arbete att unga vuxna inte "platsade" i de grupper som fanns inom fetmavården för vuxna, där medelåldern var betydligt högre och behandlingsmodellerna anpassade därefter. Bortfallet var högt, endast 20 % av patienter mellan 18-25 år fullföljde behandlingen.

⁵⁹ Uppgift: Signy Reynisdottir, SLL Överviktscentrum, 2014

Överviktscentrums ungdomsmottagning startade behandling av fetma som försöksverksamhet i projektform i april 2007 och fortsatte till december 2011. Projektet övergick sedan i ordinarie verksamhet. Målsättningen med projektet var att ta tillvara tidigare erfarenheter från vuxen- och barnspecialistvård samt ungdomsmottagningar, för att utveckla förhållningssätt och arbetsmetoder anpassade efter åldersgruppen.

Resultat, 2012

Uppdraget omfattade unga vuxna 16-25 år med BMI >35, eller BMI >30 med komplicerande sjukdomar. De första två åren var det 50 patienter/år, därefter 100/år och totalt 400. Det var inget krav på tidigare behandlingsförsök i sjukvården, men det fanns ett remisskrav. Patientgruppen är extremt utsatt med hög grad av såväl fysisk som psykisk ohälsa där endast en del av problemen kan tillskrivas vikten. Behandlingsresultaten är sämre än vad som ses hos såväl yngre barn som vuxna.

Svåra psykosociala omständigheter var dokumenterade hos knappt 10 % vid behandlingsstart, men visade sig senare vara ännu vanligare. Kognitiv funktionsnedsättning, dyslexi, bristande språkkunskaper och uppmärksamhetsstörning är ytterligare vanligt förekommande faktorer. Följsamheten i behandling var också låg trots omfattande insatser att motivera patienterna och anpassa behandlingen efter deras behov. Det är ett välkänt problem från såväl behandling av fetma generellt som i arbetet med ungdomar, oberoende av diagnos.

Lägst vikt %	16-17 år	18-20 år	21-25 år
>5 % viktreduktion vid lägsta vikt	16 %	18 %	33 %
>10 % viktreduktion vid lägsta vikt	5 %	13 %	12 %
>5 % viktreduktion slutvikt	7 %	9 %	23 %
>10 % viktreduktion slutvikt	5 %	4 %	8 %
ökat 5 % eller mer slutvikt	30 %	18 %	9 %

Tabell: Effekt av ålder vid behandlingsstart på resultat. Tabellen visar att de största svårigheterna att uppnå behandlingseffekt är hos de yngsta patienterna, medan patienter över 20 år börjar närma sig de behandlingsresultat vi ser hos vuxengruppen (Magisteruppsats KI, Filippa Juul, 2012).

De yngsta patienterna hade sämst resultat. I den åldersgruppen har många ungdomar ännu inte den mognad som behövs för att ta ett eget ansvar för sin hälsa, samtidigt som de är i ett skede av sin utveckling då de är mindre benägna att ta emot hjälp från vuxenvärlden. Många har också under behandlingstiden visat sig leva under psykosociala förhållanden där det finns inte mycket stöd att hämta.

En liten men mycket viktig andel patienter uppnår goda/mycket goda resultat i behandlingen, även patienter som formellt uppfyllde kriterier för kirurgisk behandling som därmed kunnat avstyras eller senareläggas. En liten andel patienter hade behandlats för fetma sedan tidig barndom, några hade haft en god viktninskning och kunde arbeta för att hålla denna, men en betydande andel föll ur behandlingen under tonåren och hade under tiden haft en okontrollerad snabb viktökning.

Reflektion

Sedan år 2012 har Överviktscentrum ett uppdrag att bistå de kirurgiska klinikerna i preoperativ bedömning och förberedelse. Kirurgisk behandling är på kort sikt mycket effektiv, men långtidseffekter av kirurgi hos unga personer är inte kända. Kirurgisk behandling kan vara enda utvägen samtidigt som det framstår som riskabelt med tanke på observationer som: svag följsamhet i behandling, inklusive postoperativ substitution med vitaminer och mineraler, hög grad av psykiatrisk samsjuklighet som inte alltid är

känd eller utredd och svagt socialt stöd. Överviktscentrums bedömning är att unga vuxna som genomgår kirurgisk behandling behöver mer stöd postoperativt än vad som erbjuds i dag på de kirurgiska klinikerna. Här kan erfarenheter från arbetet med åldersgruppen under projektiden tas tillvara. Ett utökat postoperativt omhändertagande bör utvecklas med löpande utvärdering avseende såväl effekt som kostnadseffektivitet.

5.8 Rikscentrum⁶⁰

Rikscentrum Barnobesitas erbjuder individanpassad behandling av barn och ungdomar med fetma, i ett strukturerat ramverk baserat på landstingets vårdprogram. Målgrupp är barn och ungdomar yngre än 16 år med fetma. Behandlingen utgör den översta nivån i den behandlingspyramid som är en del av Handlingsprogram övervikt och fetma. Patienter remitteras till Rikscentrum Barnobesitas enligt behandlingspyramiden från barnläkarmottagningar och från andra kliniker vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus. Drygt 10 % av nybesökspatienter kommer från andra landsting. Rikscentrum Barnobesitas har cirka 90 nybesök/år och 400 barn inskrivna samtidigt i verksamheten och behandlar ungdomar till 18-års ålder.

Behandlingen bedrivs av ett multidisciplinärt team med cirka 15 medarbetare (barnläkare, barnsjuksköterskor, dietister, psykologer och sjukgymnaster/fysioterapeuter) i en egen lokal på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Behandlingen vid Rikscentrum Barnobesitas följer sedan år 2009 en tydligt definierad yttre struktur, inom vilken en hög grad av individanpassning sker. En tredjedel av patienterna har annan samsjuklighet, ofta inom det neuropsykiatriska området.

En bärande grundsyn är individ- och familjeanpassning, ett individcentrerat förhållningssätt, individuella behandlingsmål, långsiktighet, kontakt med en definierad kontaktperson och samverkan med andra aktörer. Yttre struktur för patientflöde:

- Remissgranskning av läkare
- Nybesök hos sjuksköterska, kartläggning av tidigare viktarbete, socialt nätverk, skola
- Två grundläggande föreläsningar i grupp på kvällstid för familjen
- Enskilda nybesök till läkare, sjukgymnast/fysioterapeut, dietist och psykolog, där varje yrkeskategori har en definierad roll och besöken syftar till att kartlägga och motivera till förändringsarbete
- Nybesökskonferens, en strukturerad teamkonferens som ger förslag till fortsatt behandling, där en definierad kontaktperson blir patientens primära behandlare
- Fortsatta kontakter och behandlingsarbete
- Samverkan vid behov med skola, BUP, socialtjänst.

Utvärdering sker vid årlig behandlingskonferens där Rikscentrum Barnobesitas utvärderar behandlingseffekten genom att nybesök och årskontroller registreras i kvalitetsregistret BORIS.

⁶⁰ Uppgift: Annika Janson, SLL Rikscentrum Barnobesitas, 2014

Resultat och reflektioner

Barn och ungdomar med fetma brukar öka i vikt snabbare än sina jämnåriga, så deras vikt blir allt mer avvikande ju längre tiden går. Målsättningen för barn och ungdomar med fetma som går i behandling är därför ofta att växa på längden, men att stå still i vikt eller begränsa viktökningen så att BMI därmed med tiden blir mindre avvikande jämfört med jämnåriga.

Rikscentrums långsiktiga strävan är att BMI kommer ner under gränsvärdet för fetma för åldern (IsoBMI 30). I genomsnitt blir BMI för barn och ungdomar i behandlingen mindre avvikande, ungefär -0,5 standardavvikelse på fyra år, och störst effekt ses första året och hos de barn och ungdomar som är under 10 år när de börjar. Tonåringarna har inte lika fina resultat som de yngre barnen. Pojkarna är i genomsnitt tyngre när de kommer första gången men minskar mer än flickorna i BMI.

5.9 Projekt - Kan Barnkonventionen öka barns och ungas delaktighet i vården?

I hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete är det viktigt att göra aktiva prioriteringar. En sådan skulle kunna vara att verksamheterna gör allt de kan för att omsätta Barnkonventionen i praktiken och arbeta för att stärka barnets rättigheter. År 2009-2010 genomfördes intervjuer med barn i åldern 9-14 år med stor vårderfarenhet, om deras upplevelse av bemötande, information och delaktighet i mötet med hälso- och sjukvården. Barnens synpunkter återkopplades till vårdpersonalen med syfte att användas i kvalitetsarbetet. En observationsstudie⁶¹ genomfördes år 2010-2011 av vårdpersonal som fått ta del av barnens synpunkter och de som inte fått det. Interventionsgruppen ökade sin lyhördhet för barnen medan kontrollgruppen inte påverkades. En vanlig slutsats är att det behövs mer forskning, vilket också behövs inom detta område. Resultatet från projektet kan redan nu omsättas och utveckla praktiken inom vården genom att:

- Lyssna mer och fråga barnen själva
- Ge barn tid att svara
- Vårdpersonalen ger barn stöd i att bli mer delaktiga i sin egen vård och behandling
- Öka medvetenheten om att barns rättigheter behöver stärkas inom vården
- Vårdpersonal ges möjlighet att reflektera över hur deras verksamhet kan ta vara på barns och ungas synpunkter och använda det i kvalitetsarbetet.

5.10 Projekt - PRIMROSE i barnhälsovården⁶²

Det finns ett brett samarbete mellan barnhälsovården och Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin inom flera områden, bland annat om nedstämdhet bland nyblivna föräldrar och deras levnadsvanor. I 8 landsting pågår "PRIMROSE"-projektet som syftar till att undersöka hur goda matvanor och fysisk aktivitet kan främjas bland småbarn och deras föräldrar, bland annat genom motiverande samtal. Första barnet i familjerna följs från 8 månaders ålder till 4-års ålder inom barnhälsovården, där sjuksköterskorna fått MI-utbildning långt utöver det som idag oftast erbjuds inom primärvården. Projektet beskrivs på www.folkhalsoguiden.se och i internationella publikationer.

⁶¹ von Zweigbergk L. Kan Barnkonventionen öka barns och ungas delaktighet i vården? Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Rapport 2011

⁶² Uppgift: Finn Rasmussen, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

5.11 Projekt - Early Stop i barnhälsovården⁶³

Karolinska Institutet driver projektet "Early STOPP" (Stockholm Obesity Prevention Project) som är en studie om övervikt och fetma hos barn. Projektet stödjer föräldrar att tidigt etablera sunda vanor och rutiner kring mat, rörelse och sömn, för att minska uppkomsten av övervikt och fetma hos förskolebarn. Genom "Early STOPP" studeras om en riktad insats kan påverka eller bromsa uppkomsten av övervikt och fetma hos en riskgrupp, det vill säga barn till föräldrar som har övervikt eller fetma. För att utvärdera detta ställs frågor kring barnets och föräldrarnas beteende och livskvalitet:

- Kan vi påverka barnens fysiska aktivitet?
- Kan vi påverka barnens kostvanor och ätbeteende?
- Hur ser sömnmönstret ut hos barnen och kan vi påverka detta?
- Hur påverkas barnens och familjens psykosociala välbefinnande?

Målet är att barn som deltar i studien ska förbättra sitt psykosociala välbefinnande, det vill säga att må bra och fungera väl med andra, samt att stärka föräldrarna i sitt föräldraskap.

Resultat

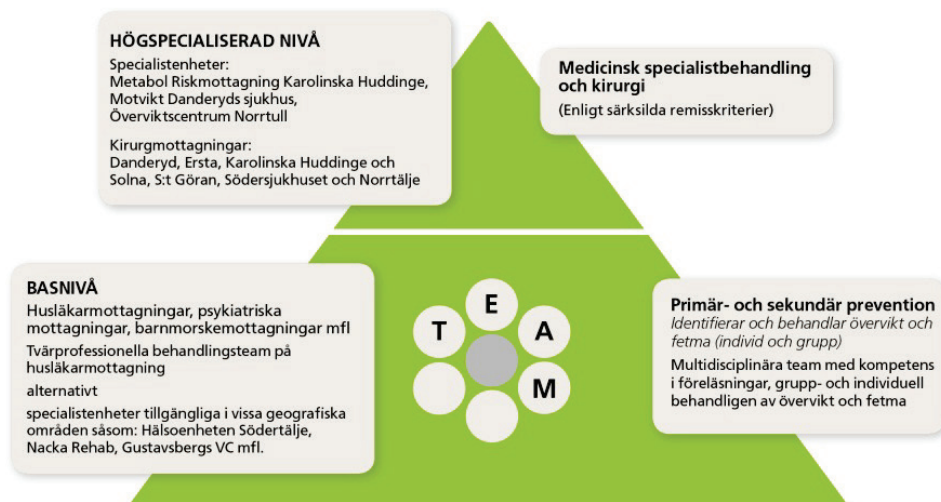
Deltagande BVC i Stockholms län och samarbetspartners i studien "Early STOPP" är 53 aktörer. I mars 2013 deltog cirka 230 familjer i "Early STOPP", vilket är tillräckligt många för att kunna utvärdera projektet när barnen är 6 år gamla. Sammanfattningsvis är barnens viktutveckling, blodvärden samt kost- och sömnvanor vid 1 år helt normala och det är bara små skillnader mellan olika grupper i "Early STOPP". Vid 2 år ses inget samband mellan barnens fysiska aktivitet, motoriska utveckling och vikt.

