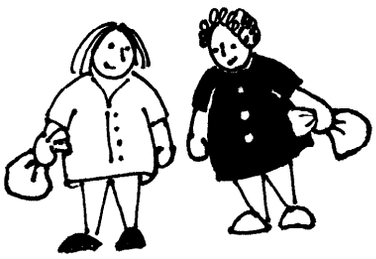
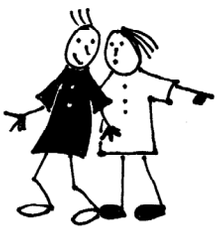
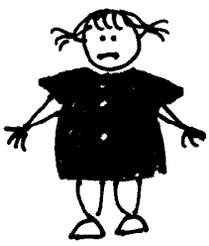
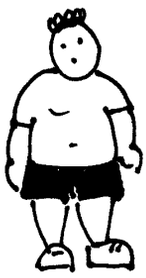


De 1042 svaren

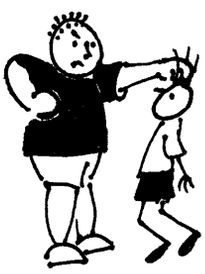
Uppföljning under 2009-2010 av kartläggningen från 2005 av insatser avseende övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västra Götaland







VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN



OKTOBER 2010

Handläggare
Katarina Englund, utredare, Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkansliet

Styrgrupp
Annika Nilsson-Green, utvecklingsledare, Folkhälsokommitténs kansli, Regionkansliet
Staffan Mårild, överläkare, Obesitascentrum för barn och ungdomar, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

Sammanfattning

Bakgrund

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt alltsedan 1980-talet. År 1984 var prevalensen av övervikt och fetma sju procent bland tioåriga barn i Västra Götaland. En halv procent av dessa barn hade fetma. År 2008 hade 17 procent av lågstadiebarnen i Västra Götaland övervikt och fetma. Av dessa hade tre procent fetma.

En arbetsgrupp med deltagare från olika verksamheter inom Västra Götalandsregionen inledde år 2004 arbetet med att försöka komma tillrätta med den höga förekomsten av övervikt och fetma i befolkningen. Ett första steg i arbetet var att göra en kartläggning av de hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatserna som görs för barn och ungdomar på regional och kommunal nivå. Resultaten från studien presenterades i rapporten ”De 1111 svaren”.

Slutsatserna i ”De 1111 svaren” låg till grund för ”Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland”. Västra Götalandsregionen har även tagit fram ett handlingsprogram som gäller både barn och vuxna. Avsikten med handlingsprogrammet är att alla berörda skall ha tillgång till samma kunskap, ha gemensamma mål och arbeta utifrån en gemensam handlingsplan. Råden och rekommendationerna återfinns även på regionens webbplats i form av ett beslutstöd för berörda verksamheter (www.vgregion.se/beslutstodfetma). I 2011 års version av Krav- och kvalitetsboken uppmanas primärvårdens vårdgivare att följa råden i handlingsprogrammet och beslutstödet.

Uppdrag

Uppdraget var att kartlägga vilka hälsofrämjande och förebyggande insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar som gjordes under 2009-2010 inom olika typer av regionala och kommunala verksamheter i Västra Götaland. Kartläggningen är en uppföljning av undersökningen som gjordes 2005.

Metod

Studiens urval baserades på urvalet från 2005. Folkhälsoplanerare, kostchefer, förskolelärare, skolledare, skolsköterskor, tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna, personal inom mödrahälsovård och barnhälsovård, personal på ungdomsmottagningar samt klinikchefer inom Folktandvården tillfrågades att delta. Primärvårdområdeschefer samt personal på vårdcentraler och barn- och ungdomsmottagningar valdes bort på grund av införandet av VG Primärvård.

Till grund för denna undersökning låg de enkäter som användes 2005. Dessa kompletterades med ett fåtal nya frågor avseende nytillkomna företeelser. Sammantaget ingick 1042 enkätsvar i studien. Högst andel svar inkom från hälso- och sjukvårdskanslierna, folkhälsoplanerarna och kostcheferna. Svarsfrekvenserna var för övrigt låga, detta påverkade tyvärr tillförlitligheten negativt.

Slutsatser

Det har överlag skett en förbättring alltsedan 2005, det förebyggande arbetet har ökat i majoriteten av verksamheterna. Skillnaderna är dock stora mellan olika organisationer, verksamheter och geografiska områden.

Det vore värdefullt om alla verksamheter skulle följa de nationella och regionala riktlinjer som finns. I handlingsprogrammet uppmanas regionala och kommunala verksamheter att skapa egna styrdokument. Denna studie visar att få enheter hade handlingsplaner för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet under 2010. Framtida insatser kan behöva fokusera mer på betydelsen av övergripande styrdokument.

Samverkan är en förutsättning i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Denna studie visar att fler borde samverka med andra utanför den egna förvaltningen. Det krävs dock även samordning.

Det hälsofrämjande programmet IDEFICS skulle kunna användas i fler kommuner och stadsdelar. Det vore önskvärt att regionen möjliggjorde att IDEFICS implementeras i socioekonomiskt utsatta områden.

Regionens mål om att återföra prevalensen av fetma bland tioåriga barn till 1980-talets nivå går i nuläget inte att mäta. Uppgifterna finns dock inom räckhåll. Det största arbetet, att mäta och väga barnen, är redan gjort. Det som återstår är att sammanställa de insamlade uppgifterna. Detta förutsätter emellertid att en rad tekniska och juridiska hinder övervinns.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund 1
1.1 Förekomsten av övervikt och fetma är fortfarande alltför hög 1
1.2 Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i Västra Götaland 1
2. Uppdrag 2
3. Metod 3
3.1 Urval 3
3.2 Genomförande 3
3.3 Bearbetning och analys 5
4. Resultat 6
4.1 Folkhälsoplanerare 6
4.2 Kostchefer 7
4.3 Förskolepersonal 8
4.4 Skolledare 10
4.5 Sjuksköterskor inom skolhälsovården 15
4.6 Tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna 19
4.7 Personal på MVC 20
4.8 Sjuksköterskor på BVC 23
4.9 Personal på ungdomsmottagningar 27
4.10 Klinikchefer inom Folktandvården 29
4.11 Skillnader mellan olika verksamheter 31
4.12 Geografiska skillnader 33
5. Diskussion 36
5.1 Metoddiskussion 36
5.2 Resultatdiskussion 36
6. Slutsatser 41
7. Litteraturförteckning 42

1. Bakgrund

1.1 Förekomsten av övervikt och fetma är fortfarande alltför hög

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt alltsedan 1980-talet. År 1984 var prevalensen av övervikt och fetma sju procent bland tioåriga barn i Västra Götaland. En halv procent av dessa barn hade fetma (Mårild et al. 2004).

År 2008 hade 17 procent av lågstadiebarnen i Västra Götaland övervikt och fetma. Av dessa hade tre procent fetma (Englund & Sjöberg 2010). Prevalensen av övervikt och fetma bland lågstadiebarn i hela Sverige var under samma tidsperiod exakt lika stor (Sjöberg et al. 2009).

Barn och ungdomar lever idag i en ”obesogen miljö” som på flera olika sätt påverkar vikten negativt (Moodie et al. 2006). Energität mat marknadsförs dagligen i TV och tidningar och finns lätt tillgänglig i snabbmatsrestauranger, kiosker och läskautomater. En stor del av fritiden ägnas åt stillasittande aktiviteter som att titta på TV och spela dataspel. Långa avstånd och tät trafik gör att många barn åker bil till skola och fritidsaktiviteter istället för att gå eller cykla.

Övervikt och fetma i barndomen består ofta in i tonåren och in i vuxenlivet (Ekblom, Ekblom Bak & Ekblom 2009, Guo et al. 2002, Whitaker et al. 1997). De barn som behåller sin övervikt som vuxna riskerar att på sikt drabbas av ohälsa i form av högt blodtryck, typ 2-diabetes, hjärtkärlsjukdom och cancer (Must & Strauss 1999, Visscher & Seidell 2001).

1.2 Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i Västra Götaland

En arbetsgrupp med deltagare från olika verksamheter inom Västra Götalandsregionen inledde år 2004 arbetet med att försöka komma tillrätta med den höga förekomsten av övervikt och fetma i befolkningen. Avsikten var att under det kommande decenniet återföra prevalensen av fetma till 1980-talets nivå, det vill säga under en procent bland tioåriga barn och under tio procent bland vuxna (Västra Götalandsregionen 2008). Regionens mål är att ha lägst andel barn med övervikt och fetma i Sverige (Västra Götalandsregionen 2009).

Folkhälsokommitténs kansli och Hälso- och sjukvårdsavdelningen fick i uppdrag att driva utvecklingsarbetet i regionen. Ett första steg i arbetet var att göra en kartläggning av de hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatserna som görs för barn och ungdomar på regional och kommunal nivå. Resultaten från studien presenterades i rapporten ”De 1111 svaren” (Västra Götalandsregionen 2006).

Kartläggningen visade att det inte fanns någon enhetlig struktur för arbetet i Västra Götaland. Riktlinjer, vårdprogram och policydokument saknades i allmänhet. Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser genomfördes ofta i projektform. Insatser gjordes även som en del av befintliga rutiner och basprogram, dessa var dock sällan anpassade för arbetet med övervikt och fetma.

Studien visade även att det saknades en gemensam insamling av statistik och att befintliga insatser inte följdes upp och utvärderades systematiskt. Samverkan mellan verksamheter och förvaltningar bedrevs i liten omfattning och det förekom brister i ledning och organisation av arbetet. Det saknades i allmänhet kunskap i de olika verksamheterna för att kunna bedriva ett mer medvetet och målinriktat arbete.

Slutsatserna i ”De 1111 svaren” låg till grund för ”Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland” (Västra Götalandsregionen 2007). Det arbetades även fram ett handlingsprogram för insatser mot övervikt och fetma i hela befolkningen (Västra Götalandsregionen 2008). Hälso- och sjukvårdsnämnd ett, två och tre arbetade under 2009 fram lokalt anpassade handlingsplaner utifrån det regiongemensamma handlingsprogrammet (www.vgregion.se/beslutstodfetma - Lokala tillämpningar av handlingsprogrammet).

Avsikten med det regionala handlingsprogrammet är att alla berörda skall ha tillgång till samma kunskap, ha gemensamma mål och arbeta utifrån en gemensam handlingsplan. Programmet vänder sig främst till beställare och vårdgivare i regionen, regionala och kommunala politiker och tjänstemän samt den kommunala skolhälsovården. Råden och rekommendationerna återfinns även på regionens hemsida i form av ett användarvänligt beslutstöd (www.vgregion.se/beslutstodfetma). I 2011 års version av Krav- och kvalitetsboken uppmanas primärvårdens vårdgivare att följa råden i handlingsprogrammet och beslutstödet (Västra Götalandsregionen 2010).

2. Uppdrag

Uppdraget var att kartlägga vilka hälsofrämjande och förebyggande insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar som gjordes under 2009-2010 inom olika typer av regionala och kommunala verksamheter i Västra Götaland. Kartläggningen är en uppföljning av undersökningen som gjordes 2005: ”De 1111 svaren” (Västra Götalandsregionen 2006).

Studien avsåg att besvara följande frågeställningar:

- På vilket sätt och i vilken omfattning arbetar verksamheterna hälsofrämjande och förebyggande?
- I vilken omfattning bedrivs denna verksamhet utifrån olika typer av styrdokument?
- På vilket sätt bedömer personal inom hälsovården patienternas viktstatus och viktutveckling?
- Vilka insatser erbjuds barn och ungdomar som har övervikt och fetma?
- Samverkar verksamheterna med andra utanför den egna förvaltningen?
- Känner personal i regional och kommunal verksamhet till det webbaserade beslutstödet?
- Finns det geografiska skillnader?
- Vilka förändringar har skett alltsedan 2005?

3. Metod

3.1 Urval

Avsikten var att studera regionala och kommunala verksamheter i Västra Götaland som kan förväntas arbeta hälsofrämjande och förebyggande avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Studiens urval baserades på urvalet från 2005, se tabell 1.

Tabell 1: Urval 2005 och 2009-2010. Kryssen betyder genomförd undersökning.

	2005	2009-2010
Folkhälsoplanerare	X	X
Kostchefer	X	X
Förskolepersonal	X	X
Skolledare	X	X
Sjuksköterskor inom skolhälsovården	X	X
Tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna	X	X
Primärvårdområdeschefer	X	
Personal på vårdcentraler	X	
Personal på MVC	X	X
Sjuksköterskor på BVC	X	X
Personal på barn- och ungdomsmottagningar	X	
Personal på ungdomsmottagningar	X	X
Klinikchefer inom Folktandvården	X	X

Med anledning av att VG Primärvård infördes under arbetets gång uteslöts primärvårdområdeschefer samt personal på vårdcentraler och barn- och ungdomsmottagningar.

3.2 Genomförande

Samma enkäter som användes 2005 låg till grund även för denna kartläggning, se bilagorna B-K. Frågorna arbetades fram och testades av arbetsgruppen inför den första mätningen.

Samtliga enkäter, förutom den till hälso- och sjukvårdskanslierna, kompletterades med två frågor för att ta reda på i vilken omfattning respondenterna känner till rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet. Enkäten till hälso- och sjukvårdskanslierna kompletterades med en fråga om hur det hälsofrämjande arbetet kommer förändras i och med införandet av VG Primärvård.

Några av frågorna med fasta svarsalternativ följdes av öppna uppföljningsfrågor. Majoriteten av dessa uppföljningsfrågor togs bort inför den andra mätningen.

Enkäterna skickades ut ihop med ett informationsbrev. Detta formulerades utifrån vilken verksamhet enkäten avsåg, se exempel i bilaga A. Kostchefer, förskolepersonal och skolledare fick enkäten per post, övriga fick den via e-post.