6 Vårdprogram Vuxna, uppföljning

Den snabba ökningen av övervikt och fetma de senaste åren beror främst på förändringar i livsstil, det gäller både unga och vuxna. I vårdprogrammet för vuxna 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.

Behandlingen ska leda till en bestående viktreduktion och därigenom till förbättrad hälsa och livskvalitet. Vårdprogrammet innehåller också en ny, lite annorlunda stadiindelning av fetma, med föreslagna åtgärder och mål för behandling. Vårdkedjan för vuxna har två nivåer.

⁶³ Uppgift: Claude Marcus, Karolinska Institutet, 2014
www.ki.se/clintec/early-stoppp-hjalp-oss-forebygga-overvikt-hos-barn



Figur: Vårdkedjan kring vuxna.

Behandlingsmål, prioritering och behandlingssteg

Enligt Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 bör mål för behandlingen alltid formuleras i samråd med patienten. Samtliga patienter med BMI ≥ 30 samt de med BMI ≥ 25 och ökat midjemått (bukfetma) bör uppmärksammas och utredas för att man ska kunna ta ställning till om de ska erbjudas fortsatt behandling i sjukvårdens regi eller uppmuntras att söka stöd från annat håll. Behandlingssteg: 1- kunskapsöverföring, 2- aktivt stöd till livsstilsförändring, i grupp eller vid enskilda besök, 3- läkemedel, 4- behandlingen på specialistklinik i komplicerade fall. Uppföljning ska göras regelbundet med kontroll av uppnådda resultat avseende vikt, riskfaktorer och komplikationer. Aktivt ställningstagande till nästa steg i behandlingen tas i samråd med patienten.

Patienter med särskilda behov

Vårdprogrammet innehåller särskilda rekommendationer kring behandling av övervikt och fetma hos vuxna med särskilda behov, till exempel äldre personer, gravida kvinnor och fertila kvinnor som önskar bli gravida. Rekommendationer finns också för personer som har ätstörningar, intellektuella funktionsnedsättningar, medfödda eller förvärvade fysiska funktionshinder, medicinering eller psykisk sjukdom.

När ska vilka patienter remitteras till specialistbehandling?

Om patienten gått igenom behandlingsstegen 1-3 och ändå inte uppnått behandlingsmålen bör vårdgivaren överväga remiss till specialistbehandling. 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 (obesitas-team, psykiatri, smärtklinik, rehabiliteringsklinik med flera). Patientens egen motivation och praktiska förutsättningar att delta i ett omfattande viktreduktionsprogram bör alltid tas med i bedömningen inför remittering. Personer mellan 18-60 år med BMI ≥ 35 uppfyller de kriterier som gäller för att överväga om de kan få genomgå kirurgi.

6.1 SLL Vårdavtal och sjukdomsförebyggande, lägesbeskrivning 2012/2013⁶⁴

Vårdavtal är ett av beställarens styrmedel vid sidan av kunskapsförmedling och dialog/kommunikation med vårdgivare och medborgare. Allmänna vägledande utgångspunkter i avtalsarbetet är att sträva efter enkla modeller och lägre detaljnivåer och att använda indikatorer som beskriver relevant innehåll i vården och som möjliggör jämförbarhet i uppföljning och öppen redovisning av resultat. Uppföljning ska bygga på nationella beskrivningssystem. Uppdragen ska beskriva vad vården ska uppnå men inte hur det ska gå till.

De övergripande målen för hälso- och sjukvården har under senare år lagt fokus på tillgänglighet, kvalitet och ekonomi. Dessa perspektiv har varit vägledande för inriktningen av vårdavtal, inte minst i utvecklingen av Vårdval Stockholm. Därmed har i viss mån det hälsofrämjande/sjukdomsförebyggande perspektivet kommit i bakgrunden.

Specifika sjukdomsförebyggande aspekter i SLL-avtalen

Inom SLL gäller att de nationella beskrivningssystemen skall utgöra grunden för vårdgivarnas rapportering och ersättning. Övergången från tidigare system är dock inte fullt ut genomförd. Fortfarande utgörs exempelvis primärvårdens inrapportering av lokalt i SLL framtagna produkter, vilka också ligger till grund för utbetalad ersättning. Cirka 90 % av husläkarverksamheterna diagnosrapporterar. Registrering av åtgärder enligt nationell standard för KVÅ är under införande.

HSF hade år 2013 cirka 1700 avtal med vårdleverantörer. Avtalen fördelades på 89 uppdragstyper. Specifika sjukdomsförebyggande aspekter förekom år 2012, i avtal för 13 uppdragstyper (vård för vuxna), se tabell nedan, varav 8 gäller levnadsvanorna mat och fysisk aktivitet. Ett fåtal överensstämmer med Socialstyrelsens indikatorer för sjukdomsförebyggande metoder.

Vårdvalsområden 2012	Mat	Fysisk aktivitet
Barnmorskemottagning/Mödravårdscentral (MVC)	identifiera behandla följa upp	erbjuda behandla
Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård Gäller även nytt förfrågningsunderlag 2013-03-01	identifiera erbjuda behandla	identifiera erbjuda behandla
Primärvårdsrehabilitering		behandla
Specialiserad gynekologisk vård		behandla
Specialiserad hudsjukvård i öppenvård		behandla
Specialiserad sjukgymnastik		behandla
Specialiserad öron-, näs- och halssjukvård i öppenvård		behandla

Verksamheter som inte ingår i Vårdval Stockholm 2012	
Psykiatrisk verksamhet - vuxna	behandla

Figur: Vårdavtal (vuxenvård) 2012 som på något sätt tar upp levnadsvanorna mat och fysisk aktivitet.

⁶⁴ Uppgift: Cecilia Lindvall, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

6.2 Primärvårds Rehab⁶⁵

Vårdval infördes hösten 2012 med hemrehabilitering, sjukgymnastik/fysioterapi, arbetsterapi och dietetik. Tilläggstjänst kiropraktik och bassäng och tilläggsuppdrag neuroteam. Närmare 70 verksamheter finns godkända. Från år 2014 kommer även tilläggstjänst naprapati erbjudas och tilläggsuppdrag behandling av barn och ungdom med obesitas, se punkt 5.5.

6.3 Hälsoenheten Södertälje

Hälsoenheten i Södertälje är en egen resultatenhet tillhörande Tallhöjdens Vårdcentral och Stockholms läns sjukvårdsområde. Hälsoenheten har en samlad kompetens med mångårig erfarenhet av hälsofrämjande arbete inom livsstilsområdena tobaksbruk, fysisk aktivitet och övervikt/fetma. Det holistiska perspektivet som innebär en helhets-syn på människors psykiska, fysiska och sociala välbefinnande genomsyrar behandlingen. Hälsoenheten arbetar med långsiktig beteendeinriktad behandling och uppföljning som stödjer individer att göra en livsstilsförändring. Motiverande samtal och empowerment är metoder som används i kvalificerat rådgivande samtal.

Till mottagningen kan patienter komma med eller utan remiss. Tid för ett bedömnings-samtal ges inom 30 dagar. Hänvisning sker i undantagsfall till Överviktscentrum (ungdomar). Svåra patientfall med exempelvis ätstörningsproblematik hänvisas till Mando-kliniken på Huddinge sjukhus. Kontakt med patientens husläkare sker vid behov.

Resultat⁶⁶

Gruppbesöken inkluderar överviktsgrupper som år 2013 var åtta stycken, inklusive en med arabisktalande tolk. I Livsstilskolan "Tänk Om" fångas individer med mångfaceterad problematik upp via samarbetspartners inom kommun och arbetsmarknadscentrum. Fyra kurser varav en med tolk gavs under år 2013. I samverkan med CeFAM har Hälsoenheten utvecklat 2-dagars kurs i levnadsvanor för primärvården. Antalet kurs-tillfällen var två stycken år 2013 samt tre handledningstillfällen på olika vårdcentraler. Utförda och beställda utbildningar:

Prestation	2011	2012	2013
Nybesök	346	364	457
Individuella/återbesök	876	976	1233
Gruppbesök	1199	999	1014
Sömnskola	1	4	3
Överviktsgrupper	6 nya, 3 pågående	4 nya, 6 pågående	4 nya, 4 pågående
Tobaksgrupp		1	2
"Tänk Om"-kurs	8 varav 3 med tolk	3 varav 1 med tolk	4 varav 1 med tolk
Föreläsningar enligt handlingsprogrammet	3 varav 1 med tolk	3	3
Gastric bypass grupp			2
Stresshanteringsgrupp			2
Totalt antal grupper/år	18	15	24

⁶⁵ Uppgift: Britta Larsmark, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014

⁶⁶ Uppgift: Lena Eriksson, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014

6.4 Projekt - Gruppbehandling för fetmaopererade⁶⁷

Hösten 2012 startade Hälsoenheten Södertälje en pilotgrupp med överviktsopererade, som samtliga hade deltagit i enhetens överviktsprogram och sedan valde att operera sig. En distriktssköterska var huvudansvarig för gruppen, en dietist medverkade vid två tillfällen och en sjukgymnast/fysioterapeut erbjöd aktivitetsdagbok, att prova på olika typer av fysisk aktivitet, kroppskännedom med mera. Metoden som helhet är beteendeariöad med kartläggning av nuvarande vanor och hur man kan förändra sitt beteende.

Gruppbehandlingen omfattar 10 träffar, de 5 första varannan vecka därefter 1/månad. En pilotgrupp, där alla hade gått i behandling med beteendeförändring före operation, upplevde att de hade haft stor nytta av det efteråt men att det var värdefullt med stöd även efter operationen. Utvärderingen efter gruppbehandlingen skedde som ett fokusgruppsamtal. Det som särskilt framhölls i utvärderingen var övningarna i kroppskännedom, att få matinspiration, att träffa andra som genomgått samma operation och även att stödet från gruppledarna upplevdes positivt.

I maj 2013 startade en första ordinarie grupp med 8 deltagare. Deltagarna var 27-65 år och opererade mellan år 2004-2012. Samma koncept som i pilotgruppen användes, men med tillägg av ämnen som självkänsla/självförtroende, identitetsproblematik och värdegrund, vilka leddes av en kurator. Deltagarna rekryterades enligt följande: 5 efter en artikel i Länsstidningen, 1 från en kirurgmottagning och 2 från forskningsavdelning på Huddinge sjukhus.

Ytterligare en grupp startade i september 2013 med 8 deltagare. Deltagarna var 32-61 år och opererade mellan år 2010-2013, och rekryterades enligt följande: 1 hade sökt på Vårdguiden och hittat Hälsoenheten. Den personen informerade i en Facebook-grupp och därifrån kom 4 deltagare, 1 efter artikel i Länsstidningen, 1 från forskningsavdelning på Huddinge sjukhus och en 1 via kirurgmottagning på Södertälje sjukhus.

Reflektion

Alla deltagare hittills är kvinnor. Många upplever ett stort behov av att ventileras med varandra och de upplever sig ganska ensamma med sin särskilda problematik. Det är vanligt att man lämnar återbud eller uteblir från gruppträffarna. Olika anledningar kan finnas, som till exempel kvinnors "livspussel" och att flera deltagare har en komplex problematik både fysiskt och psykiskt. Vårdgivare som har kontaktats inser att behov av stöd i livsstilsförändring efter operationen finns, trots detta har endast ett fåtal personer rekryterats från andra vårdgivare.

Deltagarna i gruppen menade att den första tiden efter operation kan upplevas som en "smekmånad", då de kan äta bara små mängder, får dumpingsymtom om de äter något olämpligt och vikten minskar snabbt. Medicinskt sett är processen en snabb spolning av maginnehållet in i tunntarmen, en "dumpning" som går mycket snabbare än normalt. Man känner då inte mycket behov av att äta vilket kan kännas som en befrielse när man ofta har bantat i många år. Efter 1,5-2 år utökas ofta portionerna, dumping blir mindre vanligt och en del får tillbaka sötsuget. Det är också känt att det ofta är vid denna tidpunkt man börjar öka i vikt cirka 5-10 %, vilket räknas som ett normalt förlopp. Därför är detta en bra tidpunkt att delta i en gruppbehandling. Om behandlingen genomfördes tidigare skulle de problem som beskrivits ovan kunna förebyggas, för att få ett optimalt långtidsresultat. Utvärdering kommer att ske med stöd från Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.

⁶⁷ Uppgift: Gerda Adelgren, SLL Hälsoenheten Södertälje, 2014

6.5 Projekt - Våga Våga Danderyd⁶⁸

I Sverige har cirka 12,6 % av alla gravida ett BMI >30. Om den blivande modern är överviktig leder detta till ökad risk för flera olika komplikationer under graviditeten, som havandeskapsförgiftning, högt blodtryck, graviditetsdiabetes och kejsarsnitt. Barnet till den överviktiga modern har ökad risk att födas tung för tiden och det är en ökad risk för missbildningar och syrebrist i samband med förlossningen samt intrauterin fosterdöd. Hos kvinnor med BMI >30 är det betydligt vanligare att förlossningen sker med kejsarsnitt än hos normalviktiga gravida (30 - 50 % respektive 17 %). I Sverige går kejsarsnittsfrekvensen successivt upp, och för närvarande ligger den på Danderyds kvinnoklinik på 23 %, vilket till viss del förklaras av en ökande andel feta och ökande ålder hos de gravida.