Informationsinsamlingen genomfördes mellan november 2009 och maj 2010, se tabell 2.

Enkäten till folkhälsoplanerarna skickades ut i ett exemplar per kommun. Den skickades även ut till samtliga stadsdelar i Göteborg. Enkäten till kostcheferna skickades också ut i ett exemplar per kommun. Inom Göteborgs Stad distribuerades den dock vidare internt.

Skolledare på samtliga grundskolor och gymnasieskolor i regionen fick varsitt frågeformulär. Grundskolornas rektorer fick även ta emot enkäten till förskolorna och distribuera den vidare. Skolsköterskorna fick sin via skolhälsovårdens centrala samordnare. En påminnelse skickades ut med anledning av att alltför få skolsköterskor besvarade enkäten hösten 2009.

Enkäten som avser de tolv hälso- och sjukvårdsnämndernas arbete besvarades av tjänstemän på de fyra hälso- och sjukvårdskanslierna. Även om det endast var fyra enkäter som skickades ut så avsåg svaren regionens samtliga tolv nämndområden.

Enkäten till mödrahälsovården distribuerades via centrala samordnare till samtliga områden förutom Skaraborg. Även enkäten till barnhälsovården skickades ut via centrala samordnare. Det var endast samordnarna i Göteborg, FyrBoDal, Sjuhärad och Mittenälvsborg som distribuerade enkäten vidare internt, samordnarna i Södra Bohuslän och Skaraborg avstod.

Samtliga ungdomsmottagningar och tandvårdskliniker fick enkät och informationsbrev via centrala samordnare.

Tabell 2: Tidpunkt, antal skickade enkäter, antal inkomna svar samt svarsfrekvens i procent.

	Tidpunkt	Antal utskick	Antal svar	Svarsfrekvens (%)
Folkhälsoplanerare	2009-11	69	56	81 %
Kostchefer	2009-11	72	53	74 %
Förskolepersonal	2010-01	758	188	25 %
Skolledare	2010-01	886	447	50 %
Sjuksköterskor inom skolhälsovården	2009-11 2010-04	Ca 500	130	26 %
Tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna	2009-11	4	4	100 %
Personal på MVC	2010-05	55	32	58 %
Sjuksköterskor på BVC	2010-04	285	46	16 %
Personal på ungdomsmottagningar	2010-02	49	28	57 %
Klinikchefer inom Folktandvården	2010-04	Ca 110	58	53 %

Sammantaget inkom 1042 enkätsvar. Antalet inkomna svar per verksamhet skiftade kraftigt. Fler än 100 svar inkom från förskolor, skolor och skolhälsovård. Färre än 50

svar inkom från hälso- och sjukvårdskanslierna, mödrahälsovården, barnhälsovården och ungdomsmottagningarna. Detta berodde främst på att färre än 100 förfrågningar skickades ut. Det fanns helt enkelt inte fler tjänstemän eller mottagningar att skicka till.

Även svarsfrekvensen i procent skiftade påtagligt. Endast 16 procent av sjuksköterskorna inom barnhälsovården besvarade enkäten. Endast 26 procent av skolsköterskorna deltog i undersökningen. Andelen folkhälsoplanerare som besvarade enkäten var dock hög; 81 procent.

3.3 Bearbetning och analys

Samtliga enkätsvar överlämnades till en konsultfirma specialiserad på statistik. Svaren registrerades och bearbetades i statistikprogrammet SAS. Uppgifterna användes sedan för att göra en beskrivande analys. Förutsättningarna fanns inte för att räkna ut statistisk signifikans.

I nästa avsnitt redovisas resultaten från undersökningen på en övergripande nivå. I bilagorna L-U redovisas uppgifterna i tabellform, dels på övergripande nivå, dels fördelat per hälso- och sjukvårdsområde (HSN). I redovisningen ingår både resultaten från den första mätningen 2005 och resultaten från den andra mätningen 2009-2010. Med anledning av att uppgift om HSN saknas för ett flertal enkätsvar så överensstämmer inte summan med det sammanlagda antalet enkätsvar per HSN.

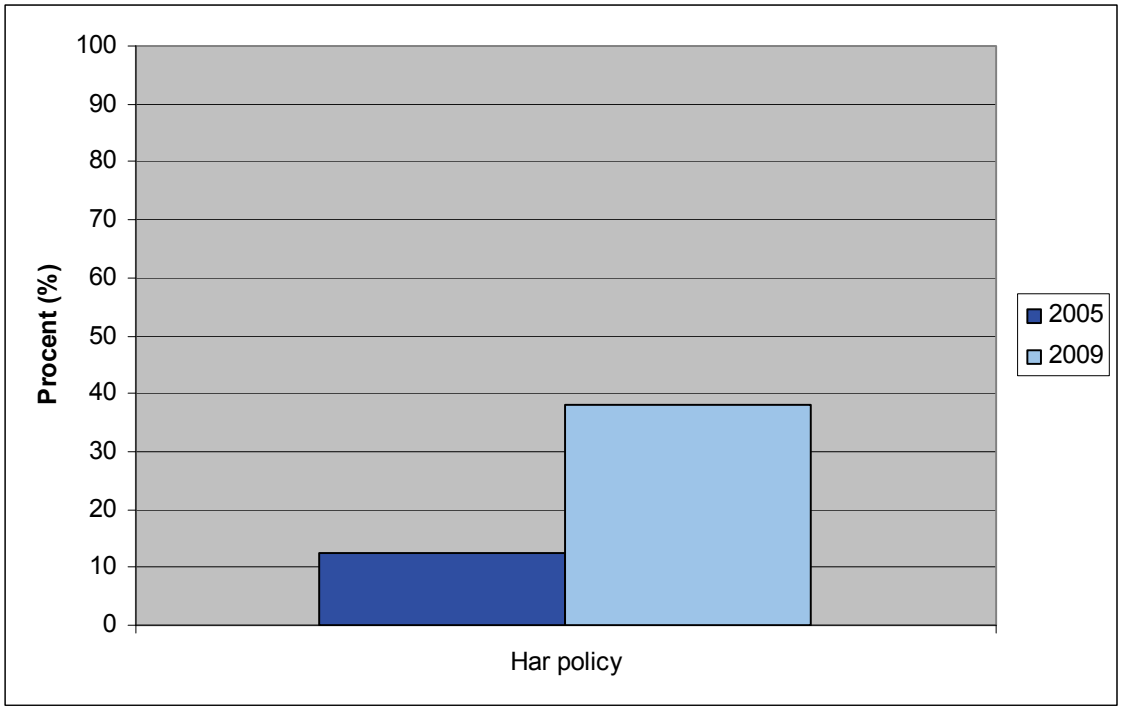
4. Resultat

4.1 Folkhälsoplanerare

Se tabell 3-10 i bilaga L.

En stor andel av folkhälsoplanerarna arbetade under 2009 med hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande insatser för att motverka den höga förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Andelen hade ökat påtagligt alltsedan 2005 *(2005: 64 procent, 2009: 80 procent).*

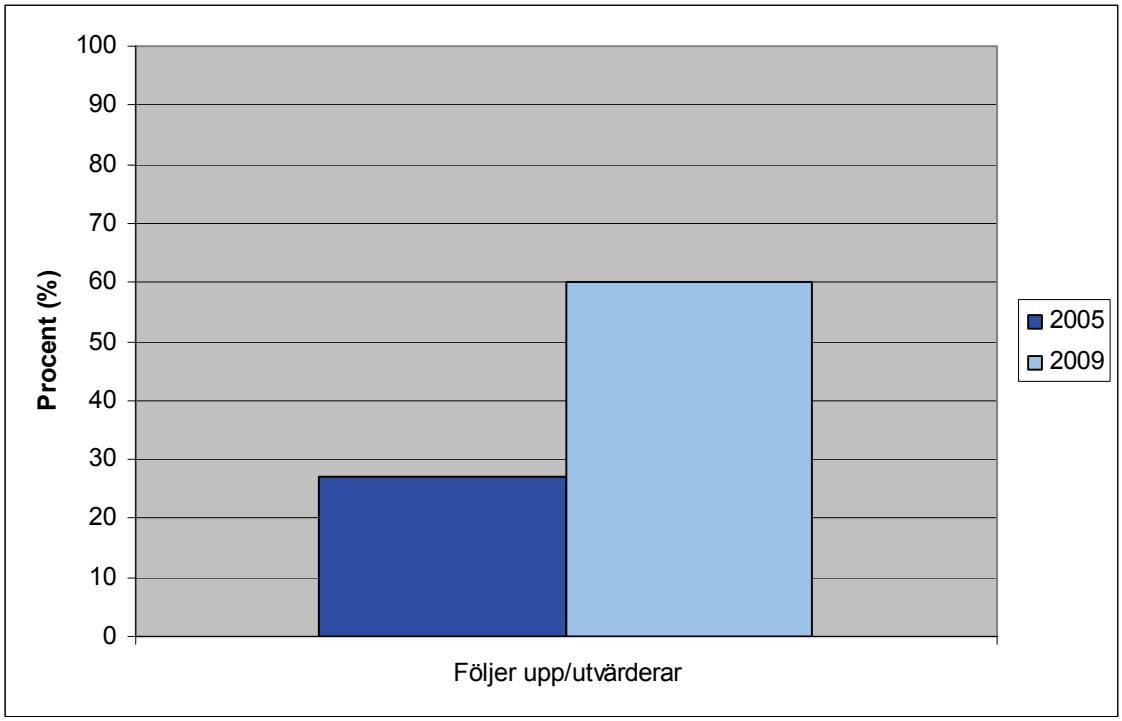
Mindre än hälften av folkhälsoplanerarna hade under 2009 en policy eller ett handlingsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar, se figur 1. Det var dock betydligt många fler än 2005 *(2005: 13 procent, 2009: 38 procent).* I flera av kommunerna pågick dessutom arbetet med att ta fram sådana styrdokument.



Figur 1: Andel av folkhälsoplanerarna (%) som under 2005 och 2009 hade en policy eller ett handlingsprogram för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

När den förra mätningen genomfördes var det hälften av folkhälsoplanerarna som hade tillgång till lokal statistik om förekomsten av övervikt och fetma bland barn. Andelen var något högre 2009 *(2005: 53 procent, 2009: 67 procent).*

Det var endast en fjärdedel av folkhälsoplanerarna som under 2005 följde upp eller utvärderade de hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatserna, se figur 2. Flera planerade dock att göra det i framtiden. Drygt hälften av folkhälsoplanerarna gjorde uppföljningar och utvärderingar 2009 *(2005: 27 procent, 2009: 60 procent).*



Figur 2: Andel av folkhälsoplanerarna (%) som under 2005 och 2009 följde upp eller utvärderade hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

Majoriteten av folkhälsoplanerarna samverkade under 2005 och 2009 med verksamheter utanför den egna förvaltningen i arbetet med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar *(2005: 78 procent, 2009: 86 procent).* De samverkade exempelvis med förskolor, skolor, vårdcentraler, Folktandvården, Svenska kyrkan, idrottsföreningar samt närliggande sjukhus. Kommuner samverkade dessutom med varandra, exempelvis inom nätverket Skolmatsakademin.

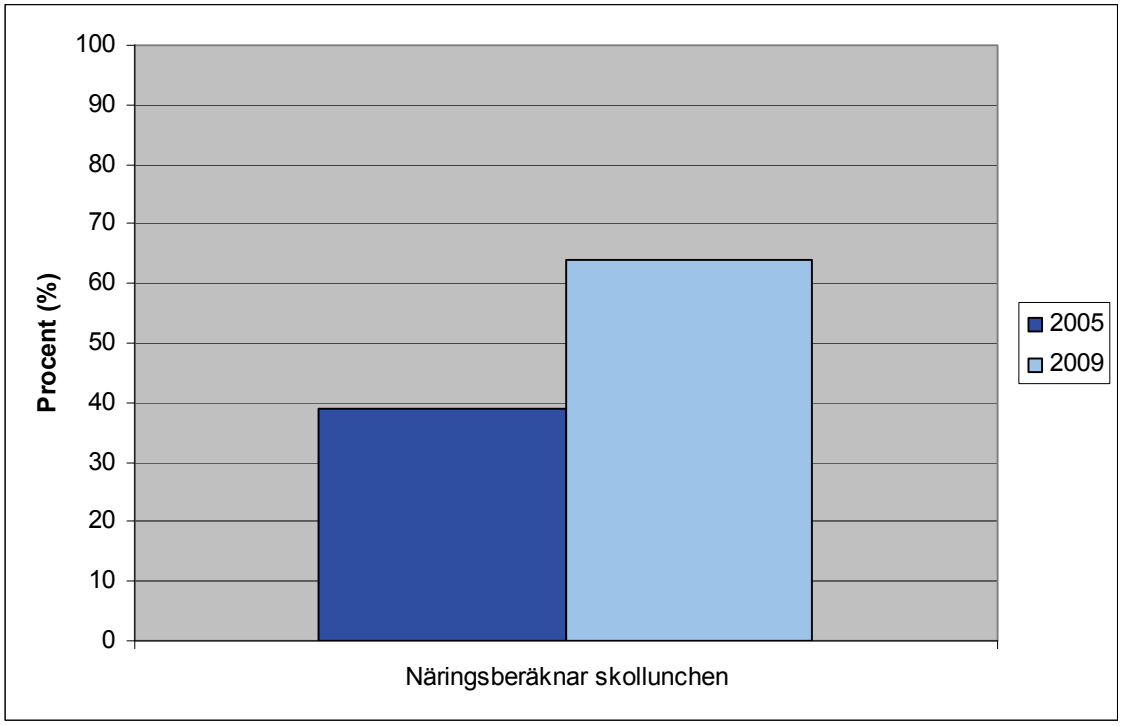
Huvuddelen av folkhälsoplanerarna kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar *(2009: 69 %).* De kände även till det webbaserade beslutstödet *(2009: 70 %).* Rekommendationerna och beslutstödet existerade inte när den förra undersökningen genomfördes.

4.2 Kostchefer

Se tabell 11-18 i bilaga M.

Drygt hälften av kommunernas kostchefer deltog under 2005 och 2009 i arbetet med att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar *(2005: 67 procent, 2009: 65 procent).* De flesta arbetade med att öka kunskapen och förståelsen hos skolmåltidspersonalen om kostens betydelse för elevernas hälsa *(2005: 85 procent, 2009: 96 procent).* Det var dock få som utgick från en kompetensutvecklingsplan *(2005: 12 procent, 2009: 28 procent).*

Nästan alla använde Livsmedelsverkets riktlinjer för mat i förskola och skola vid måltidsplaneringen *(2005: 98 procent, 2009: 98 procent).* Andelen som näringsberäknade skollunchen var betydligt lägre men ökade påtagligt mellan 2005 och 2009, se figur 3 *(2005: 39 procent, 2009: 64 procent).*



Figur 3: Andel av kostcheferna (%) som under 2005 och 2009 näringsberäknade skollunchen.

Drygt hälften av kostcheferna samverkade under 2009 med andra verksamheter utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Andelen hade ökat något alltsedan 2005 *(2005: 48 procent, 2009: 59 procent).*

Hälften av kostcheferna kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar *(2009: 50 procent).* Det var dock få som kände till det webbaserade beslutstödet *(2009: 17 procent).*

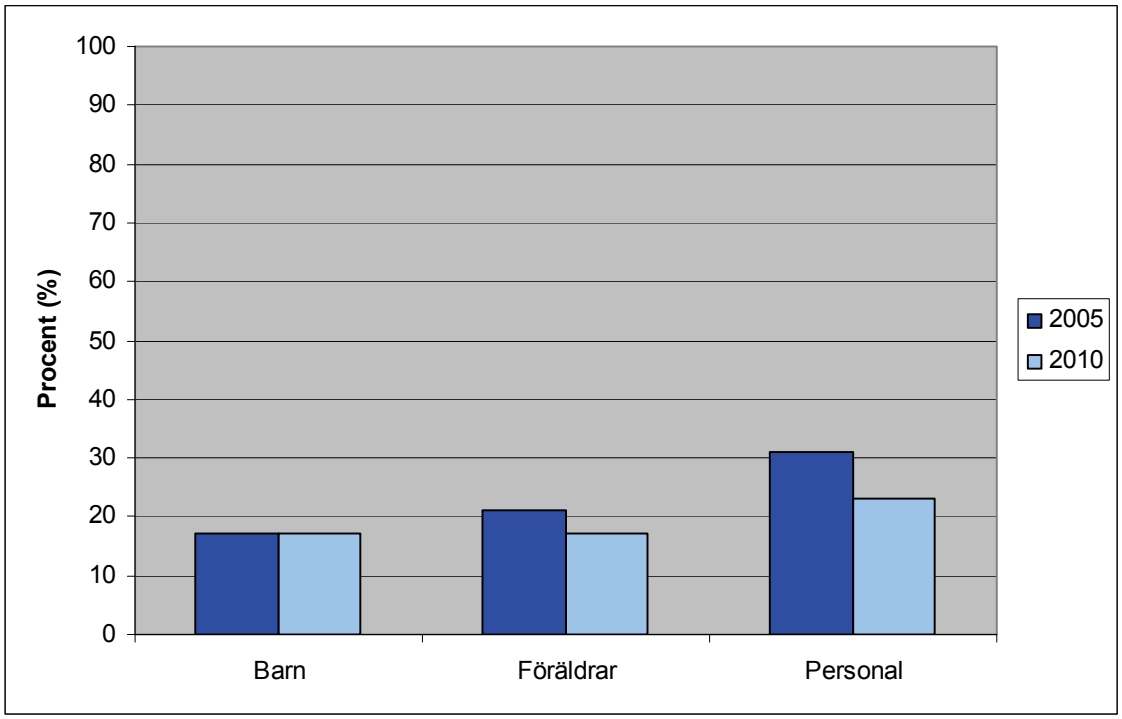
4.3 Förskolepersonal

Se tabell 19-27 i bilaga N.

Drygt hälften av förskolorna arbetade med att förebygga övervikt och fetma under 2010, denna andel hade dock minskat alltsedan 2005 *(2005: 76 procent, 2010: 66 procent).* Det var få förskolor som samverkade med andra verksamheter utanför den egna förvaltningen *(2005: 19 procent, 2010: 20 procent).*

Det var endast ett fåtal förskolor som under 2005 och 2010 hade en policy för hur man bemöter och informerar barn *(2005: 17 procent, 2010: 17 procent)* och föräldrar *(2005: 21 procent, 2010: 17 procent)* i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot

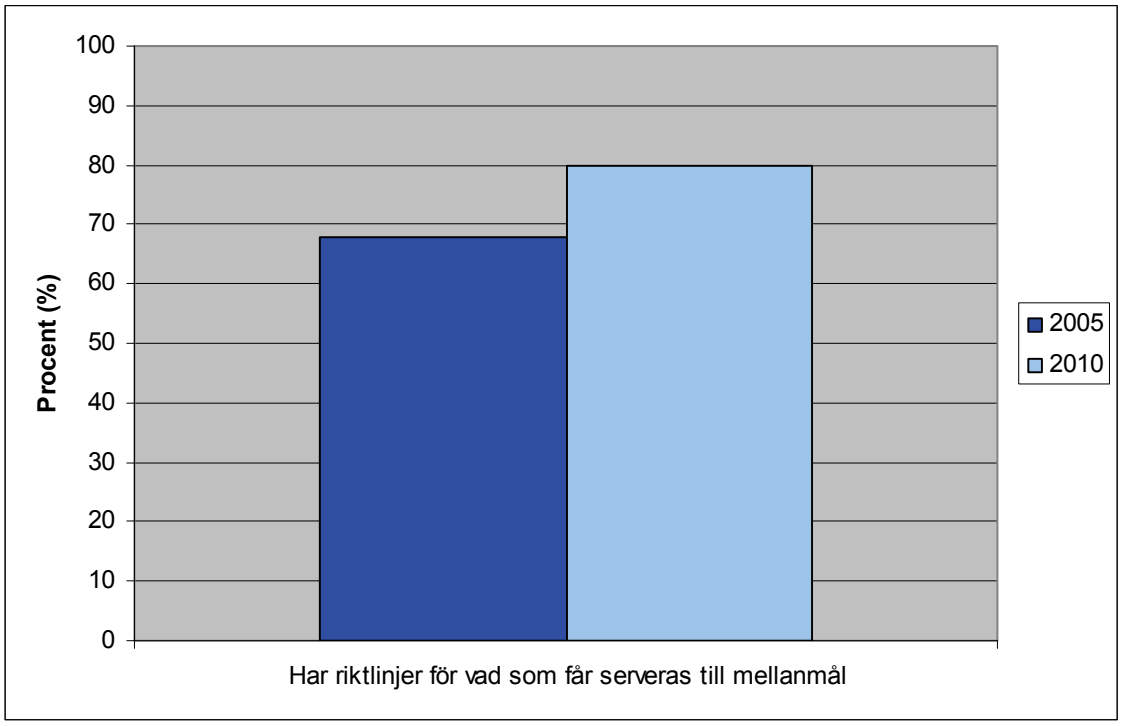
övervikt och fetma, se figur 4. Det var något fler förskolor som hade en policy för hur man informerar den egna personalen, andelen hade dock minskat något alltsedan 2005 *(2005: 31 procent, 2010: 23 procent).*



Figur 4: Andel av förskolorna (%) som under 2005 och 2010 hade en policy för hur man informerar barn, föräldrar och personal i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.

På de flesta förskolorna fick barnen under 2005 och 2010 minst en timmas fysisk aktivitet per dag *(2005: 88 procent, 2010: 85 procent).* En stor andel av förskolorna hade riktlinjer för vad som får serveras till mellanmål, se figur 5. Andelen hade ökat alltsedan 2005 *(2005: 68 procent, 2010: 80 procent).*

Förskolepersonalen på ett fåtal förskolor angav att de kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn *(2010: 18 procent)* samt det webbaserade beslutstödet *(2010: 7 procent).*



Figur 5: Andel av förskolorna (%) som under 2005 och 2010 hade riktlinjer för vad som får serveras till mellanmål.

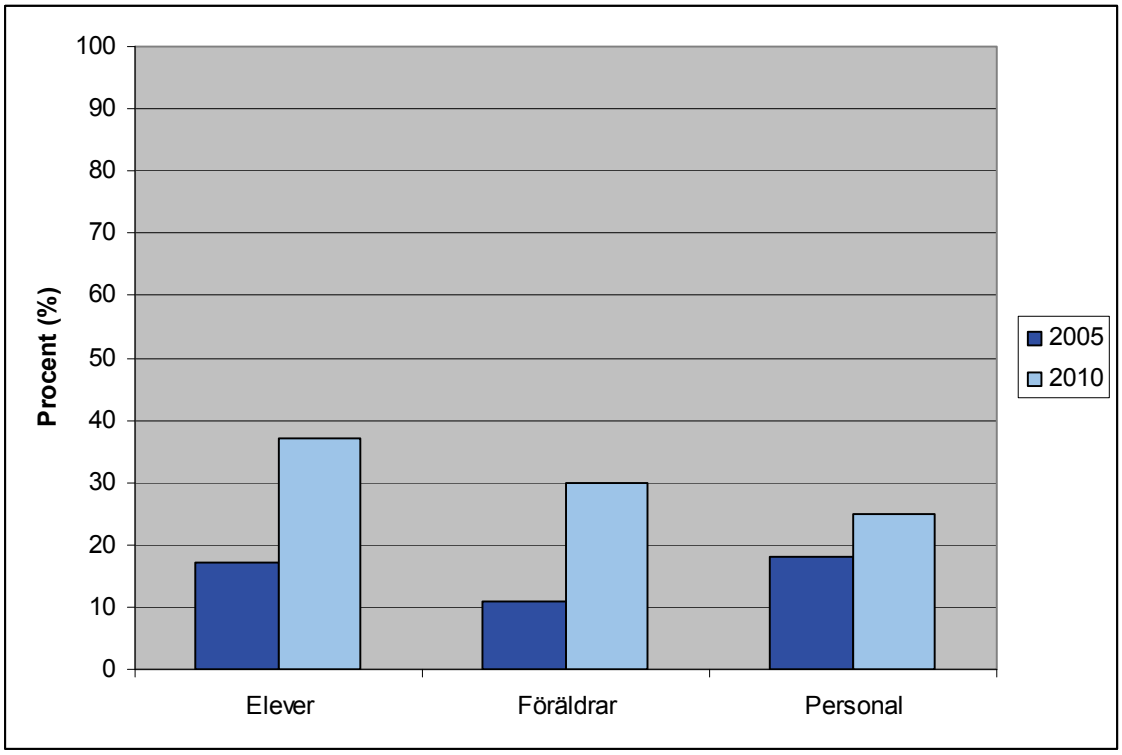
4.4 Skolledare

Se tabell 28-75 i bilaga O.

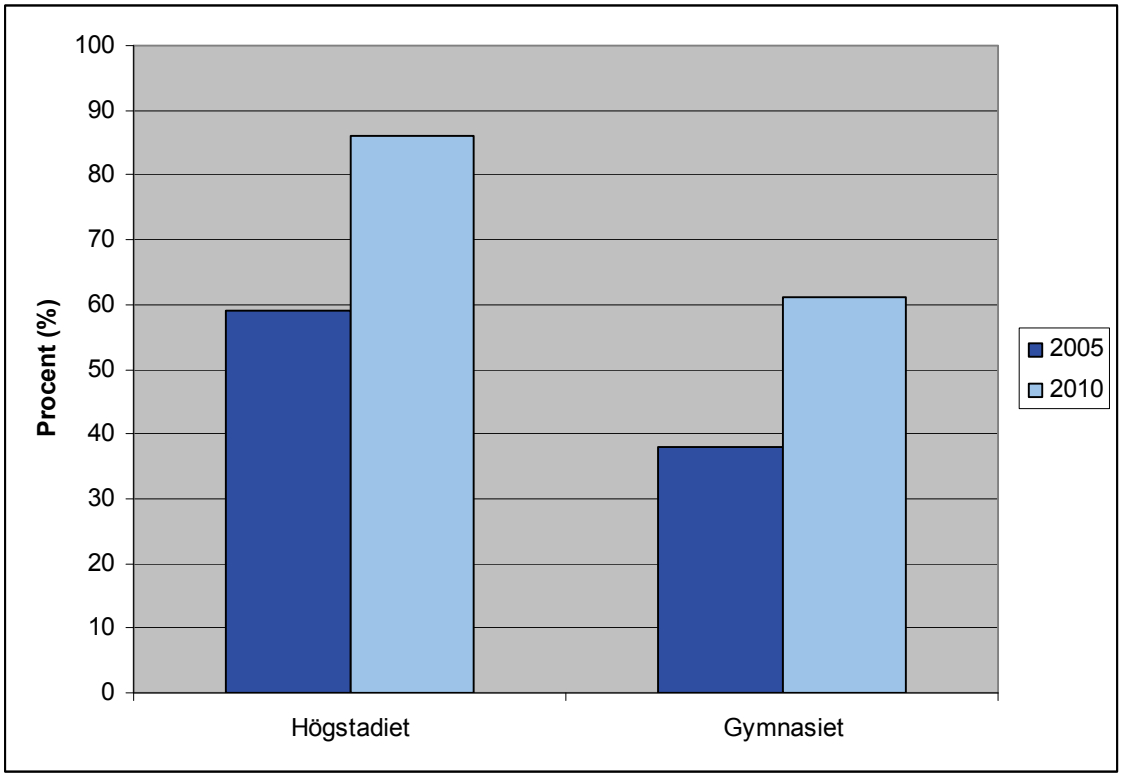
Drygt hälften av skolorna arbetade under 2005 och 2010 med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar *(2005: 54 procent, 2010: 56 procent).*

Skolorna arbetade främst med fysisk aktivitet under 2010 *(2010: 46 procent).* Andelen som arbetade med kost *(2010: 37 procent)* och beteendeförändrande metoder *(2010: 24 procent)* var något lägre. Då den första mätningen genomfördes 2005 kunde endast ett av de tre alternativen anges, därför kan inte resultaten från 2005 och 2010 jämföras med varandra. Det kan dock konstateras att fysisk aktivitet var vanligast som metod även i samband med den första mätningen.