Överviktiga kvinnor upplever ofta att de inte tas på allvar och att de ibland inom vården och i samhället bemöts nedlåtande. Olika studier visar att livskvaliteten hos överviktiga är betydligt sämre än hos normalviktiga.⁶⁹ Den förväntade livslängden hos personer med BMI >30 är cirka 7 år kortare än för normalviktiga personer vid 40-års ålder. Risker att föda ett barn som är stort för tiden, att förlösas med kejsarsnitt och att få havandeskapsförgiftning minskar om viktuppgången begränsas hos de överviktiga kvinnorna under graviditeten.

På Danderyds sjukhus genomförs ett interventionsprogram för gravida kvinnor med BMI >30. Syftet är att med extra samtal om kost och motion med barnmorskan på mödrahälsovården samt dietistbesök och vattengymnastik, få kvinnorna att förändra mat- och motionsvanor och därigenom hålla nere viktuppgången under graviditeten. Målet är en viktuppgång på maximalt 6 kg, vilket enligt studier ska vara den optimala viktuppgången för feta gravida kvinnor.⁷⁰ Kvinnan ska inte banta under graviditeten, utan hålla nere viktuppgången med näringsriktig mat enligt tallriksmodellen. En kost- och motionsdagbok som kvinnan fyller i, helst dagligen, är ett hjälpmedel. Viktkontroll vid varje besök är en utgångspunkt för diskussion. Mot slutet av graviditeten får kvinnan träffa en Aurorabarnmorska (en barnmorska med fördjupade kunskaper och lång erfarenhet av förlossningsvård) som arbetar på förlossningen på Danderyds sjukhus. Samtalet är för att hjälpa kvinnan att våga föda vaginalt. Aurorabarnmorska gör en förlossningsplan tillsammans med den gravida kvinnan. Som sekundär målsättning har studerats om interventionsprogrammet dessutom medför en minskad kejsarsnittsfrekvens. Förhoppningsvis kan projektet också vara en hjälp att bryta dåliga matvanor i familjen. Viktigt är också att de blivande mammorna skall känna sig trygga och väl omhändertagna under graviditeten. Alla barnmorskor inom SLL har fått en fördjupad kunskap om BMI och de ökade risker som finns för feta gravida kvinnor.

Resultat

Projektet startade år 2006 och till och med december 2013 har 178 patienter inkluderats i projektet. De flesta har fått reda på projektet via sin mödrahälsovård, som skickat remiss till specialistmödravården på Danderyds sjukhus, eller så har de sökt sig till projektet själva. Några har kommit på remiss från Danderyds före detta överviktsenhet "Motvikt". Kvinnorna hade vid inskrivningen ett BMI mellan 30-50. Av patienterna har 33 % med stöd av projektet klarat att begränsa viktuppgången under graviditet till max 6 kg. 64 % av kvinnorna har klarat att hålla viktuppgången på max 10 kg. De som har haft störst viktuppgång är de kvinnor som uppgett att de mått psykiskt dåligt under graviditeten. I projektet har 9 kvinnor (5,5 %) fått barn som är stora för tiden. I befolkningen totalt är frekvensen cirka 5 % stora barn. En kvinna med kostbehandlad

⁶⁸ Uppgift: Elisabeth Storck Lindholm, SLL Kvinnokliniken Danderyds sjukhus, 2014

⁶⁹ Kushner RF, Foster GD. Obesity and quality of life. Nutrition. [Review]. 2000;16(10):947-52

⁷⁰ Cedergren MI. Optimal gestational weight gain for body mass index categories. Obstet Gynecol. 2007;110(4):759-64

diabetes har fått insulin under graviditeten och tre har fått diagnosen graviditetsdiabetes. Det motsvarar frekvensen i befolkningen. Frekvensen havandeskapsförgiftning i projektgruppen är inte förhöjd.

Till december 2013 har 163 patienter blivit förlösta. Av dessa har 25,8 % förlösts med kejsarsnitt, vilket är något högre än snittet bland alla kvinnor på Danderyds sjukhus, som var cirka 23 % år 2013. Gravida med fetma är en grupp som ofta behöver särskilt mycket stöd under graviditet och förlossning. Under år 2010 hade Danderyds förlossning en mycket hög belastning och under den tiden blev samtliga mammor utom en i projektet förlösta med kejsarsnitt. Patienter förlösta under år 2011 hade normal frekvens av kejsarsnitt. Under år 2012-2013 var belastningen på förlossningen högre igen, vilket avspeglar sig på resultatet. Under år 2013 inträffade tyvärr ett fall av intrauterin fosterdöd. Fallet är utrett och man har inte kunnat hitta någon förklaring till vad som hände. Barnet var normalstort och modern var frisk och hade en normal viktuppgång och normala blodprover under graviditeten. Övriga graviditeter har gått som planerat med friska kvinnor och barn.

Patientenkäten som alla får erbjudande om att svara på anonymt visar att en överväldigande majoritet är mycket nöjda med projektet. Ingen är missnöjd och alla kan tänka sig att rekommendera projektet till en vän. Det som patienterna upplever mest positivt är att de erbjuds fler besök till sin barnmorska och den gemensamma vattengymnastiken. Kvinnorna deltar i medeltal 11 gånger i vattengymnastiken och de flesta är med 15-18 gånger.

Vid efterkontrollen finns det möjlighet att remittera patienterna till Överviktscentrum, se punkt 6.8, för att utvärdera vad dessa kvinnor behöver för stöd efter förlossningen för att kunna hålla sin vikt nere. Barnmorskorna på mödrahälsovården, Aurorabarnmorska och sjukgymnast/fysioterapeut som ingår i projektet arbetar med stort engagemang och tycker att arbetet med dessa blivande mammor är stimulerande och givande.

Erfarenheterna från "Våga Väga"-projektet har varit betydelsefulla för att kunna skriva det vårdprogram som nu finns i SLL för alla gravida med BMI >30. Samtliga barnmorskor kommer hösten 2014 att erbjudas utbildning om graviditet och fetma och förhoppningsvis kommer alla gravida med fetma från år 2015 kunna erbjudas extra stöd under graviditeten.

Kvinnorna från "Våga Väga"-projektet har betydligt bättre fettsyremönster än den kontrollgrupp med feta kvinnor som inte varit med i något projekt. En artikel är publicerad i Prostaglandins, leukotrienes, and essential fatty acids 2013.⁷¹

6.6 Projekt - Våga Väga Södertälje⁷²

Södertälje är en mångkulturell stad med invånare som har sina rötter i många olika länder. På barnmorskemottagningarna som ligger under mödrahälsovårdsenheten på Södertälje sjukhus skrivs årligen in cirka 2 000 gravida kvinnor. Enligt statistik för år 2011 från mödrahälsovårdens register hade 30 % av de gravida i Södertälje födelseland utanför Norden, vilket kan jämföras med 24 % för Stockholms län och 20 % för riket. Andelen gravida med övervikt inom mödrahälsovårdsområdet ligger på 31 %, att jämföra med i länet 25 % och i Sverige 29 %. Uppfattningen är att gravida kvinnor födda utanför Norden är överrepresenterade gällande övervikt.

⁷¹ Storek Lindholm E, Strandvik B, Altman D, Moller A, Palme Kilander C. Different fatty acid pattern in breast milk of obese compared to normal-weight mothers. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids. 2013;88(3):211-7

⁷² Uppgift: Nicme Ilia, SLL Mödrahälsovårdsenheten Södertälje sjukhus, 2014

Att under graviditeten ge information om kost och motion på ett sätt som de gravida kvinnorna kan ta till sig och följa i sin vardag samt att förmå kvinnorna till begränsad viktuppgång, är en utmaning i Södertälje eftersom även livsstilsfrågor som kost och motion är mångkulturella. Luna barnmorskemottagning, som är den största mottagningen, är belägen i centrala Södertälje och har ungefär 600 inskrivna gravida/år. På Luna barnmorskemottagning är andelen överviktiga gravida 33 %. Mottagningen har valts till projektet för den geografiska tillgängligheten och för att patientunderlaget är representativt för hela Södertälje. "Våga Väga"-projektet genomförs i samarbete mellan Luna barnmorskemottagning, Hälsoenheten i Södertälje och vårdområdet Kvinnor och Barn på Södertälje sjukhus. Samarbete och handledning sker med Danderyds "Våga Väga"-projekt och med Överviktscentrum.

Projektet startade i januari 2013. Till och med december 2013 hade 38 patienter rekryterats. Av dem hade 4 av olika anledningar lämnat programmet efter ett eller några besök på någon av de inblandade enheterna. Den första patientenkäten med utvärdering av projektet har kommit in. Omdömen och reaktioner från patienter och deltagande professioner är positiva. Projektet har presenterats år 2013 på den årliga nationella barnmorskekonferensen med abstrakt, poster och informationsbroschyrer.

Reflektion

Överviktiga gravida upplever ofta att de behandlas nedlåtande av sjukvården. För många av Södertäljes kvinnor kan känslan av ojämlig vård vara dubbel då de utöver sin övervikt även kan känna sig diskriminerade och missförstådda på grund av sin härkomst. Ett kunskapscenter och en arbetsmodell för förbättrat omhändertagande av dessa kvinnor som främjar en förändring i deras livsföring inte bara minskar risken för medicinska komplikationer, utan kan även bidra till ökad självkänsla och tillfredsställelse och kommer dessutom hela familjen till gagn.

6.7 Projekt - Överviktiga gravida får stöd av eHälsotjänst

Inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma planerades hösten 2013 ett första pilotprojekt för patienter på landstingets lärplattform "Lärtoget", där Överviktscentrum kommer att erbjuda en kostutbildning för gravida kvinnor. eHälsotjänsten är ett patientstöd och komplement till gravida som rekryteras till "Våga Väga"-projektet, se punkt 6.5, 6.6, där stödet ges av barnmorskor till kvinnor med hög vikt i början av graviditeten. Det finns flera stora utmaningar i arbetet med kontroll av viktuppgång under graviditet. Det är individen själv som ansvarar och genomför förändringarna. Sjukvårdens roll blir i första hand att tillhandahålla kunskap, metoder och stöd för genomförandet. Arbeta med viktreduktion lämpar sig särskilt väl för stöd av eHälsa:

- Det finns stort behov av kvalitetssäkrad kunskap om kost för hälsa och viktminskning
- eHälsa ger möjlighet att förmedla denna kunskap på flera språk
- Behandlingen bygger i stor utsträckning på egenvård
- Hög intensitet i behandlingen förbättrar behandlingsresultat men är inte alltid praktiskt genomförbar.

6.8 Överviktscentrum⁷³

Överviktscentrum hade i början av tidsperioden ett uppdrag att tillhandahålla specialistvård för patienter över 18 år med BMI >35 samt >30 med följsjukdomar. Därutöver fanns uppdraget att arbeta med konsultationsstöd, metodutveckling och utbildning för andra specialister, främst primärvård. År 2011 gjordes en medicinsk revision av ickekirurgisk behandling av grav fetma på specialistnivå i länet. Denna resulterade i att Överviktscentrum fick ett tydligare uppdrag att arbeta med högspecialiserad vård för vuxna över 25 år med grav fetma och följsjukdomar. Ungdomssatsningen övergick från projektform till ordinarie verksamhet med tilläggsuppdraget att bistå de kirurgiska klinikerna med preoperativ utredning, bedömning och förberedelse för de unga.

Verksamheten utökades något genom att den verksamhet som fanns på Danderyds sjukhus, "Motvikt", övergick till Överviktscentrum. Överviktsenheten på Huddinge sjukhus finns inte kvar, men Endokrinkliniken fick i uppdrag att fungera som remissinstans för patienter med grava metabola följsjukdomar i behov av särskilt övervakad viktreduktionsbehandling, främst insulinkrävande typ 2 diabetes.

Överviktscentrum fick också ett tydligt uppdrag att fungera som kompetenscentrum för viktreduktionsbehandling i länet och att samverka med andra specialister. Hösten 2012 flyttade verksamheten till nya mer ändamålsenliga lokaler.

Resultat

Mottagningen har utvecklat en tydlig högspecialiserad profil där patienter med mycket grav fetma och/eller svåra komplicerande sjukdomstillstånd behandlas. Flödet av remisser har varit i stort sett oförändrat, cirka 7-8 000/år, så behovet av denna typ av insats är omfattande. Behandlingen skräddarsys efter patientens behov och förutsättningar med beaktande av hälsa och nutrition lika mycket som viktreduktion. Teamet har förstärkts med två psykoterapeuter samt har infört nya KBT-baserade gruppbehandlingsmodeller, bland annat ACT (Acceptance commitment therapy) som visar lovande resultat.

Utbildningsinsatser

Mottagningens grundkurs på 3 dagar i behandling av fetma har hållits 1 gång/termin, och varit välbesökt med personal från flera olika verksamhetsområden. Utbildning av primärvårdsdietister i praktisk gruppbehandling har möjliggjorts genom att primärvårdsrehab fått utökat uppdrag. Det finns nu 18 enheter som kan erbjuda gruppbehandling enligt Överviktscentrums modell, vilket är en kraftig kvalitetshöjning för primärvårdens möjligheter att erbjuda behandling. Överviktscentrum stödjer på flera sätt mödravården, som exempelvis genom utbildning och fortlöpande handledning av personal inom "Våga Väga"-projektet, se punkt 6.5, 6.6, samt av hälsovägledare, se punkt 5.2, och föreläsningar om kost samt om kognitiv behandling för obstetriker och barnmorskor från hela SLL.