Knappt hälften av skolorna hade under 2010 en policy för hur man informerar eleverna i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma, se figur 6 *(2005: 17 procent, 2010: 37 procent).* Andelen skolor som hade styrdokument för hur man informerar föräldrar *(2005: 11 procent, 2010: 30 procent)* och personal *(2005: 18 procent, 2010: 25 procent)* var något lägre. Det var överlag fler skolor 2010 än 2005 som hade policies för det förebyggande arbetet.



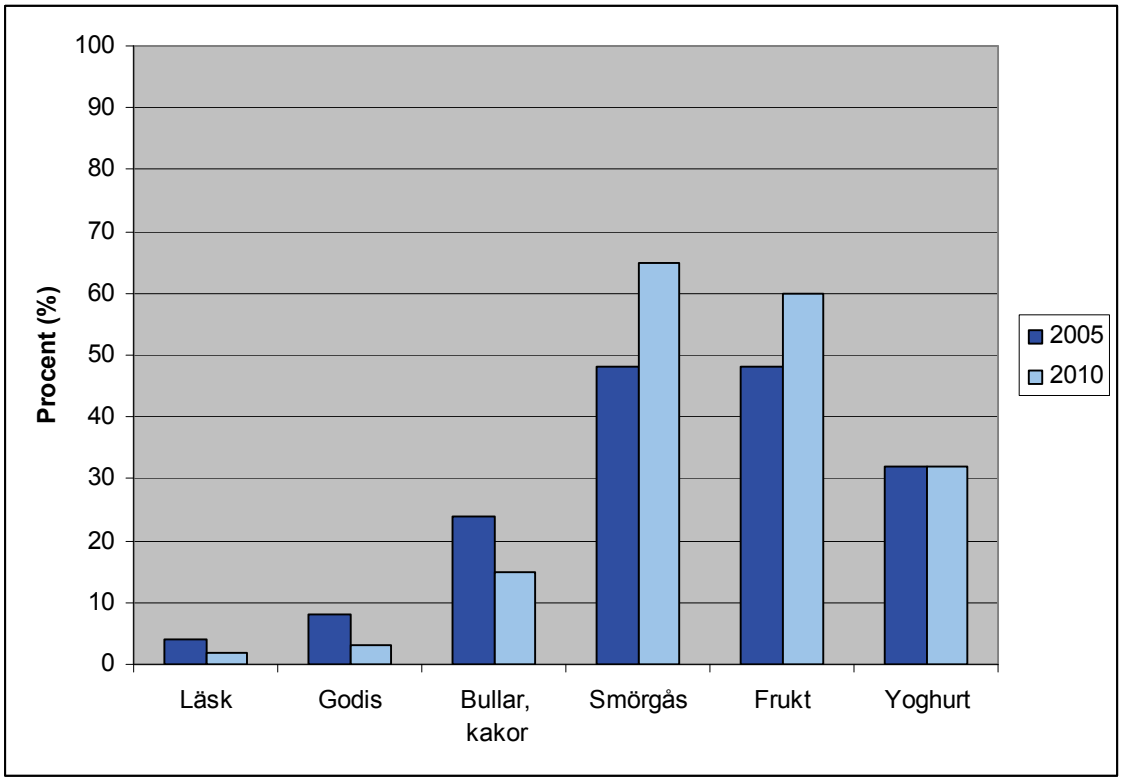
Figur 6: Andel av skolorna (%) som under 2005 och 2010 hade en policy för hur man informerar elever, föräldrar och personal i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.



Figur 7: Andel av högstadie- och gymnasieskolorna (%) som under 2005 och 2010 hade riktlinjer för vad som är lämpligt att ha till försäljning i skolcaféet.

Under 2010 fanns det skolcafé på två av tre *högstadieskolor.* Andelen med skolcafé hade ökat påtagligt alltsedan 2005 *(2005: 52 procent, 2010: 70 procent).* På de flesta skolorna fanns riktlinjer för vad som är lämpligt att ha till försäljning i caféet. Detta var inte lika vanligt förekommande när den första mätningen genomfördes, se figur 7 *(2005: 59 procent, 2010: 86 procent).*

Andelen onyttiga livsmedel i högstadieskolornas caféer minskade överlag mellan 2005 och 2010 och andelen nyttiga livsmedel ökade, se figur 8. Under 2010 sålde caféerna främst smörgåsar *(2005: 48 procent, 2010: 65 procent),* frukt *(2005: 48 procent, 2010: 60 procent)* och yoghurt *(2005: 32 procent, 2010: 32 procent).* Några caféer sålde bullar och kakor *(2005: 24 procent, 2010: 15 procent),* endast ett fåtal sålde läsk *(2005: 4 procent, 2010: 2 procent)* och godis *(2005: 8 procent, 2010: 3 procent).*

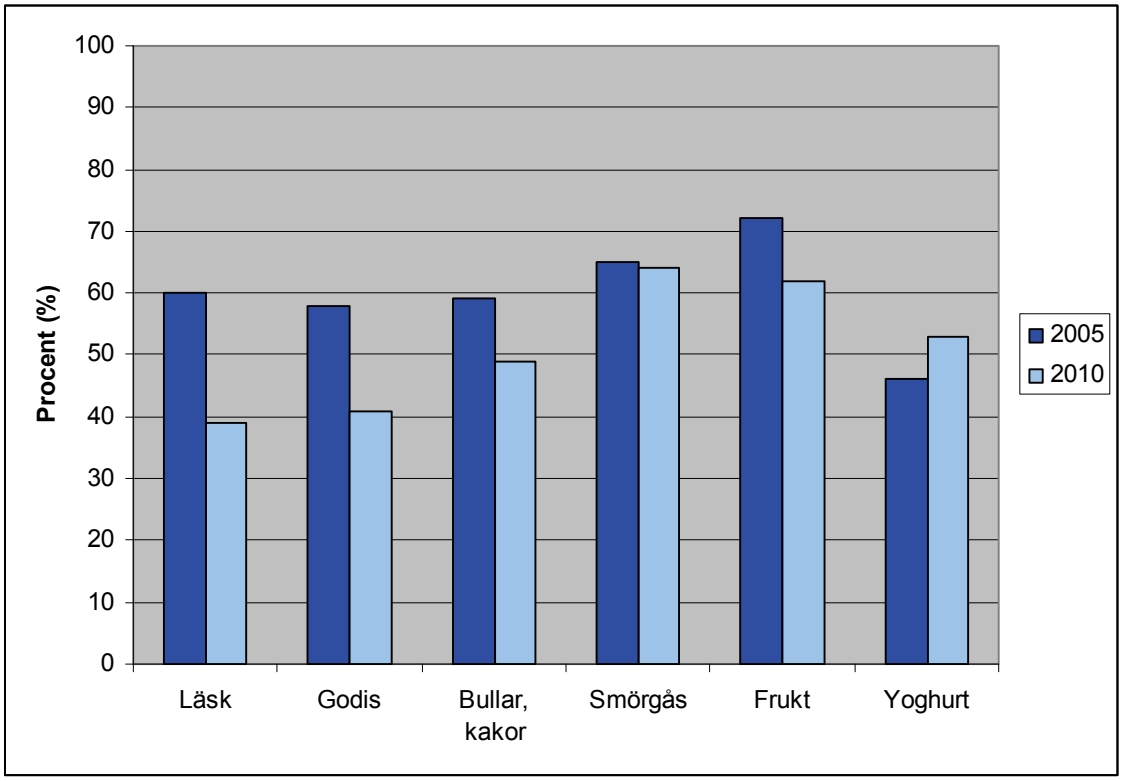


Figur 8: Andel av högstadieskolorna (%) som under 2005 och 2010 hade läsk, godis, bullar och kakor, smörgåsar, frukt och yoghurt till försäljning i skolcaféet.

Det fanns skolcafé på två av tre *gymnasieskolor* under 2010. Andelen var ungefär lika stor när den första mätningen genomfördes *(2005: 73 procent, 2010: 69 procent)*. Drygt hälften av gymnasieskolorna hade under 2010 riktlinjer för utbudet i caféet. Andelen hade ökat alltsedan 2005 men var betydligt lägre än hos högstadieskolorna, se figur 7 *(2005: 38 procent, 2010: 61 procent).*

Andelen onyttiga livsmedel i gymnasieskolornas caféer minskade påtagligt mellan 2005 och 2010 men nivåerna var betydligt mycket högre än på högstadieskolorna, se figur 9. Under 2010 fanns läsk *(2005: 60 procent, 2010: 39 procent),* godis *(2005: 58 procent, 2010: 41 procent)*, bullar och kakor *(2005: 59 procent, 2010: 49 procent)* till försäljning

i knappt hälften av skolornas caféer. Drygt hälften av caféerna sålde smörgåsar *(2005: 65 procent, 2010: 64 procent),* frukt *(2005: 72 procent, 2010: 62 procent)* och yoghurt *(2005: 46 procent, 2010: 53 procent).*

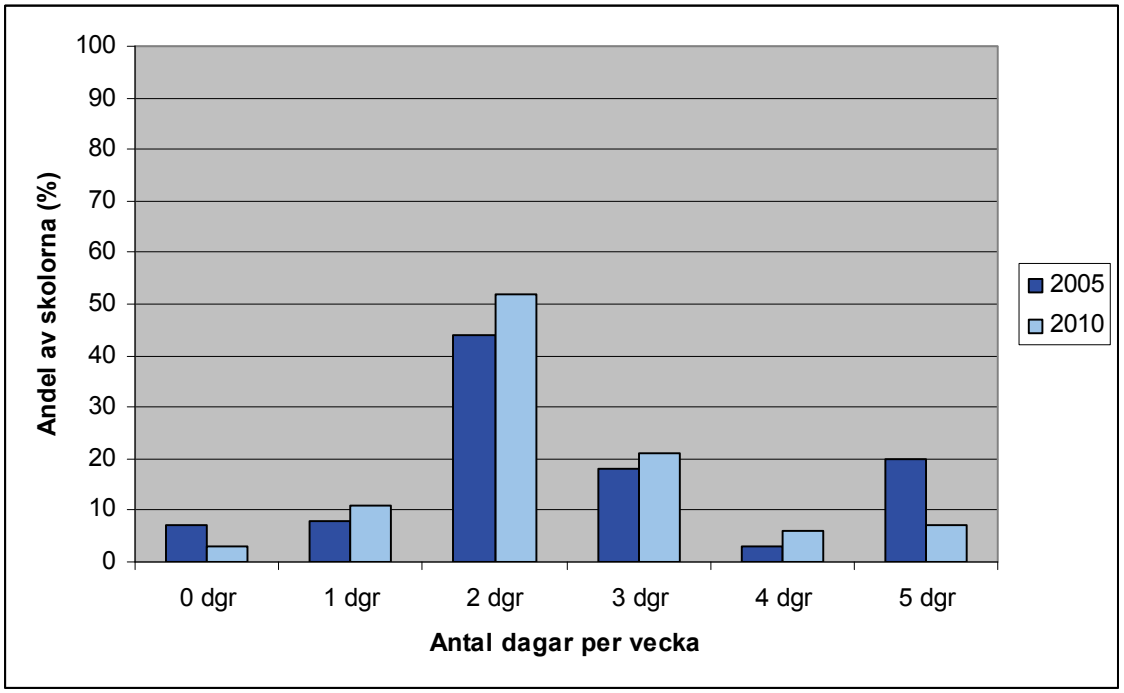


Figur 9: Andel av gymnasieskolorna (%) som under 2005 och 2010 hade läsk, godis, bullar och kakor, smörgåsar, frukt och yoghurt till försäljning i skolcaféet.

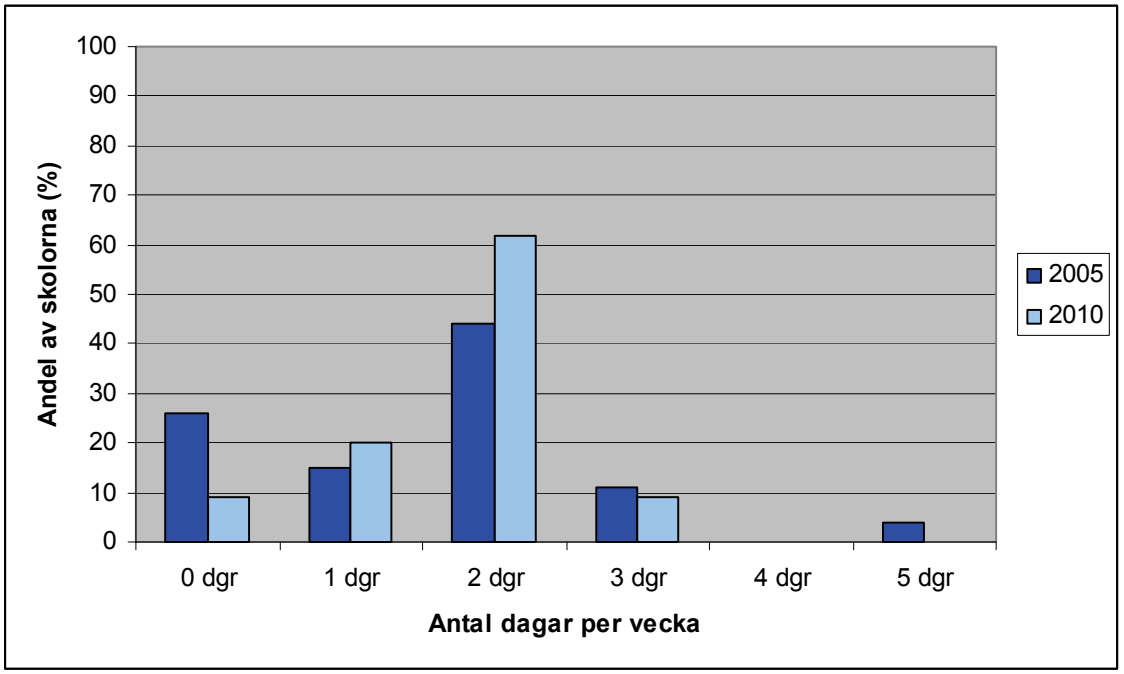
Det var mest vanligt att implementera läroplanens riktlinjer för utökad fysisk aktivitet genom att organisera olika typer av utomhusaktiviteter *(2005: 57 procent, 2010: 61 procent).* Det var även ganska vanligt att ge klasslärarna i uppgift att arrangera någon form av fysisk aktivitet *(2005: 41 procent, 2010: 46 procent)* eller att ha ”Röris”*(2005: 20 procent, 2010: 34 procent)*. Det var dock relativt få skolor som valde att utöka antalet gymnastiktimmar *(2005: 28 procent, 2010: 21 procent).*

Majoriteten av mellanstadie- *(2005: 44 procent, 2010: 52 procent)* och högstadieskolorna *(2005: 44 procent, 2010: 62 procent)* hade schemalagd fysisk aktivitet två dagar per vecka under 2010, se figur 10 och 11. Denna andel hade ökat alltsedan 2005. Ett flertal skolor hade schemalagd fysisk aktivitet mer sällan än två dagar per vecka.

På grund av det bristfälliga underlaget redovisas resultaten för gymnasieskolorna endast i tabellform, se tabell 67-72 i bilaga O.



Figur 10: Redovisning av antalet dagar per vecka som mellanstadieskolorna (%) har schemalagd fysisk aktivitet för sina elever.



Figur 11: Redovisning av antalet dagar per vecka som högstadieskolorna (%) har schemalagd fysisk aktivitet för sina elever.

En av tre skolor samverkade under 2010 med andra utanför den egna förvaltningen i arbetet med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Andelen hade ökat något alltsedan 2005 *(2005: 30 procent, 2010: 35 procent).*

Mindre än hälften av rektorerna som besvarade enkäten kände till de nya rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar *(2010: 30 procent).* Endast ett fåtal kände till det webbaserade beslutstödet *(2010: 12 procent).*

4.5 Sjuksköterskor inom skolhälsovården

Se tabell 76-118 i bilaga P.

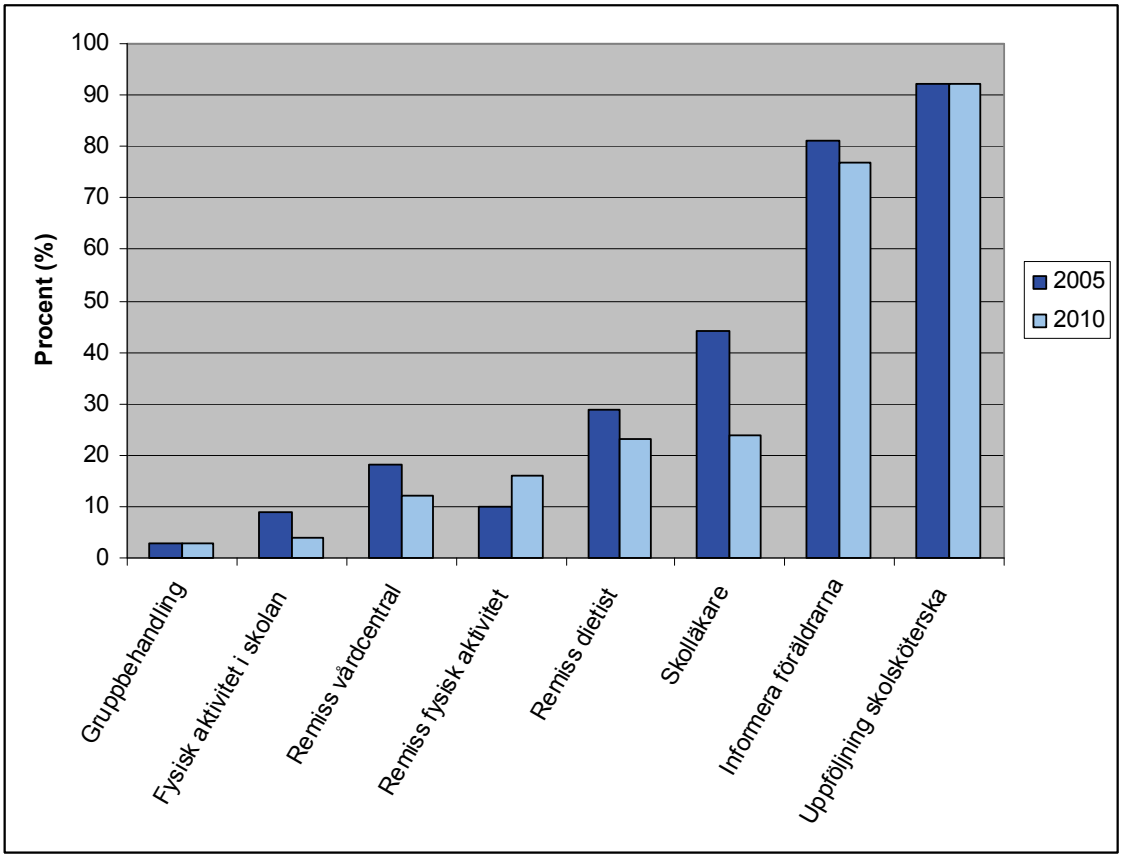
Drygt hälften av skolsköterskorna uppgav 2010 att deras skola arbetar med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Andelen skolor med ett aktivt förebyggande arbete var betydligt fler då den första mätningen genomfördes *(2005: 70 procent, 2010: 56 procent).* Drygt hälften av skolsköterskorna var involverade i detta arbete *(2005: 65 procent, 2010: 59 procent).*

Två av tre skolsköterskor angav 2010 att deras skola arbetar för att öka elevernas fysiska aktivitet. Denna del av det hälsofrämjande arbetet tycks ha minskat något i omfattning alltsedan 2005 *(2005: 77 procent, 2010: 68 procent).* Mindre än hälften av skolsköterskorna var delaktiga i detta arbete *(2005: 40 procent, 2010: 32 procent).* Det var betydligt fler skolor som arbetade med att förbättra elevernas matvanor, även denna andel hade dock minskat *(2005: 88 procent, 2010: 78 procent).*

När den första mätningen genomfördes diagnostiserade majoriteten av skolsköterskorna övervikt genom att jämföra längd och vikt på tillväxtkurvan *(2005: 47 procent, 2010: 17 procent).* När den andra mätningen gjordes diagnostiserade huvuddelen av skolsköterskorna övervikt genom att jämföra BMI-statusen med gränsvärdet för övervikt *(2005: 40 procent, 2010: 72 procent).*

För att kunna diagnostisera fetma utgick de flesta skolsköterskorna från gränsvärdena för fetma *(2005: 56 procent, 2010: 85 procent).* I dessa fall var det inte lika vanligt att jämföra längd och vikt på tillväxtkurvan *(2005: 22 procent, 2010: 5 procent).*

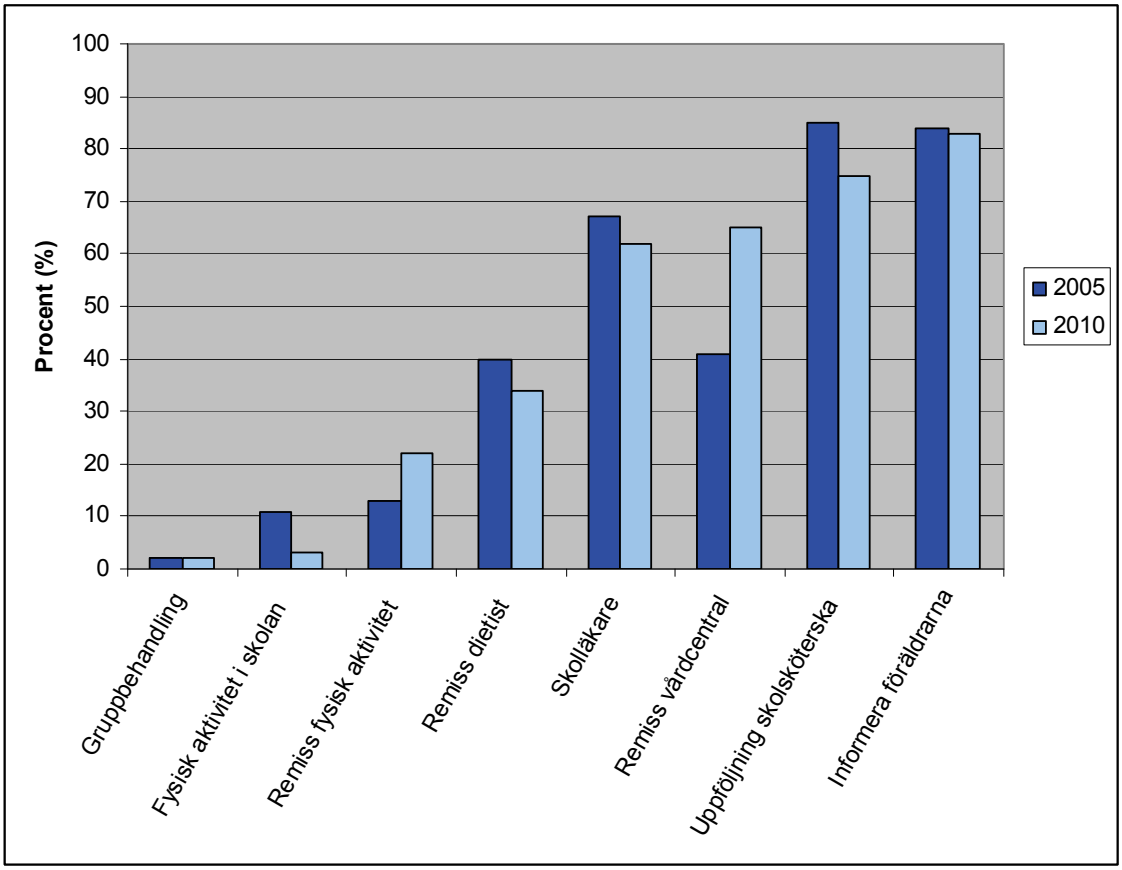
Majoriteten av skolsköterskorna kontaktade föräldrarna efter att ha ställt diagnosen övervikt, se figur 12 *(2005: 81 procent, 2010: 77 procent).* Nästan samtliga följde själva upp dessa barns viktstatus över tid *(2005: 92 procent, 2010: 92 procent).* Insatserna för barn och ungdomar med övervikt var relativt begränsade. De mest vanligt förekommande åtgärderna var besök hos skolläkaren *(2005: 44 procent, 2010: 24 procent),* remiss till dietist *(2005: 29 procent, 2010: 23 procent)* samt remiss till vårdcentral eller barnmottagning *(2005: 18 procent, 2010: 12 procent).* Samtliga dessa åtgärder minskade dock i omfattning mellan 2005 och 2010. Den åtgärd som ökade under denna period var remiss för fysisk aktivitet utanför skolan *(2005: 10 procent, 2010: 16 procent).* Det var ytterst få skolor som erbjöd barn med övervikt gruppbehandling *(2005: 3 procent, 2010: 3 procent)* eller extra fysisk aktivitet *(2005: 9 procent, 2010: 4 procent).*



Figur 12: Andel av skolsköterskorna (%) som under 2005 och 2010 vidtog olika typer av åtgärder för att hjälpa elever med övervikt.

Huvuddelen av skolsköterskorna kontaktade föräldrarna efter att ha ställt diagnosen fetma, se figur 13 *(2005: 84 procent, 2010: 83 procent).* Det var dock inte lika vanligt att själv ansvara för uppföljningen över tid *(2005: 85 procent, 2010: 75 procent).*

Det var betydligt mer vanligt att skriva remiss till vårdcentral eller barnmottagning för ett barn med fetma i jämförelse med ett barn med övervikt *(2005: 41 procent, 2010: 65 procent).* Det var även vanligare att erbjuda tid hos skolläkare *(2005: 67 procent, 2010: 62 procent)* eller skriva remiss till dietist *(2005: 40 procent, 2010: 34 procent).* De åtgärder som ökade under denna period var remiss till vårdcentral eller barnmottagning samt remiss för fysisk aktivitet utanför skolan *(2005: 13 procent, 2010: 22 procent).* Inte heller dessa barn erbjöds gruppbehandling *(2005: 2 procent, 2010: 2 procent)* eller extra fysisk aktivitet via skolan *(2005: 11 procent, 2010: 3 procent).*



Figur 13: Andel av skolsköterskorna (%) som under 2005 och 2010 vidtog olika typer av åtgärder för att hjälpa elever med fetma.