Ett samarbete för kompetensutveckling har inletts med Prima psykiatri som sedan tidigare arbetar aktivt med levnadsvanor. Erbjudandet gick ut till samtliga verksamhetschefer, men endast Prima har tackat ja. Utbildningsinsatser i form av föreläsningar har givits för läkare och personal på Danderyds sjukhus, för samtliga överläkare i december år 2013 samt en 2-dagars kurs för personal från alla psykosmottagningar i början av år 2014. En föreläsningsserie för personal inom slutenvård pågår.

⁷³ Uppgift: Signy Reynisdottir, SLL Överviktscentrum, 2014

6.9 Projekt – IRIS i mödrahälsovården⁷⁴

Övervikt före graviditet och stor viktuppgång under graviditeten ökar risken för komplikationer hos mor och barn på kort och lång sikt. Tillsammans med låg viktminskning året efter förlossning finns förutsättningar för fortsatta viktproblem under och efter en eventuell nästa graviditet. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin planerar metodutveckling och utvärdering av ett förebyggande program för gravida överviktiga eller måttligt feta kvinnor. Programmet innefattar motiverande samtal, självmonitorering samt återföring av information till kvinnorna om deras matvanor och fysiska aktivitet.” IRIS”- projektet sker som ett vetenskapligt projekt samt inom ramen för ett HSF- uppdrag.

6.10 Tilläggsuppdrag - Hälsofrämjande arbete i primärvården⁷⁵

För att stärka hälsofrämjande arbete i primärvården i socioekonomiskt utsatta områden, med syfte att stödja, pröva och utveckla hälsofrämjande insatser och förhållningssätt, har HSF tecknat särskilda avtal med 6 vårdcentraler för att arbeta med hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser. Uppdraget påbörjades år 2008, då ingick tre vårdcentraler och år 2013 utvidgades det till att omfatta sex vårdcentraler. Arbetet har särskilt inriktats på kvinnor, unga vuxna, personer med ekonomiskt bistånd och de med, ur hälsosynpunkt komplexa problem. Det är ett brett arbete mot medborgarna som har gått utanför primärvårdens redan existerande arbete att på individnivå motverka ohälsa. Vårdcentralerna har fått i uppdrag att arbeta uppsökande, att samverka med andra vård- och omsorgsgivare och verka för ökad tillgänglighet för målgruppen.

En viktig del i vårdcentralernas hälsofrämjande befolkningsinriktade arbete har varit att sprida information om vad man kan erbjuda. I det informationsspridande arbetet har också ingått föreläsningar och man har haft ”hälsodagar” på platser där många rör sig. Under ”hälsodagarna” har man till exempel erbjudit mätning av BMI, blodtryck och midjemått, och erbjudit vidare kontakt med vårdcentralen för de som bedömts behöva det. På vårdcentralerna har man bedrivit ”hälsosamtal” och ”hälsoskola”. Vårdcentralerna har i olika hög grad samverkat med andra som har kontakt med människor man velat nå, som socialtjänsten, kyrkan, vuxenskolan SFI och barnavårdscentraler. På så sätt har dessa vårdcentraler fångat upp många hälsoproblem bland invånarna och däribland de som har viktrelaterade hälsoproblem.

Resultat

I en utvärdering år 2011 sågs som framgångsfaktorer att det genom tilläggsuppdraget hade givits möjlighet att arbeta mer omfattande med hälsofrämjande insatser och att utveckla kvaliteten på insatserna. Detta hade även genererat en utveckling av vårdcentralernas övriga hälsofrämjande verksamhet. Som framgångsfaktorer lyfts också personalens kompetens och engagemang för invånarnas hälsa samt att invånarnas intresse för frågorna har höjts.

⁷⁴ Uppgift: Finn Rasmussen, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

⁷⁵ Uppgift: L Eriksson, C Bokedal, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2014

6.11 *Livsstilsmottagning på Hjärtkliniken, KS i Solna*⁷⁶

Livsstilsmottagningen är ett effektivt sätt att arbeta med livsstilsbehandling för de patienter som har hög risk för hjärt-kärlsjukdom. Patienter kan remitteras till livsstilsmottagningen både från slutenvård och primärvård. Samtliga patienter träffar en livsstilssjuksköterska för ett inskrivningssamtal med klinisk undersökning och provtagning. Alla patienter får ett personligt brev av en överläkare med tolkning av deras provresultat och val av levnadsvanor. I brevet ges personliga råd kring livsstilsförändring. Efter inskrivningssamtalet bjuds deltagarna till 5 gruppundervisningstillfällen, en så kallad "Livsstilskurs", 1 dag/vecka under de 5 påföljande veckorna. Gruppmottagningarna leds av överläkare och sjuksköterska tillsammans. Livsstilsmottagningen uppmannar gruppdeltagarna att ta med någon närstående. Gruppmottagningarna äger rum på kvällstid på Hjärtkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Resultat

Totalt har 200 remisser inkommit, 156 patienter har skrivits in, 130 har varit på 6 månaders uppföljning och 90 har varit på 1-års kontroll. De preliminära resultaten visar förbättrade levnadsvanor, sjunkande kardiovaskulära riskfaktorer och en förbättrad livskvalitet.

"Livsstil på recept" är en serie kostnadsfria föreläsningar på kvällstid, som erbjuds patienter och anhöriga inom Stockholms läns landsting med behov av livsstilsförändring. Patienter som vårdas på en slutenvårdsklinik, eller inom primärvården, där vårdpersonal anser att patienter är i behov av ytterligare information kring matvanor, fysisk aktivitet, stress och sömn kan få ett recept på denna livsstilskurs. Totalt har cirka 1 600 deltagare varit med på de olika kurstillfällena under 5 terminer.

Konceptet "Fettskolan" är en evidensbaserad utbildning för personal inom Stockholms läns landsting, i allt från fettsyrakemi till praktiska kliniska råd i hur man talar om val av fettkvalitet med patienter. Utbildningen är 1 dag med ett helhetskoncept om fett. Antalet anmälda deltagare till den första fettskolan var mycket stort. Detta gav upphov till upprepade fettskolor. Totalt har cirka 830 anställda inom SLL gått utbildningen. Kursen innehöll föreläsningar och även en workshop i samband med lunch där deltagarna hade möjlighet att ställa frågor till alla föreläsare, och även få tips om webbverktyg som kan användas för egen utbildning, "Sundkurs", och i det praktiska patientarbetet, "Sundkurs", samt Livsmedelsverkets matwebb. Ett framgångsrikt inslag i fettskolan var medverkan av en kock som föreläser om sin syn på mat och fetter. Det serverades även en vällagad lunch och fika, med praktiska tips på hur man kan använda rätt fettkvalitet i matlagning och bakning. Fettskolan var en del av 2013- års "Hälsomässa" för allmänheten, där fettskolan i en kortare variant upprepades 4 gånger med totalt cirka 600 deltagare.

⁷⁶ Uppgift: Mai-Lis Hellénus, SLL Karolinska universitetssjukhuset Solna, 2014

7 Samhällsinriktat hälsoarbete, uppföljning

Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor kan enligt Socialstyrelsen tillskrivas cirka en femtedel av den samlade sjukdomsbördan i Sverige. Dessa beräkningar tar dock inte hänsyn till att andra riskfaktorer, såsom högt blodtryck, höga blodfetter och fetma, till allra största delen orsakas av ohälsosamma levnadsvanor. Det innebär att levnadsvanornas betydelse för den totala sjukdomsbördan kraftigt underskattas.

Samhällsinriktat hälsoarbete handlar om att skapa förutsättningar för att människor ska kunna leva ett hälsosamt liv. 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. I landstinget har beställaren en nyckelroll i att beställa och ställa krav på att överviktsförebyggande och hälsofrämjande arbete utförs och följs upp.

Barn och unga är den högst prioriterade gruppen i Handlingsprogram övervikt och fetma. 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 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 i länet måste det 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. 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. Nedan beskrivs hur olika verksamheter kan delta i det överviktsförebyggande arbetet.

7.1 *Rörelsestimulerande miljöer*⁷⁷

Förebyggandet av övervikt handlar till stor del om att öka nivåerna av fysisk aktivitet i befolkningen. Rörelsestimulerande miljöer innebär en stödjande struktur för ökad fysisk aktivitet. Samverkan mellan landstingets folkhälso- och regionplaneringsenheter skapar stödjande strukturer för fysisk aktivitet som genererar synergieffekter.

Inom SLL har Tillväxt, Miljö och Regionplanering, TMR, genom skapandet av ”Gröna kilar” marknadsfört och poängterat värdet av Stockholmsområdets grönstruktur med sina stora värden för friluftsliv och fysisk aktivitet. Tillsammans med Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin har potentialen av de gröna kilarna för hälsa närmare studerats i ett samverkansprojekt kring naturens påverkan på hälsan. Planer finns på ett pilotförsök i Rösjökilen med ”naturupplevelser på recept” förskrivna av vårdgivare i närområdet.

⁷⁷ Uppgift: Maria Wikland, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

Ett seminarium för kommunala planerare, folkhälsostrateger med flera, kring fysisk aktivitet genomfördes år 2012 av HSF, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Centrum för Arbets- och MiljöMedicin, som en del i Statens folkhälsoinstituts satsning "Ett friskare Sverige".

I syfte att underlätta för aktiv arbetspendling har länets cykelvägar fokuserats. Under perioden år 2012-2013 togs en regional cykelplan fram inom ramen för ett samverkansprojekt mellan Trafikverket, TMR, Kommunförbundet i Stockholms län, KSL, med flera, där lokala och regionala parter deltog under en serie workshops. Planen följs nu upp av ett genomförandeprojekt under ledning av KSL, och Trafikverket med vägledning och inspiration för kommunernas arbete med cykelvägarna.

Det föreligger ett behov av kunskap för att det professionella arbetet kring fysisk aktivitet inom olika arenor ska kunna utgöra en stödjande struktur för ökad fysisk aktivitet. En utbildning inom området hälsofrämjande fysisk aktivitet har genomförts under år 2013 för sjukvårdspersonal i ett förebyggande projekt på Järva. Vidare har en motsvarande utbildning av nytillkomna hälsokommunikatörer på landstingets Transkulturellt Centrum genomförts.

Förskolans och skolans utemiljöer⁷⁸

Projektet "Kidscape" definierar fysiska egenskaper i förskolornas utemiljöer som främjar barns hälsa. Exempel på fysiska egenskaper är att ytan bör överstiga 3 000 m², mellan hälften och två tredjedelar av ytan ska vara kuperad och bevuxen med vegetation och favoriserade lekställen ska vara integrerade med natur. Resultaten från projektet, som är ett samarbete mellan Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin och Karolinska Institutet, finns tillgängliga för såväl forskare som praktiker, tillsammans med handfasta rekommendationer.

Under år 2013 har rekommendationerna börjat tillämpas i länets kommuner. Projektet "Kidscape II", om grundskolans utemiljöer, är i en analysfas, men ett fynd som redan gjorts är att en mix av grönt och asfaltytor nära skolbyggnaderna och ingången till klassrummen ökade både fysisk aktivitet och social samvaro. En annan slutsats är att nivåerna av fysisk aktivitet inte är på en tillräcklig hög nivå, detta gäller speciellt för flickor.

7.2 *Friska barn - en metod för att främja bra mat- och rörelsevanor i förskolan*⁷⁹

Förskolan ingår numera formellt och reellt i skolverksamheten. Med insikt om detta används förskolan som beteckning i det följande. Metoden "Friska barn" har utvecklats för att stödja förskolans arbete med att främja bra mat- och rörelsevanor och därmed även förebygga övervikt. "Friska barn" ger stöd för ett målinriktat arbete i enlighet med förskolans läroplan och kravet på näringsriktiga måltider i förskolan.

Metoden innebär att all personal ska läsa och vid 9 tillfällen diskutera olika teman i materialet "Friska barn". Gruppen identifierar styrkor och svagheter genom checklistor och kommer därefter överens om hur måltider och utevistelse på den egna förskolan ska utvecklas. Gruppen fattar också beslut om vilka delar som ska följas upp i förskolans verksamhetsplan. Metoden rekommenderas för användning i kommunens hela förskoleverksamhet, men kan också användas av enskilda förskolor.

⁷⁸ www.ki.se

⁷⁹ Uppgift: Maria Wikland, Andrea Friedl och Finn Rasmussen, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

”Friska barn” är ett verksamhetsfält som består av information, kunskapsspridning och rådgivning till nyckelpersoner inom förskolan. Fokus ligger på mat- och fysisk aktivitet. Verksamheten bedrivs dels ute i kommunerna där ledande personer samlas och får uppdatering av kunskapsläget. Utbildningen ges också i Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins lokaler. Målet är att informera och utbilda personer som genom sin position kan vidareförmedla kunskaper på individ- och verksamhetsnivå om goda matvanor och fysisk aktivitet i förskolan. Inom området matvanor och fysisk aktivitet inom förskolan i relation till risk för utveckling av övervikt/fetma saknas ofta vetenskaplig evidens. Inom ramen för ett HSF-uppdrag har Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin därför som målsättning att bidra till evidensläget.