Nästan alla berörda skolsköterskorna vägde och mätte under 2010 samtliga skolelever i förskoleklass *(2005: 96 procent, 2010: 97 procent),* årskurs två *(2005: 84 procent, 2010: 98 procent)* och årskurs fyra *(2005: 96 procent, 2010: 98 procent)*. Endast enstaka vägde och mätte barnen i årskurs ett *(2005: 29 procent, 2010: 5 procent)*, tre *(2005: 6 procent, 2010: 2 procent)* och fem *(2005: 7 procent, 2010: 8 procent)*. Det var endast hälften av mellanstadiets skolsköterskor som under 2010 vägde och mätte barnen i årskurs sex *(2005: 62 procent, 2010: 56 procent)*.

Skolsköterskorna med ansvar för elever i högstadiet vägde och mätte ungdomarna i årskurs sju *(2005: 25 procent, 2010: 39 procent)* eller åtta *(2005: 82 procent, 2010: 62 procent),* det var ytterst få som vägde och mätte elever i årskurs nio *(2005: 5 procent, 2010: 2 procent).*

Samtliga skolsköterskor med ansvar för elever på gymnasiet vägde och mätte ungdomarna i årskurs ett under 2010 *(2005: 97 procent, 2010: 100 procent)*. Längd och vikt kontrollerades inte alls under andra *(2005: 3 procent, 2010: 0 procent)* och tredje året på gymnasiet *(2005: 3 procent, 2010: 0 procent).*

Huvuddelen av skolsköterskorna sparade under 2010 elevernas längd- och viktuppgifter i datoriserad form. När den första mätningen genomfördes 2005 var det endast en fjärdedel *(2005: 24 procent, 2010: 88 procent)*. Hälften av skolsköterskorna sammanställde och använde uppgifterna 2010, 2005 var det endast en fjärdedel som

gjorde detta *(2005: 28 procent, 2010: 49 procent)*. Statistiken lämnades vidare för att redovisas i exempelvis skolhälsovårdens årsrapport eller kommunens välfärdsbokslut (årskurs fyra och åtta).

Nästan alla skolsköterskorna uppgav att skolhälsovården har möjlighet att erbjuda elever med övervikt uppföljande viktkontroller *(2005: 97 procent, 2010: 97 procent)*. Svaren visar dock att kontrollerna gjordes med tätare intervall tidigare. Hälften av skolsköterskorna följde upp viktstatusen var tredje månad år 2005 *(2005: 55 procent, 2010: 37 procent)*. När den andra mätningen genomfördes 2010 följde hälften upp vikten var sjätte månad *(2005: 18 procent, 2010: 49 procent)*. Några få följde upp vikten en gång per år *(2005: 2 procent, 2010: 11 procent)*. Ett flertal respondenter poängterade att viktutvecklingen följs upp utifrån det individuella behovet i samråd med elev och föräldrar. Viktstatus samt elevens och föräldrarnas motivation påverkar hur ofta kontrollerna görs.

Nästan samtliga erbjöd elever med övervikt kost- och motionsrådgivning *(2005: 91 procent, 2010: 96 procent)*. Majoriteten av skolsköterskorna erbjöd dessutom elevens föräldrar rådgivning *(2005: 62 procent, 2010: 69 procent)*. Ytterst få organiserade stödgrupper för elever med övervikt *(2005: 3 procent, 2010: 2 procent)*.

Nästan alla skolsköterskorna angav att skolhälsovården har möjlighet att erbjuda elever med fetma uppföljande viktkontroller *(2005: 95 procent, 2010: 89 procent)*. Kontrollerna gjordes även i detta fall med tätare intervall tidigare. Att följa upp viktstatusen var tredje månad var mest vanligt förekommande år 2010 men andelen hade minskat något alltsedan 2005 *(2005: 55 procent, 2010: 43 procent)*. Det hade blivit mer vanligt att följa upp var sjätte månad *(2005: 18 procent, 2010: 32 procent)* eller en gång per år *(2005: 2 procent, 2010: 5 procent)*.

Det var inte lika vanligt förekommande att erbjuda elever med fetma kost- och motionsrådgivning som elever med övervikt *(2005: 87 procent, 2010: 79 procent)*. De flesta erbjöd elevens föräldrar rådgivning *(2005: 67 procent, 2010: 63 procent)*. Ytterst få erbjöd elever med fetma att delta i en stödgrupp *(2005: 3 procent, 2010: 4 procent)*.

Det var relativt få skolsköterskor som under 2010 deltog i föräldramöten och informerade om kost och fysisk aktivitet *(2005: 28 procent, 2010: 19 procent)*. Skolsköterskorna deltog främst i lågstadieklassernas föräldramöten.

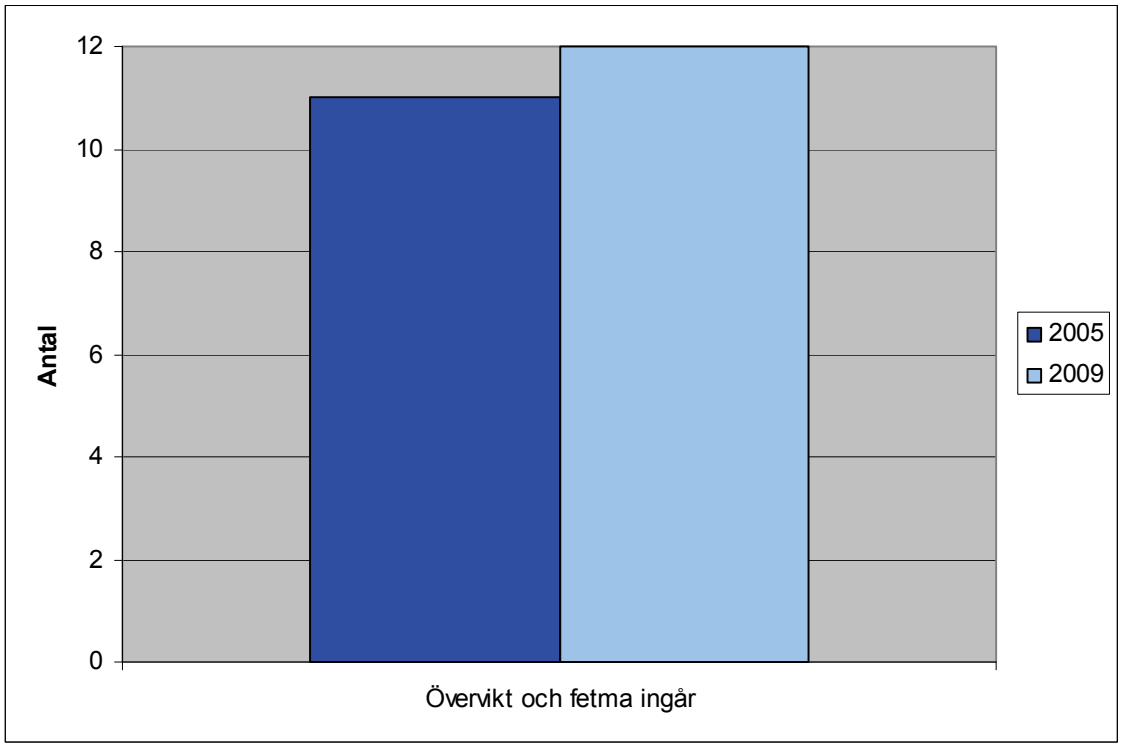
Drygt hälften av skolsköterskorna samverkade under 2010 med andra verksamheter utanför den egna förvaltningen i arbetet med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Denna andel ökade något mellan första och andra mätningen *(2005: 46 procent, 2010: 60 procent)*.

De flesta av skolsköterskorna kände till regionens rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma bland barn och ungdomar *(2010: 82 procent)*. Det var inte fullt lika många som kände till det webbaserade beslutstödet, det var dock fler än hälften *(2010: 69 procent)*.

4.6 Tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna

Se tabell 119-123 i bilaga Q.

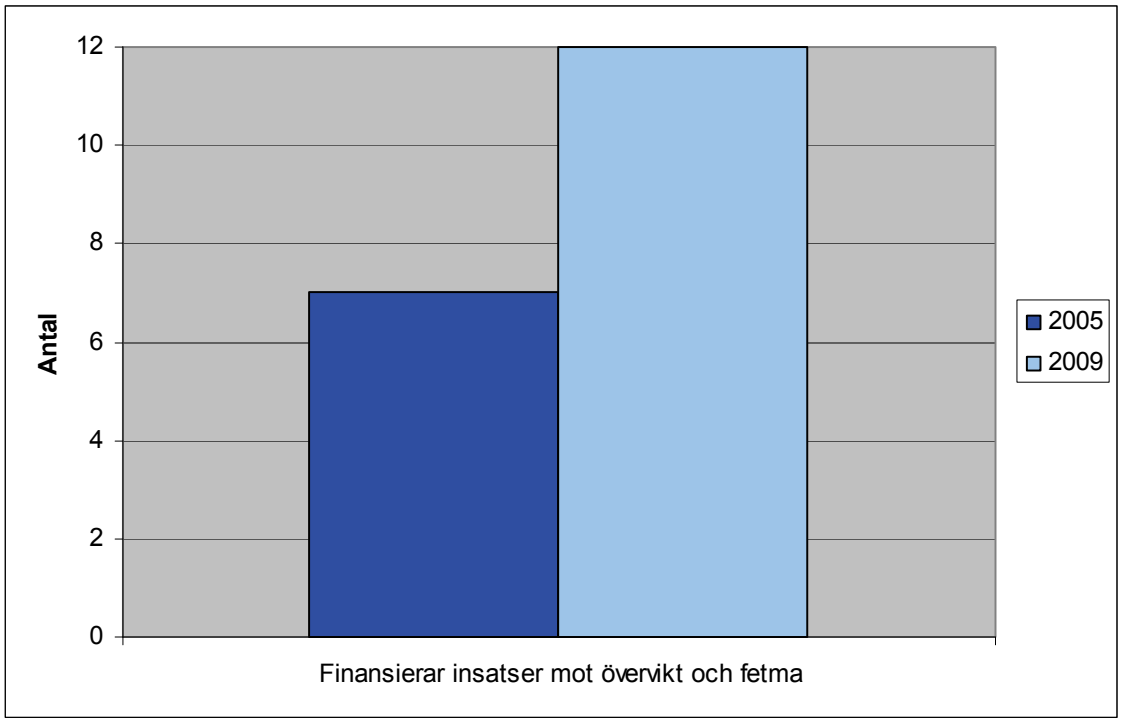
Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder tog under 2009 upp det hälsofrämjande och förebyggande arbetet avseende övervikt och fetma bland barn i sina mål- och inriktningsdokument, se figur 14 *(2005: 11 av 12, 2009: 12 av 12).*



Figur 14: Antal hälso- och sjukvårdsnämnder som under 2005 och 2009 hade mål- och inriktningsdokument i vilka det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma bland barn ingick.

Samtliga beaktade under 2009 handlingsprogrammet mot övervikt och fetma i sina överenskommelser med sjukhus, vårdcentraler, mödravårdcentraler, barnavårdcentraler, ungdomsmottagningar samt kommuner och stadsdelar *(2009: 12 av 12).* Handlingsprogrammet existerade inte 2005 då den första studien genomfördes.

Alla hälso- och sjukvårdsnämnder finansierade hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande insatser under 2009, se figur 15. Det var inte fullt så många 2005 *(2005: 7 av 12, 2009: 12 av 12).* Nämnderna finansierade exempelvis aktiviteter inom RUN (Rörlig ungdom nu), Skolmatsakademin, IDEFICS, Mål i mun, FRAMM, Hälsoteket samt Hälsodisk för barn. Flera av projekten drivs i samarbete med berörda kommuner och stadsdelar.



Figur 15: Antal hälso- och sjukvårdsnämnder som under 2005 och 2009 finansierade hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

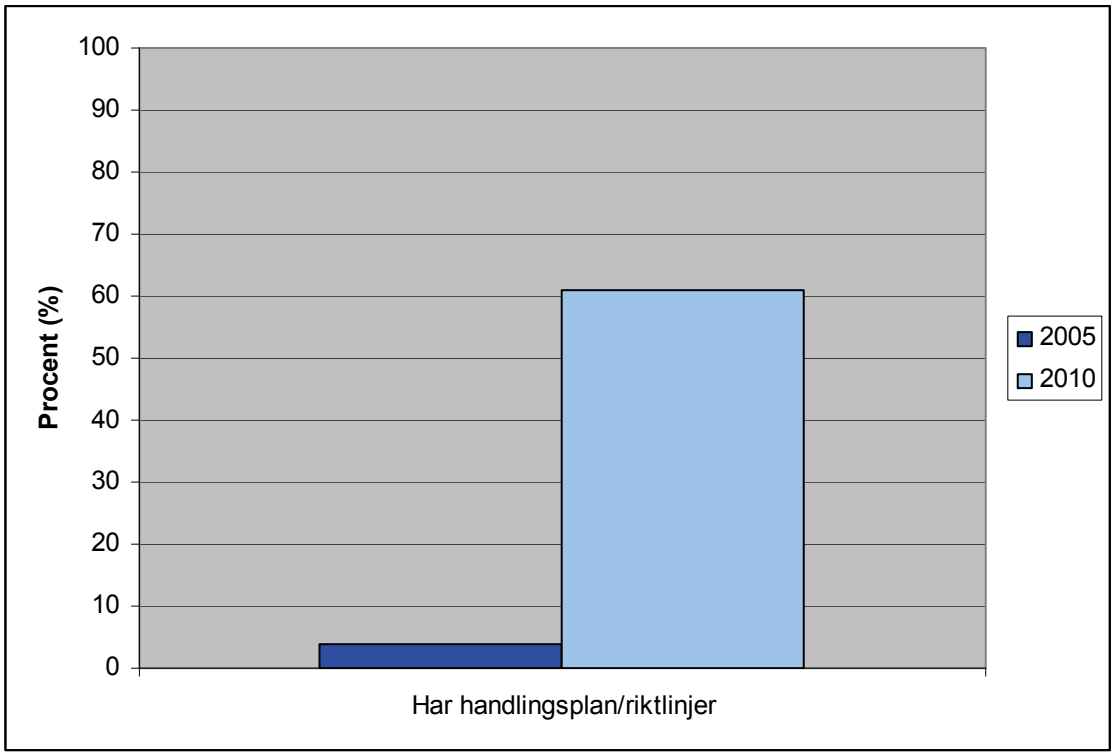
Samtliga nämnder följde upp eller utvärderade de hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatserna under 2009. 2005 var det endast ett fåtal *(2005: 4 av 11, 2009: 12 av 12).*

Flertalet av hälso- och sjukvårdsnämndernas representanter ansåg hösten 2009 att arbetet med att förebygga övervikt och fetma hos barn kommer förändras vid införandet av VG Primärvård *(2009: 8 av 12).* Det kommer att bli svårare för hälso- och sjukvårdsnämnderna att påverka på vilket sätt primärvården arbetar hälsofrämjande och förebyggande. Aktiviteter som Hälsolyftet och Projekt Jämvikt kan komma att upphöra. Om nämnderna vill att det även fortsättningsvis skall finnas FaR-samordnare så måste separata avtal om detta skrivas.

4.7 Personal på MVC

Se tabell 124-150 i bilaga R.

Drygt hälften av mödravårdscentralerna hade under 2010 en handlingsplan eller liknande för det förebyggande arbetet med övervikt och fetma hos gravida kvinnor, se figur 16. Det var endast ett fåtal som hade riktlinjer eller rekommendationer år 2005 *(2005: 4 procent, 2010: 61 procent).* Även andelen som arbetade med speciella projekt eller program hade ökat påtagligt, dock inte lika mycket *(2005: 6 procent, 2010: 34 procent).*

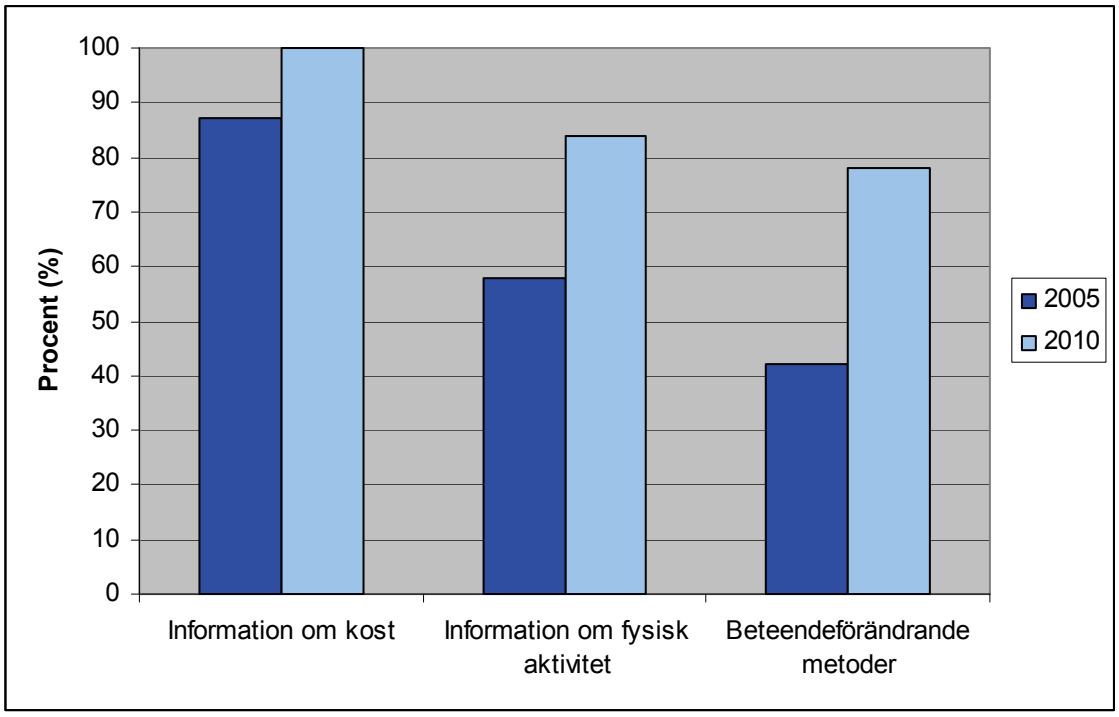


Figur 16: Andel av mödrahälsovårdens mottagningar (%) som under 2005 och 2010 hade en handlingsplan eller liknande avseende övervikt och fetma bland gravida kvinnor.

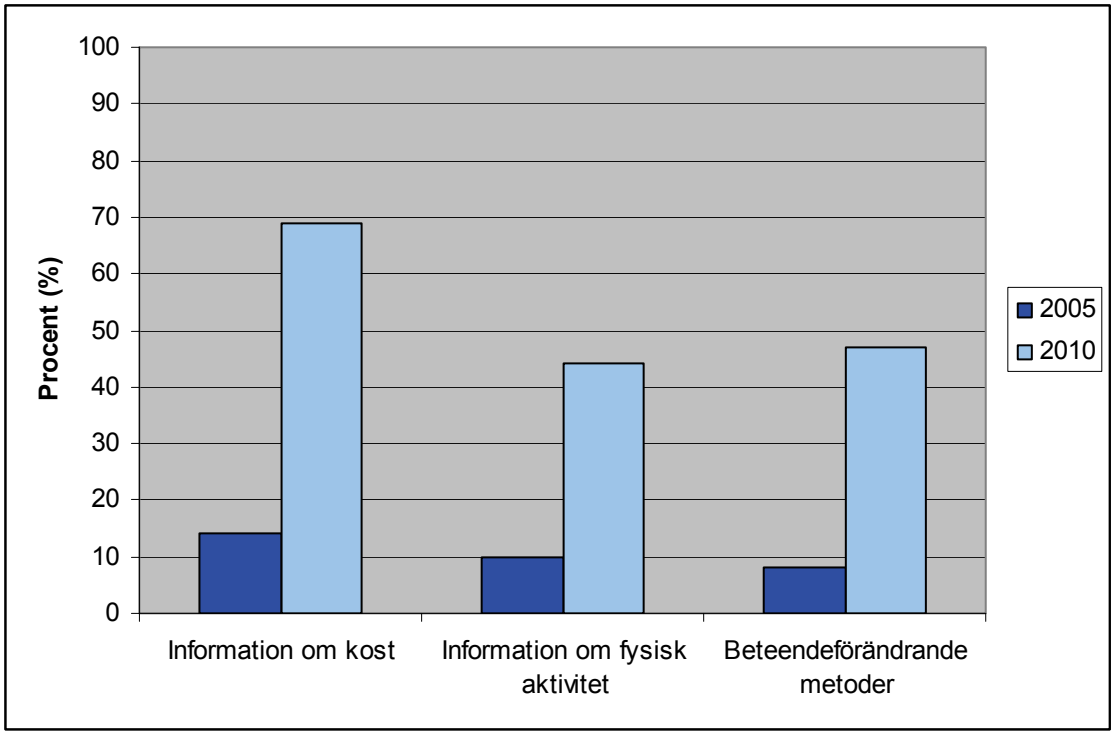
Samtliga barnmorskor vägde rutinmässigt alla gravida vid inskrivningen *(2005: 100 procent, 2010: 100 procent),* nästan lika många mätte även patienterna *(2005: 90 procent, 2010: 91 procent).* Alla kontrollerade vikten fortlöpande under graviditeten *(2005: 94 procent, 2010: 100 procent).* Samtliga diagnostiserade övervikt *(2005: 78 procent, 2010: 100 procent)* och fetma *(2005: 79 procent, 2010: 100 procent)* utifrån den gravida kvinnans BMI-status.

Nästan samtliga skickade in statistik över patienternas längd- *(2005: 79 procent, 2010: 97 procent)* och viktuppgifter *(2005: 79 procent, 2010: 93 procent)* till Socialstyrelsens mödrahälsovårdsregister. Det var inte fullt lika många som skickade in statistik till en central instans år 2005.

Samtliga barnmorskor som besvarade enkäten 2010 arbetade med att förebygga övervikt och fetma hos gravida *(2005: 98 procent, 2010: 100 procent).* Detta arbete bestod huvudsakligen av kostrådgivning, se figur 17 *(2005: 87 procent, 2010: 100 procent).* Alltsedan den första mätningen hade det även blivit vanligare att ge information om fysisk aktivitet *(2005: 58 procent, 2010: 84 procent)* och att arbeta utifrån beteendeförändrande metoder *(2005: 42 procent, 2010: 78 procent).*



Figur 17: Andel av mödrahälsovårdens mottagningar (%) som under 2005 och 2010 arbetade med olika typer av insatser för att förebygga övervikt och fetma hos gravida kvinnor.



Figur 18: Andel av mödrahälsovårdens mottagningar (%) som under 2005 och 2010 arbetade med olika typer av insatser för att behandla övervikt och fetma hos gravida kvinnor.

Det var en större andel barnmorskor som under 2010 erbjöd gravida med övervikt riktade insatser i jämförelse med 2005 *(2005: 15 procent, 2010: 70 procent).* De flesta informerade om kostens betydelse *(2005: 14 procent, 2010: 69 procent),* det var dock inte fullt lika många som informerade om fysisk aktivitet, se figur 18 *(2005: 10 procent, 2010: 44 procent).* Knappt hälften av barnmorskorna utgick från beteendeförändrande metoder i detta arbete *(2005: 8 procent, 2010: 47 procent).*

Majoriteten av barnmorskorna som besvarade enkäten 2010 samverkade med andra verksamheter i arbetet med att förebygga övervikt och fetma. Denna andel hade ökat påtagligt alltsedan 2005 *(2005: 27 procent, 2010: 77 procent)*. Samverkan bedrevs huvudsakligen med sjukvården *(2005: 10 procent, 2010: 50 procent)*, det var endast ett fåtal som samverkade med BVC *(2005: 4 procent, 2010: 3 procent)*, tandvården *(2005: 6 procent, 2010: 6 procent)*, kommunen *(2005: 4 procent, 2010: 3 procent)* eller stadsdelsnämnden *(2005: 0 procent, 2010: 10 procent)*.

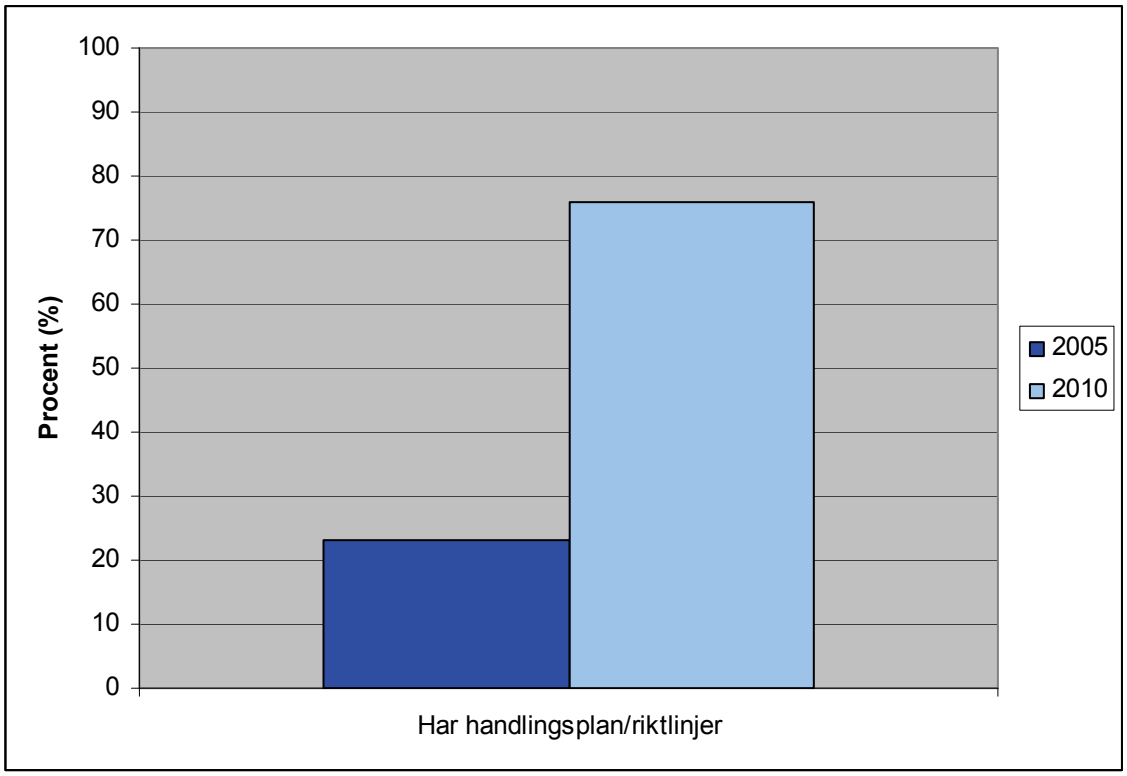
Hälften av barnmorskorna kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma *(2010: 53 procent).* Det var relativt få som kände till det webbaserade beslutstödet *(2010: 28 procent).*

4.8 Sjuksköterskor på BVC

Se tabell 151-185 i bilaga S.