7.3 *Österåkerprojektet - Mat, rörelse och självkänsla, förebyggande av viktrelaterade hälsoproblem med skolan i centrum*⁸⁰

Projektet pågick åren 2009-2013. Syftet var att utveckla och utvärdera en modell för ett systematiskt och deltagarstyrt hälsofrämjande arbete för att främja goda matvanor, öka fysisk aktivitet och förebygga övervikt och fetma, med skolan i centrum. I Österåkers kommun deltog 9 skolor aktivt i projektet och 9 var jämförelseskolor. Metoden byggde på en analys av skolans hälsoarbete med ”Skolhälsonyckeln” och elevhälsoenkäter i årskurserna 2, 4 och 7. På basis av dessa analyser skrev skolans hälsoteam en handlingsplan som genomfördes år 2009-2011. Därefter skedde en uppföljande mätning.

Resultat och reflektioner

Skolorna genomförde knappt hälften av insatserna i sina handlingsplaner. Ändå förbättrades skolans hälsoarbete signifikant under de 2 åren. Hälsoteamen uppskattade det deltagarstyrda angreppssättet, men bedömde att det fanns för lite tid och resurser till genomförandet. Trots den positiva effekten på skolornas hälsoarbete hade interventionen inga mätbara effekter på elevernas matvanor, fysiska aktivitet, självkänsla, välbefinnande eller kroppsvikt, jämfört med kontrollskolorna.

Studien visade att det är möjligt att förbättra skolans hälsoarbete genom en deltagarstyrd intervention. Med rätt stöd från kommunen och skolans ledning skulle modellen kunna utvecklas vidare och tillämpas brett. Bedömningen är att modellen kan fungera med stöd från kommunens och skolans ledning och visst externt expertstöd för att tillföra sakkompetens, bibehålla evidensbaserad, ge tyngd åt arbetet och för att hålla motivationen uppe. Elevhälsan bör ha en drivande roll i hälsoarbetet och kan ansvara för uppföljningen med hjälp av lämpliga verktyg. Erfarenheterna från projektet kommer att leva vidare genom ”skoluppdraget” inom Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin.^{81 82}

7.4 *Projekt – Frisk skolstart*⁸³

”Frisk skolstart” är ett program för att stödja föräldrar i att främja bra matvanor och fysisk aktivitet bland barn som går i förskoleklass. Programmet är teoribaserat och har ett helhetsperspektiv på mat och fysisk aktivitet. I korthet innebär projektet att föräldrar till barn i förskoleklass erbjuds ett hälsosamtal med en beteendevetare/hälsopeda-

⁸⁰ Uppgift: Liselotte Schäfer Elinder, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

⁸¹ Von Haartman F, Jälminger AK, Elinder LS. Österåkerprojektet – en deltagarstyrd intervention för goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan. Delrapport 1. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, R2010:9

⁸² Heinemans N, Hagströmer M, Hagberg J, Norman Å, Schäfer Elinder L. Att främja goda matvanor, fysisk aktivitet och självkänsla bland skolungdomar: Utvärdering och lärdomar från Österåkerprojektet. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, R2013:1

⁸³ Uppgift Elinor Sundblom, Gisela Nyberg, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

gog, utbildad i motiverande samtalsmetodik. Efter cirka 3 månader inbjuds föräldrarna till ett uppföljande samtal där de tar upp vilka förändringar som har gjorts. I klassen håller läraren 10 lektioner med barnen, med utgångspunkt i broschyren "En frisk skolstart - barn som mår bra lär bra". Broschyren är riktad till barn och föräldrar och har utvecklats utifrån en kunskapsöversikt omfattande 6 teman.

Resultat

Projektet genomfördes år 2010-2012 i samarbete med Nacka kommun där åtta skolor deltog. Efter viss revidering av programmet och översättning av material startade del II av projektet hösten 2012 i Stockholms stad med stadsdelarna Rinkeby-Kista och Skärholmen, där totalt 13 skolor deltog. Preliminära resultat visar positiva förändringar i både mat- och rörelsevanor samt viktutveckling i interventionsgrupp jämfört med kontrollgrupp. Under år 2013 har programmet genomförts med 378 familjer i Rinkeby/Kista och Skärholmen, där prevalensen av övervikt och fetma är bland de högsta i länet. Studien avslutades i december 2013 och därefter analyseras materialet. Det har också förts en diskussion om att integrera programmet i elevhälsan.

7.5 Projekt - Hälsa för alla - bra mat och rörelsevanor i gruppbostaden⁸⁴

Syftet med projektet som pågick år 2008-2013 var att utveckla och utvärdera ett program för att främja hälsosamma mat- och rörelsevanor bland vuxna med lindrig till måttlig utvecklingsstörning och som bor i gruppbostad eller servicebostad. Frågeställningar var: 1- vilken effekt har programmet på arbetsrutiner, fysisk aktivitet, BMI, matvanor och tillfredsställelse med livet, 2- vilka hindrande och möjliggörande faktorer upplevdes vid genomförandet. Ett program med 3 komponenter utvecklades: 1- hälsoombud i varje personalgrupp som får stöd och kompetensutveckling via nätverksträffar, 2- "Fokus Hälsa" - en studiecirkel för personalgruppen, där man diskuterar rutiner och förhållningssätt, 3- "Hälsokörkortet", en studiecirkel för de boende, där deltagarna får stöd att göra hälsosamma val i vardagen.

Resultat och reflektioner

Programmet utvärderades avseende effekt och process, i en studie där ett 30-tal grupp- och servicebostäder i Stockholms län deltog. Utvärderingen visade att programmet hade effekt på personalens arbetsrutiner samt på de boendes fysiska aktivitet. Statistiskt signifikanta effekter kunde inte ses på matvanor, BMI eller tillfredsställelse med livet, även om resultaten pekade åt rätt håll. Processutvärderingen visade att det är viktigt att stödja motivation till förändring bland chefer, personal och boende. I en uppföljande studie testades en av komponenterna, "Fokus Hälsa", i 8 kommuner, och där kommunerna tog ett större ansvar för genomförandet. De preliminära resultaten från denna studie visar på effekt på personalens arbetsrutiner. Resultaten är lovande, och programmets flexibilitet och deltagarstyrning ger utrymme för förbättringar, vilket behövs vad gäller matvanor. En manual har tagits fram, som stöd för kommuner som vill arbeta hälsofrämjande utifrån programmet.^{85 86}

⁸⁴ Uppgift: Liselotte Schäfer Elinder, SLL Centrum för Epidemiologi och Samhällsmedicin (CES), 2014

⁸⁵ Bergström H, Gråhed I, Sundblom E, Hagströmer M, Elinder LS. (2013). Hälsofrämjande gruppbostad. Planering, genomförande och utvärdering av ett hälsofrämjande program. Rapport 2013:5. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

⁸⁶ Manual: Hälsofrämjande gruppbostad. Ett program för att främja bra mat- och rörelsevanor i gruppbostäder och servicebostäder. (2014). Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting

7.6 Webbplatsen Folkhälsoguiden⁸⁷

Folkhälsoguiden är en webbplats för folkhälsofrågor i Stockholms län. Den drivs av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Folkhälsoguiden är främst till för dem som arbetar med folkhälsofrågor i länet, till exempel inom vård, skola, intresseorganisationer, eller som politiker eller tjänstemän inom landsting, kommuner och stat. Folkhälsoguiden ska vara ett tillgängligt och attraktivt sätt att beställa och ladda ner material, anmäla sig till utbildningar, prenumerera på nyhetsbrev med mera. Syftet är att:

- Ge tillgång till Stockholms läns landstings och Karolinska Institutets kunskap om folkhälsofrågor
- Ge tillgång till metoder och material för att främja hälsa och förebygga ohälsa och sjukdom.

7.7 Webbplatsen Vårdguiden/1177 Vårdguiden⁸⁸

1177 och Stockholms läns motsvarighet Vårdguiden har gått samman till 1177Vårdguiden. Det innebär att 1177 Vårdguiden är hela Sveriges samlingsplats för information och tjänster inom hälsa och vård. Webbplatsen erbjuder sjukvårdsrådgivning, information, inspiration och e-tjänster.

Webbplatsen erbjuder både kvalitetssäkrad och användarvänlig information samt tjänster som underlättar den egna och närståendes kontakter med vården. 1177 Vårdguiden vill främja hälsa, öka allmänhetens kunskap och stärka patientens ställning. Även vård- och apotekspersonal, skolor, medier och bibliotek har nytta av webbplatsen i sitt arbete. I temat "Hälsa och livsstil" kan den som vill förändra sin livsstil få inspiration och råd om hälsosamma vanor.

7.8 Digital verktygslåda

Den första versionen av foldern "Verktyg på nätet och telefon", togs fram i samband med att Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder skulle implementeras i Stockholms läns landsting, se punkt 2.2.

Foldern vänder sig till dem som vill ändra sina levnadsvanor, däribland mat- och motionsvanor, och innehåller tips på olika verktyg på nätet och användbara telefontjänster. Tanken är att foldern kan ligga i väntrummet och/eller användas i mötet med patienten. Broschyren trycktes år 2013 i 25 000 exemplar och år 2014 i 50 000 exemplar och har skickats till cirka 400 verksamheter i länet (135 MVC, 205 HLM samt 53 Rehab).

Foldern finns med klickbara länkar på
<http://www.1177.se/Stockholm/sthlm-digitala-verktyg>

Den som önskar beställa fler tryckta exemplar kan göra det på
informationsmaterial.lsf@sll.se



⁸⁷ www.folkhalsoguiden.se

⁸⁸ www.1177.se/Stockholm

8 Sammanfattning och rekommendationer

Övervikt och fetma innebär ett växande folkhälsoproblem. Tillstånden leder till ökat insjuknande i följsjukdomar som diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar. Unga överviktiga personer drabbas av sjukdomar som normalt inte uppträder förrän vid högre ålder. Viktökningen och dess huvudorsaker, de förändrade levnadsvanorna med minskad fysisk aktivitet och för högt energiinnehåll i kosten, ökar risken för insjuknande i livsstilsrelaterade sjukdomar. Enligt WHO är övervikt och fetma ett allvarligt globalt hälsoproblem. Fetma under barndomen ökar risken för hälsoproblem som vuxen, med ökad risk för framtida sjukdomar. Att förebygga fetma bland barn är ett prioriterat uppdrag, enligt FN:s Barnkonvention, artikel 6, 23 och 24.

Fetman har inte minskat i något land på tre decennier, enligt en ny studie som har publicerats i Lancet. Mellan år 2004 och år 2013 har andelen personer med diagnos fetma ökat från 11 % till 14 % i Sverige. Andelen män och kvinnor med fetma i Stockholms län har i SLL Folkhälsoenkät 2010 ökat jämfört med 2006 och 2002, i nästan alla ålderskategorier. I folkhälsoenkäten uppgav 41,3 % av männen och 24,5 % av kvinnorna att de var överviktiga. 11,7 % av männen och 10,6 % av kvinnorna angav vikt och längd som gav ett uppskattat BMI >30, vilket är liktydigt med fetma. Stora geografiska skillnader förekommer när det gäller övervikt och fetma. Förekomsten skiljer sig med över 20 % mellan olika kommuner och stadsdelar, både för män och för kvinnor, och personer födda utomlands har en högre andel övervikt och fetma.

Handlingsprogram övervikt och fetma antogs första gången år 2004 i Stockholms läns landsting för att motverka detta växande folkhälsoproblem. Det aktuella handlingsprogrammet för 2010-2013 bygger på en vision och fem prioriteringar i arbetet mot övervikt och fetma. Under perioden har införandet av Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder och nya Nordiska Näringsrekommendationer underlättat implementeringen av handlingsprogrammet.

En uppföljning av Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 har gjorts av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, HSF, under våren 2014 och redovisas i denna rapport. I uppföljningen kan konstateras att fyra år (2010-2013) är en kort tidsperiod för utvärdering och utifrån tillgängliga data ses ingen minskning i förekomsten av övervikt och fetma totalt. För befolkningen som helhet saknas i nuläget flera utfallsdata för perioden och folkhälsoenkäten som genomförs i Stockholm under hösten 2014 kommer att vara en viktig källa för slutgiltig bedömning av perioden år 2010-2013. En utebliven positiv förändring behöver inte betyda att insatserna varit utan effekt, då kunskapen om läget utan att några insatser gjorts saknas.

HSF skapar förutsättningar för att hälso- och sjukvården ska kunna arbeta med övervikt och fetma via olika nyckelaktörer. Husläkarmottagningar, MVC, BVC, BUMM, Ungdomsmottagningar och Specialistmottagningar möter överviktiga och feta personer. Dessa verksamheter måste kunna erbjuda stöd och hjälp samt slussa till rätt vårdverksamhet, i en sammanhållen vårdkedja. HSF erbjuder kunskap och metoder för detta och stödjer framtagning av nya metoder i utvecklingsprojekt.

Via Handlingsprogram övervikt och fetma beställer HSF implementeringsstöd av ett antal aktörer såsom Centrum för allmänmedicin, Stockholms Idrottsförbund, SISU Idrottsutbildarna, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Överviktscentrum med flera. Implementeringsstödet innebär bland annat utbildning, handledning, upp-

följning och systematisk utvärdering. År 2010-2013 har cirka 47 miljoner kronor satsats på ett antal projekt och bredare stöd, för att minska förekomsten av övervikt och fetma och för att utveckla behandlingen av tillstånden, bilaga 1.

Under perioden har hälsoriskerna med långvarigt stillasittande uppmärksamats. Betydelsen av kroppslig rörelse totalt, inte bara behovet av de rekommenderade minst 150 min/vecka medelintensiv eller minst 75 min/vecka högintensiv fysisk aktivitet, har således kommit i ny dager. Med de patofysiologiska mekanismer som är kopplade till stillasittande är 2000-talets "fetmaepedemi" och även ökade prevalens av typ 2-diabetes en naturlig följd. Längre stunder i stillasittande (framför allt framför TV och dator) har kopplats till förutom låg energiomsättning, även högre energiintag via onyttigt ätande framför skärmen. Dessutom kan mycket stillasittande och lite fysisk aktivitet leda till sämre aptitreglering och ett högre energiintag samt en positiv energibalans.

Bland viktigare åtgärder mot övervikt och fetma som rekommenderas inom Handlingsprogram övervikt och fetma märks Fysisk aktivitet på recept, FaR, och motiverande samtal, MI. Gällande vårdens insatser tycks det ha skett en positiv utveckling av antalet förskrivna FaR (år 2009-2011) samt av antalet patienter på husläkarmottagningar där identifierad otillräcklig fysisk aktivitet lett till att patienten erbjudits åtgärd enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder (år 2012-2013).

Ett fåtal landsting arbetar med FaR till barn och ungdomar i sin ordinarie verksamhet. Trots avsaknad av samlad evidens har vårdgivare i flera landsting förskrivit FaR till barn och ungdomar inom såväl primärvård och slutenvård som elevhälsa. Som stöd till vårdgivare och som komplement till riktlinjerna för FaR till vuxna, som antogs i SLL år 2007, har SLL valt att år 2013 ta fram rekommendationer om FaR till barn och ungdomar.

Inom ramen för handlingsprogrammet har en kartläggning gjorts år 2013 av elevhälsans arbete med FaR. Kartläggningen visar att det är 12 av 26 kommuner i länet som till någon del använder FaR i elevhälsan/skolan. Ett antal rekommendationer ges för att öka spridningen av metoden, som exempelvis att öka kunskapen bland all berörd personal i skolan kring fysisk aktivitet och FaR, samt att ge stöd till förskrivarna.

En uppmärksammas aktivitet under perioden är verksamhet på barn- och ungdoms-medicinska mottagningar, BUMM, utifrån den så kallade "Södertäljemodellen". Arbetet bedrivs vid ett antal barnmottagningar med tvärprofessionella behandlingsteam för barn med fetma. Sammanfattningsvis visar en uppföljningsstudie att "Södertäljemodellen" är en bra metod för att behandla yngre barn med fetma. För framtiden behöver barn med övervikt och fetma identifieras tidigare och behandlingen starta tidigare än vad som görs idag, för att nå bästa effekt. Studien visar också att alla barn faktiskt kan tillgodogöra sig behandlingen lika bra, oavsett försvårande förhållanden som påverkar prevalensen av fetma, såsom ärftlighet, föräldrarnas utbildningsnivå och om barnet har samtidiga neuropsykiatriska funktionshinder. Ett tilläggsuppdrag som bygger på metodiken i ovanstående modell "Behandling av barn och ungdomar med obesitas" infördes hösten år 2013 i SLL för BUMM i öppenvård.

Särskilt stöd ges också till behandling av barn- och ungdomar med fetma, från 16-års ålder och uppåt, med högspecialiserad viktreduktionsbehandling på Överviktscentrum. Behandlingen skräddarsys efter patientens behov och förutsättningar, med beaktande av hälsa och nutrition lika mycket som viktreduktion. Teamet har förstärkts med två psykoterapeuter samt har infört nya KBT-baserade gruppbehandlingsmodeller, bland annat ACT ("Acceptance commitment therapy"), vilket visar lovande resultat. För dem

som är yngre ges stöd vid Rikscentrum Barnobesita, där individanpassad behandling i ett strukturerat ramverk baserat på handlingsprogrammet erbjuds. En bärande grundsyn är individ- och familjeanpassning, ett individcentrerat förhållningssätt, individuella behandlingsmål, långsiktighet, kontakt med en definierad kontaktperson och samverkan med andra aktörer.

Ett exempel på stöd för vuxna är Hälsoenheten i Södertälje som arbetar utifrån ett holistiskt perspektiv och bland annat driver gruppverksamhet för överviktiga. I livsstilskolan "Tänk Om" fångas individer med mångfacetterad problematik upp via samarbetspartners inom kommun och arbetsmarknadscentrum. Kursen har även genomförts med tolk. Hälsoenheten har därtill en gruppverksamhet för överviktsopererade med gastric bypass. Tidiga reflektioner är att många deltagare upplever ett stort behov av att ventileras med varandra och de upplever sig ganska ensamma med sin särskilda problematik. Det är vanligt att man lämnar återbud till eller uteblir från gruppträffarna. Olika anledningar kan finnas, till exempel kvinnors "livspussel" och att flera deltagare har en komplex problematik både fysiskt och psykiskt.

I projektet "Våga Väga" vid Danderyds sjukhus, och från år 2013 även i Södertälje, är viktkontroll vid varje besök en utgångspunkt för ett arbete med överviktiga gravida. Målet är viktuppgång på maximalt 6 kg, vilket enligt studier ska vara den optimala viktuppgången för feta gravida kvinnor. Andelen i målgruppen som fått kejsarsnitt är betydligt högre än bland normalviktiga och ett sekundärt mål är att minska frekvensen av kejsarsnitt i gruppen. En tredjedel av kvinnorna har med stöd av projektet klarat att begränsa viktuppgången till max 6 kg, medan två tredjedelar har klarat att hålla viktuppgången på max 10 kg. Erfarenheterna från "Våga Väga" har varit betydelsefulla för att kunna skriva det vårdprogram som nu finns för alla gravida med BMI >30. Under år 2014 kommer samtliga barnmorskor i länet att erbjudas kostnadsfri utbildning om graviditet och fetma.

För att förebygga övervikt och fetma hos barn med flera riskfaktorer startades inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma år 2013 en riktad utvecklingsstudie. Fyra utbildade hälsovägledare stöttar familjer vid sju MVC- och BVC-mottagningar i Rinkeby, Husby, Kista och Skärholmen. Hälsovägledaren är en BVC-sköterska/barnmorska/nutritionist/ hälsopedagog/läkare som arbetar med täta och långsiktiga kontakter, med först den gravida och sedan familjen. Syftet är att ge stöd för hälsosamma levnadsvanor genom ökad kunskap och att med ett motiverande förhållningssätt kring mat och fysisk aktivitet förebygga en utveckling av övervikt och fetma hos barnet. Stödet är kulturellt och språkligt anpassat till deltagarna. Hälsovägledarna pratar förutom svenska också engelska, spanska, somaliska, arabiska och syrianska. Utvecklingsarbetet utvärderas löpande både kvalitativt och kvantitativt, med fokus på att mäta beteendeförändring och acceptans. En del av arbetet är att utveckla nya anpassade verktyg i samarbete med ordinarie personal på MVC och BVC som möter överviktiga/feta gravida och föräldrar.

Landstinget och kommunerna har en mängd arenor, verksamheter och kompetenser som kan användas i ett samhällsinriktat hälsoarbete. De måste aktivt samverka i ett nätverk runt målgrupperna för att arbetet ska bli effektivt. De har också ett särskilt ansvar att agera som goda förebilder. I rapporten beskrivs olika insatser i det samhällsinriktade arbete som drivs av Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (tidigare Karolinska institutets folkhälsoakademi, KFA) och Karolinska Institutet. Detta arbete utgår ofta från stödjande arenor som exempelvis förskolan eller skolan. I ett projekt för vuxna med lindrig eller måttlig utvecklingsstörning som bor i gruppbostad eller servicebostad visar processutvärderingen att det är viktigt att stödja motivation till

förändring bland chefer, personal och boende. Vikten av samverkan, förankring och hållbara strukturer betonas i det samhällsinriktade arbetet.

I övrigt konstateras i rapporten att ett stort antal mål som definierades i handlingsprogrammet inte kan följas upp på grund av att mätbara indikatorer saknas, eller där de finns saknas ofta data.

Utvärderingen visar på en bred verksamhet utifrån Handlingsprogram övervikt och fetma. Många verksamheter har finansierats och många patienter och personer i den primära målgruppen, personer med övervikt och fetma, har nåtts av insatser. I en del fall har tydliga förbättringar kunnat påvisas, i andra inte. Inga negativa effekter har dokumenterats. Oroande är att övervikt och fetma inte har minskat under perioden.

Rekommendationer för Handlingsprogram övervikt och fetma 2014-2018

På basen av den omfattande uppföljningen kan följande rekommendationer ges för det fortsatta arbetet mot övervikt och fetma:

- *En ny vision föreslås "Invånarna i Stockholms län har kunskap om riskerna med övervikt och fetma och nyttan av att förebygga tillstånden. Hälso- och sjukvården arbetar hälsofrämjande samt erbjuder behovsstyrd behandling av övervikt och fetma"*
- *Det förebyggande arbetet bör förstärkas och en strategi ska tas fram för det samhällsinriktade arbetet*
- *Ett nytt Vårdprogram för övervikt och fetma bör tas fram*
- *Effektmått som definieras för handlingsprogrammet ska vara uppföljningsbara*
- *Metodutveckling ska bedrivas för behandling av tonåringar på BUMM samt för pre- och postoperativt stöd vid gastric bypass*
- *eHälsa och digitalt stöd ska utvecklas i vårdprogram och i det samhällsinriktade arbetet*
- *Implementering av FaR-rekommendationer för barn och ungdomar i SLL bör stärkas*
- *Det förebyggande arbetet inom elevhälsan/skolan bör stärkas.*

Bilageförteckning

Bilaga 1	Ekonomisk sammanställning
Bilaga 2	Organisationsskiss Handlingsprogram övervikt och fetma
Bilaga 3	Inriktnings- och effektmål i Handlingsprogram övervikt och fetma år 2010-2013

Bilaga 1 Ekonomisk sammanställning

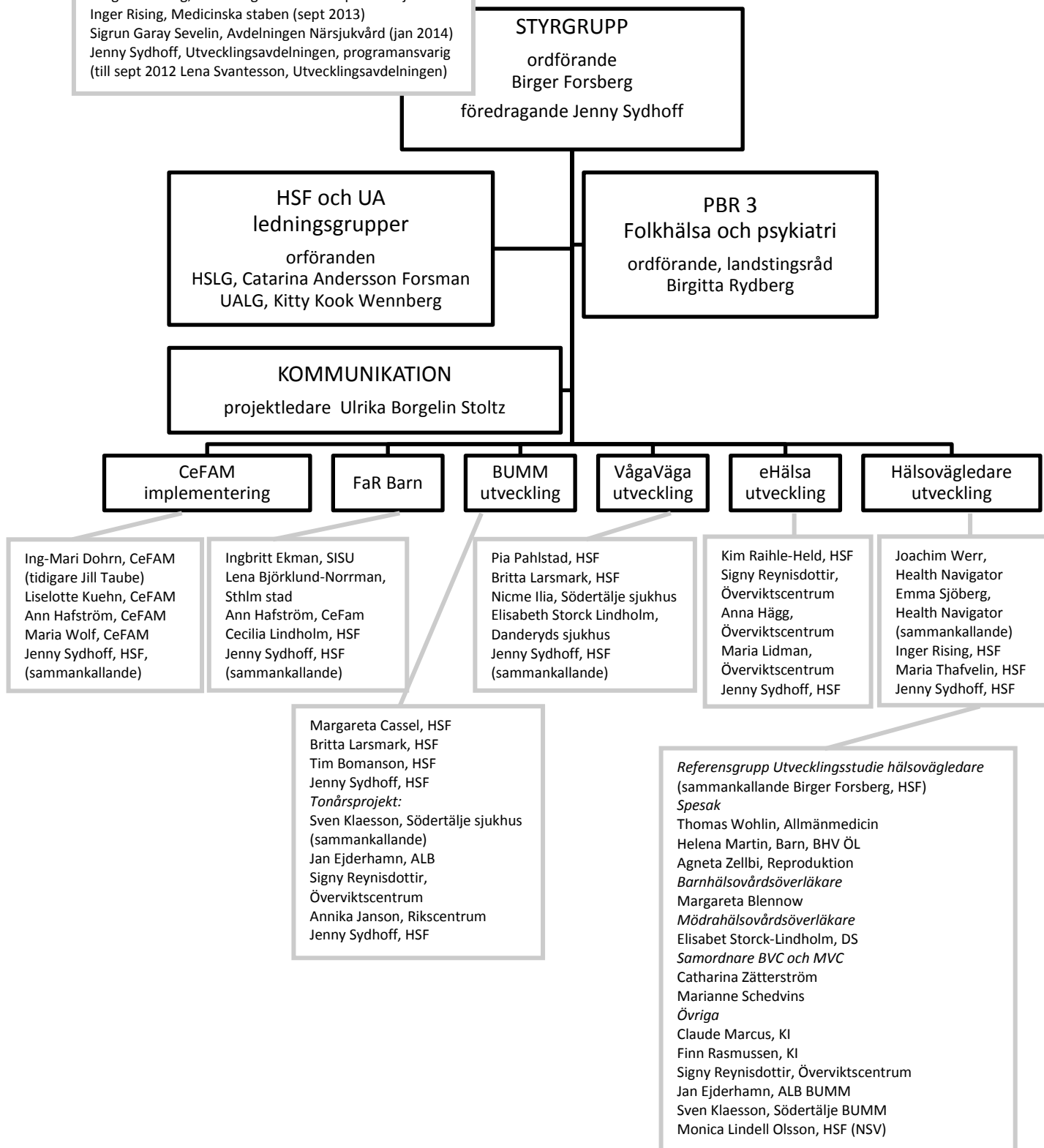
Nedanstående sammanställning avser större planerade och genomförda aktiviteter inom ramen för Handlingsprogram övervikt och fetma under år 2010-2013.

Aktivitet	Ansvarig verksamhet	Anslag 2010	Anslag 2011	Anslag 2012	Anslag 2013	SUMMA
implementeringsstöd handlingsprogram + FaR	CeFAM	2 045 000	2 220 000	2 250 000	2 650 000	9 167 000
Kommunikation av FaR	HSF	450 000	500 000	500 000	500 000	1 950 000
Farledarnätverket, Idrott och folkhälsa	SISU/SIF	50 000	200 000	200 000	410 000	860 000
Södertäljemodellen på BUMM	Astrid Lindgren (6st)	4 000 000	2 740 000	2 740 000 1 500 000	1 500 000	12 480 000
Södertäljemodellen på BUMM	Sachsska (4st)	-	2 600 000	2 600 000 1 000 000	1 000 000	7 200 000
Mobilt team	Danderyd	800 000	-	-	-	800 000
Dsk-tjänst fetmabehandling	Södertälje hälsoenhet	-	500 000	500 000	-	1 000 000
Utbildningsinsatser, material	Övervikts-centrum	410 000	430 000 100 000	-	300 000	1 240 000
Våga Våga	Danderyd	300 000	400 000	325 000	400 000	1 425 000
Våga Våga	Södertälje	-	-	-	600 000	600 000
Ungdomsmottagning	Övervikts-centrum	2 300 000	2 300 000	-	-	4 600 000
Gastric bypass livsstilsskola	Hälsoenheten Södertälje	-	-	-	645 000	645 000
Hälsovägledare 7 st MVC/BVC	Health Navigator	-	-	700 000	3 500 000	4 200 000
Kartläggning av elevhälsa	HSF	-	-	-	750 000	750 000
eHälsa pilotprojekt	Övervikts-centrum	-	-	-	150 000	150 000
TOTALT		10 355 000	11 992 000	12 315 000	12 405 000	47 067 000

Bilaga 2 Organisationsskiss Handlingsprogram övervikt och fetma

Birger Forsberg, ordförande, Utvecklingsavdelningen
(till juni 2013 Regina Rodau, Medicinska staben)
Olle Olofsson, Avdelningen Närsjukvård
Holger Stalberg, Avdelningen Somatisk specialistsjukvård
Inger Rising, Medicinska staben (sept 2013)
Sigrun Garay Sevelin, Avdelningen Närsjukvård (jan 2014)
Jenny Sydhoff, Utvecklingsavdelningen, programansvarig
(till sept 2012 Lena Svantesson, Utvecklingsavdelningen)

Skissen beskriver organisationen 2013/2014.



Bilaga 3 Inriktnings- och effektmål i Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013⁸⁹

Visionen ”Halvera andelen personer med fetma 2003-2013

EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT																																												
Andelen personer med fetma (BMI ≥30) ska halveras mellan 2003 och 2013	Folkhälsoenkät	2010, 2014	HSF	<table><tr><td>BMI ≥30</td><td>2002</td><td>2006</td><td>2010</td></tr><tr><td>Kvinnor</td><td>9%</td><td>10%</td><td>11%</td></tr><tr><td>Män</td><td>10%</td><td>11%</td><td>12%</td></tr></table>	BMI ≥30	2002	2006	2010	Kvinnor	9%	10%	11%	Män	10%	11%	12%																																
BMI ≥30	2002	2006	2010																																													
Kvinnor	9%	10%	11%																																													
Män	10%	11%	12%																																													
Ökning av andelen personer med fetma ska ha avstannat senast 2010	Folkhälsoenkät	2010, 2014	HSF	Har ej avstannat (se ovan) Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014																																												
Under perioden 2011-2018 ska andelen personer med fetma successivt minska i relation till året innan	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSF	Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014																																												
	Vikt/längd på gravida vid första graviditeten via nationella graviditetsregistret	Årligen från 2009	HSF	<table><tr><td>BMI SLL förstföderskor</td><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td><td>2013 ⁹⁰</td></tr><tr><td>Övervikt</td><td>19,7%</td><td>20,4%</td><td>20,5%</td><td>20,7%</td></tr><tr><td>Fetma</td><td>7,6%</td><td>8%</td><td>7,5%</td><td>7,6%</td></tr></table>	BMI SLL förstföderskor	2010	2011	2012	2013 ⁹⁰	Övervikt	19,7%	20,4%	20,5%	20,7%	Fetma	7,6%	8%	7,5%	7,6%																													
	BMI SLL förstföderskor	2010	2011	2012	2013 ⁹⁰																																											
	Övervikt	19,7%	20,4%	20,5%	20,7%																																											
	Fetma	7,6%	8%	7,5%	7,6%																																											
	Vikt och längd skolår 0 (6-årsklassen), 4 och 8, via elevhälsan	Årligen från 2010	HSF	<table><tr><td>6-års klass, läsår</td><td>2010-11</td><td>2011-12</td><td>2012-13</td><td>Differens reg och unika ⁹¹</td></tr><tr><td>Övervikt</td><td>11,45%</td><td>11%</td><td>11%</td><td>6-åringar resp läsår:</td></tr><tr><td>Fetma</td><td>3,3%</td><td>4,5%</td><td>4,2%</td><td>14,5%, 14,5%, 15%</td></tr><tr><td>10-åringar, läsår</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Övervikt</td><td>16%</td><td>16,2%</td><td>15,3%</td><td>10-åringar resp läsår:</td></tr><tr><td>Fetma</td><td>3,8%</td><td>4,2%</td><td>4,4%</td><td>6%, 14,5%, 17%</td></tr><tr><td>14-åringar, läsår</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>Övervikt</td><td>14%</td><td>14%</td><td>16,6%</td><td>14-åringar resp läsår:</td></tr><tr><td>Fetma</td><td>4,6%</td><td>5,4%</td><td>5,2%</td><td>12,6%, 14%, 14,5%</td></tr></table>	6-års klass, läsår	2010-11	2011-12	2012-13	Differens reg och unika ⁹¹	Övervikt	11,45%	11%	11%	6-åringar resp läsår:	Fetma	3,3%	4,5%	4,2%	14,5%, 14,5%, 15%	10-åringar, läsår					Övervikt	16%	16,2%	15,3%	10-åringar resp läsår:	Fetma	3,8%	4,2%	4,4%	6%, 14,5%, 17%	14-åringar, läsår					Övervikt	14%	14%	16,6%	14-åringar resp läsår:	Fetma	4,6%	5,4%	5,2%
6-års klass, läsår	2010-11	2011-12	2012-13	Differens reg och unika ⁹¹																																												
Övervikt	11,45%	11%	11%	6-åringar resp läsår:																																												
Fetma	3,3%	4,5%	4,2%	14,5%, 14,5%, 15%																																												
10-åringar, läsår																																																
Övervikt	16%	16,2%	15,3%	10-åringar resp läsår:																																												
Fetma	3,8%	4,2%	4,4%	6%, 14,5%, 17%																																												
14-åringar, läsår																																																
Övervikt	14%	14%	16,6%	14-åringar resp läsår:																																												
Fetma	4,6%	5,4%	5,2%	12,6%, 14%, 14,5%																																												

⁸⁹ Sammanställningar: Amalia Vinogradova och Love Edberg, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utevecklingsavdelningen, 2014

⁹⁰ Uppgift: Kerstin Petersson, SLL Södersjukhuset, 2014

⁹¹ Uppgift: Inger Stenbäck, skolsköterska Sthlms stad (kontaktperson elevhälsodata), avvikelse förekommer pga dubbelregistreringar i nuvarande system, 2014

Antalet nyinsjuknade i typ 2 diabetes ska successivt minska 2010-2018	Nationella diabetesregistret (NDR)	Årligen från 2009	HSF	Antal nydiagnosticerade ⁹² 2010 2011 2012 2013 > 18 år 7999 7654 7964 > 29 år 7744 7380 7668 uppgift saknas
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, 2018	HSF	Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014 Andelen 2010 kvinnor 17% - har ökat 2002 kvinnor 14,3% 2006 kvinnor 14,4% 2010 män 25% - har ökat 2002 män 24,1% 2006män 22,5%
Ökning av medel-BMI ska ha vänt år 2010 jämfört med 2002	Folkhälsoenkät 18-65 år	2010	HSF	BMI: kg/ m² 18-65 år 2010 kvinnor 24,5 - har ökat 2006 kvinnor 24,8 2002 kvinnor 24 2010 män 25,9 - har ökat 2006 män 26 2002 män 25,5

Prioriterat område 1: Förebyggande insatser riktade mot barn och ungdomar

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT
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 IsoBMI	Barns vikt och längd samt IsoBMI (på BVC)	Årligen	BHV	Andel bedömbara IsoBMI uppgifter av de barn som var inskrivna, födda år 2005 2006 2007 2008 87,5% 85,8% 87,9% 89,6% (BHV rapport 2010) (BHV rapport 2011) (BHV rapport 2012) (BHV rapport 2013)

⁹² Uppgift: Sten Holm och Gunnar Ljunggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Stöd för evidensbaserad medicin och Utvecklingsavdelningen, kvalitet på uppgiften är bristfällig, 2014

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. Samtliga kommuner i länet ska medverka i den epidemiologiska bevakningen av barns och ungdomars övervikt och fetma år 2010 95 % av vårdgivare/BUMM/ barnläkare ska registrera i BORIS år 2010	Barns vikt och längd samt IsoBMI (på BVC) Barns och ungdomars längd och vikt från skolhälsovården (i skolhälsovården) BORIS (på BUMM)	Årligen Årligen från 2012 Årligen från 2010	HSF BHV HSF CES/KFA Förutsätter samarbete med kommunerna HSF BUMM	Årsrapport 2012 baseras på 24 109 barn, vilket utgör 88% av alla inskrivna barn födda 2007. Bortfallet, 12 procent, motsvaras av barn som inte är vägda och mätta inom ± 3 mån från fyraårsdagen eller som inte hälsoundersökts på BVC vid 4-års ålder. Årsrapport 2011 baseras på 23 060 barn, vilket var 86% av alla inskrivna barn födda 2006. Bortfallet var 14%. Årsrapport 2010 baseras på 25 704 barn, vilket var 87,5% av alla inskrivna barn födda år 2005. Bortfallet var 12,5 procent. Går ej att mäta Registrerar i BORIS <table><tr><td>2009</td><td>9/21 BUMM</td><td>2009</td><td>3 sjukhus</td></tr><tr><td>2010</td><td>9/21 BUMM</td><td>2010</td><td>3 sjukhus</td></tr><tr><td>2011</td><td>14/21 BUMM</td><td>2011</td><td>3 sjukhus</td></tr><tr><td>2012- 2013</td><td>uppgifter saknas</td><td></td><td></td></tr></table>	2009	9/21 BUMM	2009	3 sjukhus	2010	9/21 BUMM	2010	3 sjukhus	2011	14/21 BUMM	2011	3 sjukhus	2012- 2013	uppgifter saknas				
2009	9/21 BUMM	2009	3 sjukhus																				
2010	9/21 BUMM	2010	3 sjukhus																				
2011	14/21 BUMM	2011	3 sjukhus																				
2012- 2013	uppgifter saknas																						
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 IsoBMI (på BVC)	Årligen	HSF BHV	<table><tr><td>2004</td><td>2005</td><td>2006</td><td>2007</td><td>2008</td><td>2009</td><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td></tr><tr><td>14,3%</td><td>12,8%</td><td>11,4%</td><td>11,2%</td><td>11,1%</td><td>11,4%</td><td>11,3%</td><td>10,9%</td><td>11,2%</td></tr></table>	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	14,3%	12,8%	11,4%	11,2%	11,1%	11,4%	11,3%	10,9%	11,2%
2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012															
14,3%	12,8%	11,4%	11,2%	11,1%	11,4%	11,3%	10,9%	11,2%															
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	HSF	2010 Utskick av "Lägre vikt på sikt" till 38 kommuner och SDF samt 286 skolsköterskor i ÅK 9 ⁹³ Info till några politiska samverkansmöten: sjukvårdsstyrelse – kommunpolitiker ⁹⁴																		

⁹³ Uppgift: Lena Svantesson, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2012

⁹⁴ Uppgift: Marie-Louise Kain, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för närsjukvård, 2014

Prioriterat område 2: Uppföljning av behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT
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	HSF	Diabetes 2009 – 2010 63 % 2011 80 % 2012 87 % 2013 37 % (alla HLM har ej registrerat i NDR) Hypertoni⁹⁵ 2009 – 2010 27 % 2011 48 % 2012 – ej tillförlitlig data 2013 69 %
Viktutvecklingen hos personer med övervikt och fetma med komplicerande sjukdomar ska hejdas	IsoBMI skall sjunka under behandlingstiden	BORIS	Årligen	HSF BUMM	Finns ej siffror tillgängliga ⁹⁶
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	HSF	2011 ⁹⁷ Antal individer i målgruppen = 5301 571 av dessa har BMI-rapporterats. 2012 Antal individer i målgruppen = 5322 543 av dessa har BMI-rapporterats. 2013 Antalet individer i målgruppen ingen uppgift 6500 har BMI-rapporterats

⁹⁵ Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

⁹⁶ Uppgift: Finn Rasmussen, SLL Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES), 2014

⁹⁷ Uppgift: Sigrun Garay Sevelin, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för Närsjukvård, 2014

Förskrivning av Fysisk aktivitet på recept, FaR® (FaR) ska öka	Antalet förskrivna FaR ska successivt öka på husläkarmottagningarna, rehamottagningarna och inom psykiatri	WIM till HLM, rehab och psykiatri	Ärligen	HSF	Antalet förskrivna FaR^{98 99} <table><tr><td></td><td>2008</td><td>2009</td><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td><td>2013</td></tr><tr><td>HLM</td><td>3024</td><td>4520</td><td>5610</td><td>12075</td><td>–</td><td>26</td></tr><tr><td>Rehab</td><td>637</td><td>472</td><td>1273</td><td>1878</td><td>191</td><td>1172</td></tr><tr><td>Psykiatri</td><td>80</td><td>138</td><td>(138)</td><td>53</td><td>1749-sep</td><td>812</td></tr><tr><td>Akut-sjukhus</td><td></td><td></td><td></td><td>650</td><td>402</td><td>466</td></tr><tr><td>Totalt</td><td>3741</td><td>5130</td><td>7021</td><td>14656</td><td>734</td><td>2298</td></tr></table> Nationella sjukdomsförebyggande metoder, 2011¹⁰⁰ <table><tr><td></td><td>2012</td><td>2013</td></tr><tr><td>HLM antal patienter där otillräcklig fysisk aktivitet identifierats</td><td>44078</td><td>12773</td></tr><tr><td>HLM antal patienter där identifierad otillräcklig fysisk aktivitet lett till att patienten erbjudits åtgärd enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder</td><td>28310</td><td>20454 (DV132)</td></tr></table> KVA för all psykiatrisk vård (hälso-relaterade)¹⁰¹ <table><tr><td></td><td>2012</td><td>2013</td></tr><tr><td>DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet</td><td>46</td><td>27</td></tr><tr><td>DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet</td><td>29</td><td>32</td></tr><tr><td>DV200 Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR)</td><td>168</td><td>812</td></tr></table>		2008	2009	2010	2011	2012	2013	HLM	3024	4520	5610	12075	–	26	Rehab	637	472	1273	1878	191	1172	Psykiatri	80	138	(138)	53	1749-sep	812	Akut-sjukhus				650	402	466	Totalt	3741	5130	7021	14656	734	2298		2012	2013	HLM antal patienter där otillräcklig fysisk aktivitet identifierats	44078	12773	HLM antal patienter där identifierad otillräcklig fysisk aktivitet lett till att patienten erbjudits åtgärd enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	28310	20454 (DV132)		2012	2013	DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	46	27	DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	29	32	DV200 Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR)	168	812
	2008	2009	2010	2011	2012	2013																																																														
HLM	3024	4520	5610	12075	–	26																																																														
Rehab	637	472	1273	1878	191	1172																																																														
Psykiatri	80	138	(138)	53	1749-sep	812																																																														
Akut-sjukhus				650	402	466																																																														
Totalt	3741	5130	7021	14656	734	2298																																																														
	2012	2013																																																																		
HLM antal patienter där otillräcklig fysisk aktivitet identifierats	44078	12773																																																																		
HLM antal patienter där identifierad otillräcklig fysisk aktivitet lett till att patienten erbjudits åtgärd enligt Socialstyrelsens riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	28310	20454 (DV132)																																																																		
	2012	2013																																																																		
DV132 Rådgivande samtal om fysisk aktivitet	46	27																																																																		
DV133 Kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet	29	32																																																																		
DV200 Utfärdande av recept på fysisk aktivitet (FaR)	168	812																																																																		
Ungdomsmottagningar ska förskriva FaR	95 % av ungdomsmottagningar ska förskriva FaR år 2012 Antalet förskrivna FaR ska successivt öka på ungdomsmottagningar	WIM till UM WIM till UM	Ärligen från 2011 Ärligen från 2011	HSF HSF	Andelen UM som förskriver FaR¹⁰² 2011 6% (2 av 33 ungdomsmottagningar har förskrivit FaR) 2012 18 % (6 av 32) 2013 data saknas, ingen WIM 2013 Ej registrerat Ungdomsmottagningarna har endast ställt frågan " Har mottagningen under året förskrivit fysiskt aktivitet på recept?". Det finns alltså inte siffror för hur många. Primärvårdsrehab har inte skickat ut någon WIM avseende 2012¹⁰³																																																															

⁹⁸ Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

⁹⁹ Uppgift: Sigrun Garay Sevelin, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för Närsjukvård, 2014

¹⁰⁰ Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

¹⁰¹ Uppgift: Sigrun Garay Sevelin, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för Närsjukvård, 2014

¹⁰² Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

¹⁰³ Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

Mödravårdscentraler ska förskriva FaR	95 % av mödravårdscentraler ska förskriva FaR år 2012	WIM till MVC	Ärligen från 2011	HSF	Ej registrerat 2011, 2012, 2013 ¹⁰⁴
	Antalet förskrivna FaR ska successivt öka på mödravårdscentraler	WIM till MVC	Ärligen från 2011	HSF	Ej registrerat 2011,2012, 2013

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

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT																				
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	HSF	*Går ej att mäta. Mäter i stället Antal med diagnos fetma/år på HLM¹⁰⁵ <table><tr><td>2009</td><td>2010</td><td>2011</td><td>2012</td><td>2013</td></tr><tr><td>15 349</td><td>13 189</td><td>10 970</td><td>11 090</td><td>uppgift saknas</td></tr><tr><td>Kvinnor 9961</td><td>Kvinnor 8399</td><td>Kvinnor 6750</td><td>Kvinnor 6882</td><td></td></tr><tr><td>Män 5388</td><td>Män 4790</td><td>Män 4220</td><td>Män 4208</td><td></td></tr></table>	2009	2010	2011	2012	2013	15 349	13 189	10 970	11 090	uppgift saknas	Kvinnor 9961	Kvinnor 8399	Kvinnor 6750	Kvinnor 6882		Män 5388	Män 4790	Män 4220	Män 4208	
2009	2010	2011	2012	2013																					
15 349	13 189	10 970	11 090	uppgift saknas																					
Kvinnor 9961	Kvinnor 8399	Kvinnor 6750	Kvinnor 6882																						
Män 5388	Män 4790	Män 4220	Män 4208																						
					Mättningsgrad BMI patienter inom diagnosgruppen F20 (Vuxenpsykiatri)¹⁰⁶ 2012 <table><tr><td>Antal patienter målgrupp</td><td>Antal patienter där BMI-mätning gjorts</td><td>Rapporteringsgrad</td></tr><tr><td>319</td><td>63</td><td>20 %</td></tr></table> 2013 <table><tr><td>iu</td><td>12289 (KVÅ AV112,viktmätning)</td></tr></table>	Antal patienter målgrupp	Antal patienter där BMI-mätning gjorts	Rapporteringsgrad	319	63	20 %	iu	12289 (KVÅ AV112,viktmätning)												
Antal patienter målgrupp	Antal patienter där BMI-mätning gjorts	Rapporteringsgrad																							
319	63	20 %																							
iu	12289 (KVÅ AV112,viktmätning)																								

¹⁰⁴ Uppgift: Anne-Maj Berggren, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

¹⁰⁵ Uppgift: Göran Lord, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

¹⁰⁶ Uppgift: Sigrun Garay Sevelin, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för Närsjukvård, 2014

Registreringen i BarnObesitasRegistret i Sverige (BORIS) ska öka	95 % av barn med fetma ska registreras i BORIS år 2013**	BORIS	Årligen från 2009	HSF BUMM	** Går ej att mäta. Mäter istället Antal barn registrerade i BORIS <table><tr><td>2009 1159 Flickor 543 Pojkar 616</td><td>2010 1572 Flickor 763 Pojkar 808</td><td>2011 1828 Flickor 912 Pojkar 916</td><td>2012 uppgift saknas</td><td>2013 uppgift saknas</td></tr></table>	2009 1159 Flickor 543 Pojkar 616	2010 1572 Flickor 763 Pojkar 808	2011 1828 Flickor 912 Pojkar 916	2012 uppgift saknas	2013 uppgift saknas
2009 1159 Flickor 543 Pojkar 616	2010 1572 Flickor 763 Pojkar 808	2011 1828 Flickor 912 Pojkar 916	2012 uppgift saknas	2013 uppgift saknas						
Behandling ska erbjudas enligt vårdprogram	Alla barn med fetma ska erbjudas behandling enligt vårdprogrammet från och med 2010	BORIS	Årligen från 2010	HSF	Går ej att mäta idag					
<i>Alla vuxna med fetma ska erbjudas behandling från och med 2011</i>	Andelen vuxna med fetma som erbjudits behandling skall öka	WIM	Årligen från 2012	HSF	Går ej att mäta idag. Utvecklas					
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	HSF	Går ej att mäta idag. Utvecklas ¹⁰⁷					

Prioriterat område 4: Förebyggande insatser i form av kunskapsförmedling riktade mot vuxna med övervikt

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT
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	HSF CES/KFA	Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014. 2010 ändrades frågorna. Andelen 18-64 år som motionerar 1-2 ggr/vecka 2010 36 % (kvinnor 34 %, män 38 % och 20% motionerar aldrig)
	Andelen vuxna med övervikt som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSF CES/KFA	Andelen vuxna med övervikt som äter grönsaker minst 1gång/ dag 2010 61,5 % (kvinnor 67 %, män 51 %)

¹⁰⁷ Uppgift: Göran Lord, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

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	Ärligen	HSF	Livsstilsfrågor i samband med besök i vården 2008 30 % 2009 31 % 2010 frågan har utgått Ny fråga 2012: Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig, t ex kost, motion tobak och alkohol ¹⁰⁸ Svar "Instämmer helt/instämmer delvis" 2012 81 % 2013 81 % Anser att råden bidragit till förändrad livsstil 2009 37 % 2010 frågan har utgått
	Andelen personer som fått livsstilsråd och som anser att råden bidragit till att de förändrat sin livsstil ska öka med 5 % varje år	Vårdbarometern	Ärligen	HSF	
Förskrivning av fysisk aktivitet på recept, FaR® (FaR) ska öka	Antalet förskrivna recept på fysisk aktivitet (FaR®) ska öka successivt på husläkarmottagningarna, rehabmottagningarna, inom psykiatri samt på ungdomsmottagningar och mödravårdscentraler	WIM till HLM, rehab och psykiatri samt ungdomsmottagningar och mödravårdscentraler	Ärligen	HSF	<i>Se redovisning under Prioriterat område 2: Uppföljning av behandlande insatser riktade mot överviktiga och feta barn och vuxna med komplicerande sjukdomar</i>
	Från år 2011 ska ungdomsmottagningarna registrera FaR®	WIM till UM	Ärligen från 2011	HSF	
	Från år 2011 ska mödravårdscentralerna registrera FaR®	WIM till MVC	Ärligen från 2011	HSF	

¹⁰⁸ Uppgift: Cecilia Lindvall, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Utvecklingsavdelningen, 2014

Prioriterat område 5: Förebyggande insatser till normalviktiga vuxna

INRIKTNINGSMÅL	EFFEKTMÅL	UPPFÖLJNING HUR	UPPFÖLJNING ÅR	ANSVAR	RESULTAT
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/år	Antal besök på hemsidan Vårdguiden sammanställer svaren	Årligen från 2011	HSF Vårdguiden	Tema Hälsa med artiklar om övervikt och fysisk aktivitet som uppdateras kontinuerligt. Vårdguiden har 2013 blivit nationell 1177Vårdguiden Antal besökare på Vårdguidens ¹⁰⁹ Tema Hälsa? Artikel om övervikt 2011 345 455 15 287 2012 517 689 17 676 2013 589 725 16 882 (Vårdguiden släcktes i november 2013)
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som motionerar regelbundet minst 1–2 ggr/vecka ska öka med 10 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSF CES/KFA	Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014. 2010 ändrades frågorna. Andelen 18-64 år som motionerar 1-2 ggr/vecka 2010 36 % (kvinnor 34 %, män 38 % och 20% motionerar aldrig)
	Andelen normalviktiga vuxna i befolkningen som äter grönsaker minst en gång per dag ska öka med 5 % per fyraårsperiod	Folkhälsoenkät	2010, 2014, 2018	HSF CES/KFA	Ny data kommer med Folkhälsoenkät 2014 2010 61,5 % (kvinnor 67 %, män 51 %)
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 och fetma är en stående punkt vid politikernas samverkansmöten	Sammanställning årligen med start 2010	HSF	Har informerats om Handlingsprogram i några samverkansmöten mellan sjukvårdsstyrelse och kommunpolitiker ¹¹⁰ Går ej att mäta. Effektmålet är inte en stående punkt. Däremot lyfts frågan om barns övervikt i kommunen i Barnhälsorapporten som en stående punkt ¹¹¹

¹⁰⁹ Uppgift: malin Erlingsson, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/eHälsa och strategisk IT, 20014

¹¹⁰ Uppgift: Lena Svantesson, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, 2012

¹¹¹ Uppgift: Marie-Louise Kain, SLL Hälso- och sjukvårdsförvaltningen/Avdelningen för närsjukvård, 2014