Majoriteten av barnavårdscentralerna hade under 2010 en handlingsplan eller liknande för det förebyggande arbetet med övervikt och fetma bland barn. Det var inte alls lika vanligt att ha den typen av riktlinjer då den första mätningen genomfördes 2005, se figur 19 *(2005: 23 procent, 2010: 76 procent).*

De flesta barnavårdscentralerna vägde och mätte barnen vid ett och ett halvt års ålder *(2005: 99 procent, 2010: 94 procent)*, två och ett halvt års ålder *(2005: 57 procent, 2010: 96 procent)*, fyra års ålder *(2005: 97 procent, 2010: 96 procent)* och fem och ett halvt års ålder *(2005: 97 procent, 2010: 94 procent)*. Det var få som vägde och mätte barnen vid tre års ålder *(2005: 48 procent, 2010: 22 procent).* När den första mätningen genomfördes var det bara några få som rutinmässigt beräknade barnens BMI. Även om det var fler år 2010 så var det färre än hälften som hade detta som rutin *(2005: 1 procent, 2010: 33 procent).*

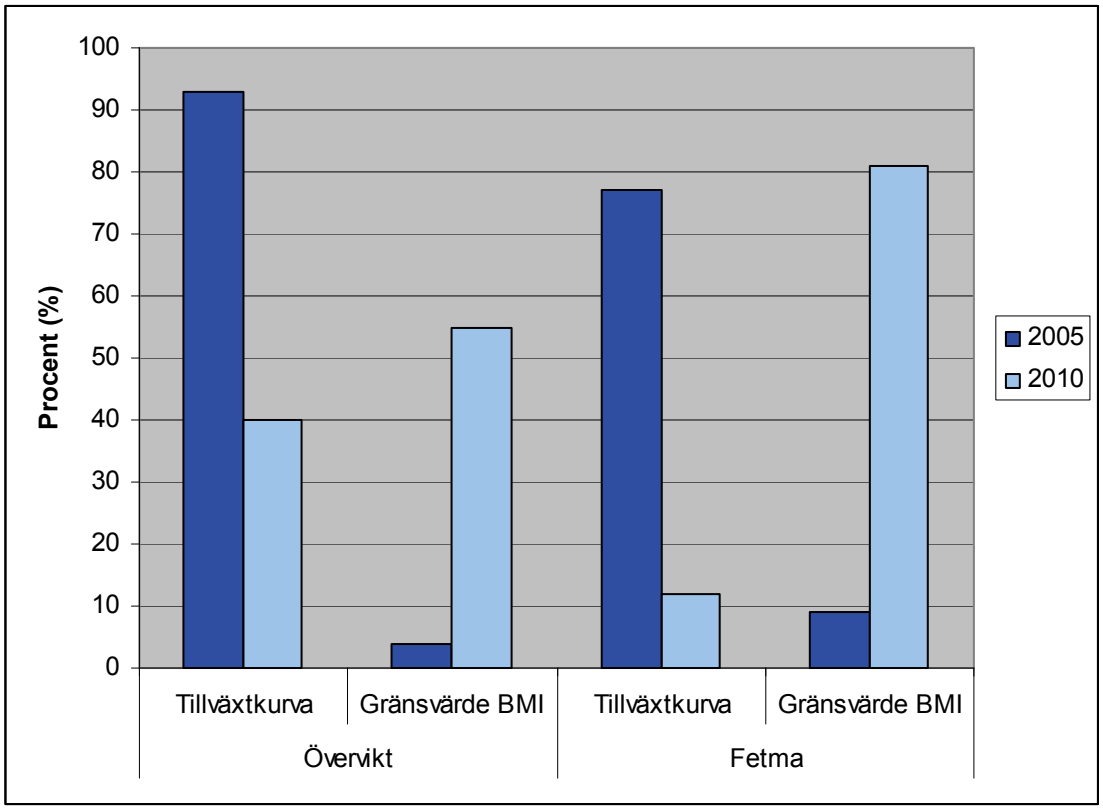


Figur 19: Andel av barnavårdscentralerna (%) som under 2005 och 2010 hade en handlingsplan för det förebyggande arbetet med övervikt och fetma bland barn.

Majoriteten av barnavårdscentralerna sparade under 2010 barnens längd- och viktuppgifter i datoriserad form. Detta var betydligt fler än 2005 då det endast var ett fåtal *(2005: 17 procent, 2010: 78 procent).* Det var endast några enstaka som förde statistik över barnens längd, vikt och BMI under 2005. Detta var mer vanligt förekommande i samband med den andra mätningen men andelen var fortfarande mindre än hälften *(2005: 4 procent, 2010: 34 procent).*

Nästan samtliga sjuksköterskor som besvarade enkäten 2005 diagnostiserade övervikt genom att jämföra i vilken mån längd och vikt avvek på tillväxtkurvan, se figur 20. Andelen som utgick från tillväxtkurvan minskade dock, år 2010 var det knappt hälften *(2005: 93 procent, 2010: 40 procent).* Motsvarande mönster kan ses även för fetma *(2005: 77 procent, 2010: 12 procent).*

Det blev istället mer vanligt att jämföra barnets BMI-status med gränsvärdena för övervikt och fetma. Drygt hälften av sjuksköterskorna diagnostiserade övervikt på detta sätt år 2010 *(2005: 4 procent, 2010: 55 procent).* Motsvarande kan även ses för fetma. Huvuddelen av respondenterna diagnostiserade fetma utifrån gränsvärdena för iso-BMI under 2010 *(2005: 9 procent, 2010: 81 procent).*

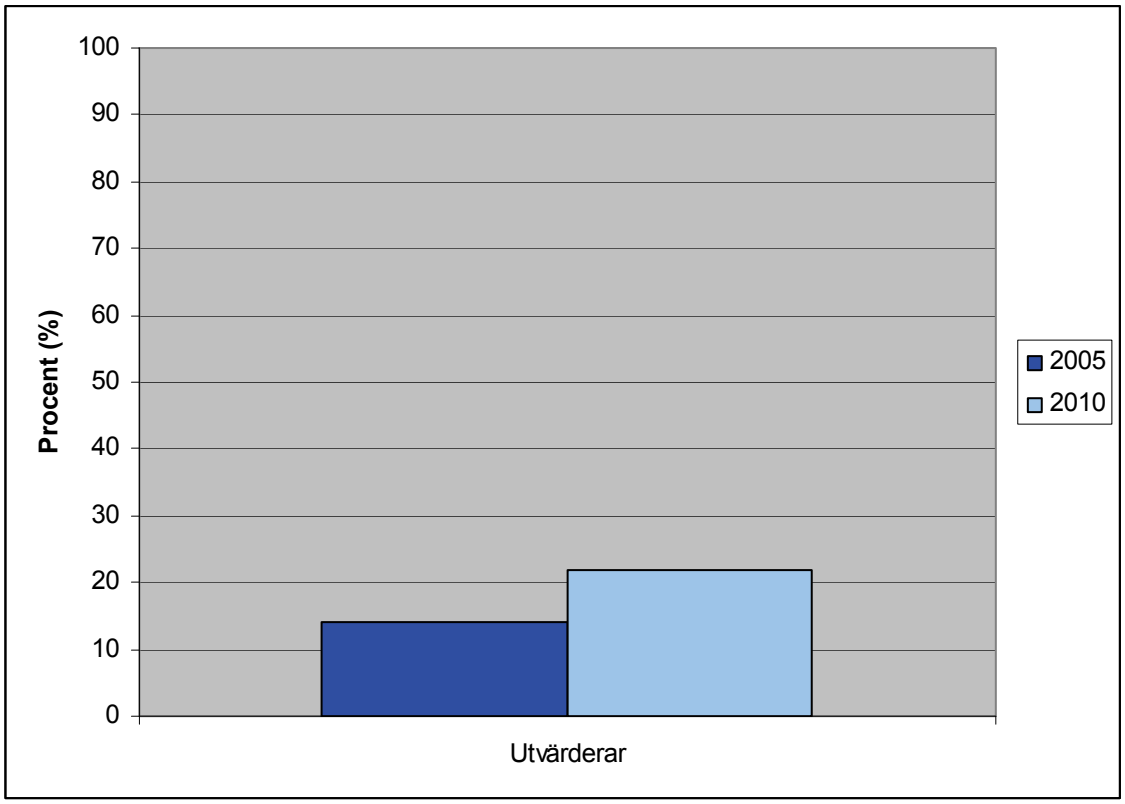


Figur 20: Andel av barnavårdscentralernas sjuksköterskor (%) som under 2005 och 2010 diagnostiserade övervikt och fetma genom att antingen jämföra hur längd och vikt avviker på tillväxtkurvan eller genom att jämföra barnets BMI-status med gränsvärdena för iso-BMI.

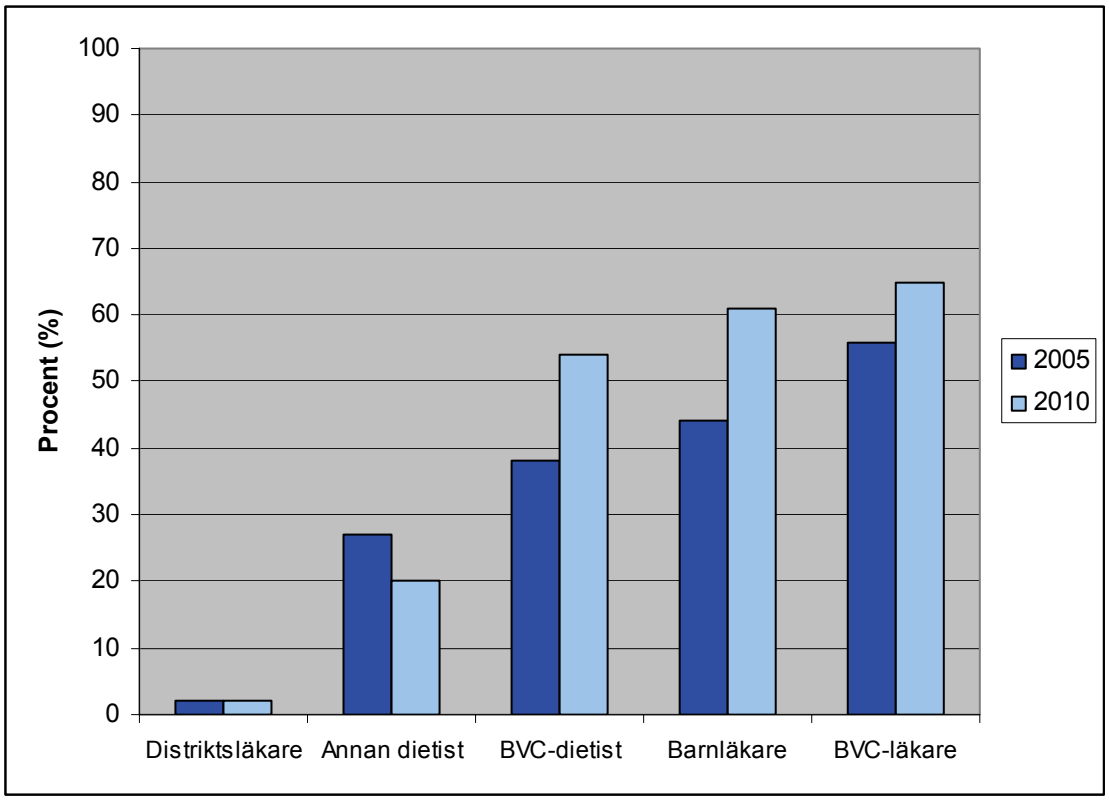
Det var en större andel barnavårdscentraler som under 2010 organiserade förebyggande insatser riktade till samtliga barn och deras föräldrar i jämförelse med 2005 *(2005: 55 procent, 2010: 89 procent)*. De flesta fokuserade på kost *(2005: 48 procent, 2010: 85 procent)* och fysisk aktivitet *(2005: 39 procent, 2010: 76 procent)*, det var dock få som arbetade utifrån beteendeförändrande metoder *(2005: 21 procent, 2010: 30 procent)*.

Drygt hälften av barnavårdscentralerna erbjöd riskgrupper extra hjälp och stöd under 2010 för att förebygga övervikt och fetma. Riktade insatser tycktes ha blivit något vanligare alltsedan 2005 *(2005: 32 procent, 2010: 57 procent)*. Detta arbete genomfördes huvudsakligen i det personliga mötet med barnet och dess föräldrar *(2005: 27 procent, 2010: 59 procent)*, endast enstaka organiserade gruppaktiviteter *(2005: 13 procent, 2010: 2 procent)*.

Det var få som med säkerhet kunde svara att genomförda insatser utvärderas, se figur 21 *(2005: 14 procent, 2010: 22 procent)*. Drygt hälften av respondenterna var osäkra och kunde varken svara ja eller nej *(2005: 18 procent, 2010: 60 procent)*.



Figur 21: Andel av barnavårdscentralerna (%) som under 2005 och 2010 utvärderade mottagningens förebyggande insatser.



Figur 22: Andel av barnavårdscentralerna (%) som under 2005 och 2010 hänvisade barn med fetma vidare till andra aktörer inom hälso- och sjukvården.

Samtliga barnavårdscentraler vidtog under 2010 särskilda åtgärder efter att ha diagnostiserat ett barn med fetma *(2005: 86 procent, 2010: 100 procent).* Majoriteten av sjuksköterskorna konsulterade mottagningens läkare *(2005: 56 procent, 2010: 65 procent)* eller dietist, se figur 22 *(2005: 38 procent, 2010: 54 procent).* Därefter skickades remiss till närmaste barnmottagning *(2005: 44 procent, 2010: 61 procent).*

En fjärdedel av barnavårdscentralerna samverkade under 2010 med andra verksamheter utanför den egna förvaltningen i arbetet med att förebygga övervikt och fetma bland barn *(2005: 26 procent, 2010: 26 procent).* Samverkan bedrevs huvudsakligen med sjukvården *(2005: 6 procent, 2010: 17 procent)* och tandvården *(2005: 12 procent, 2010: 15 procent).*

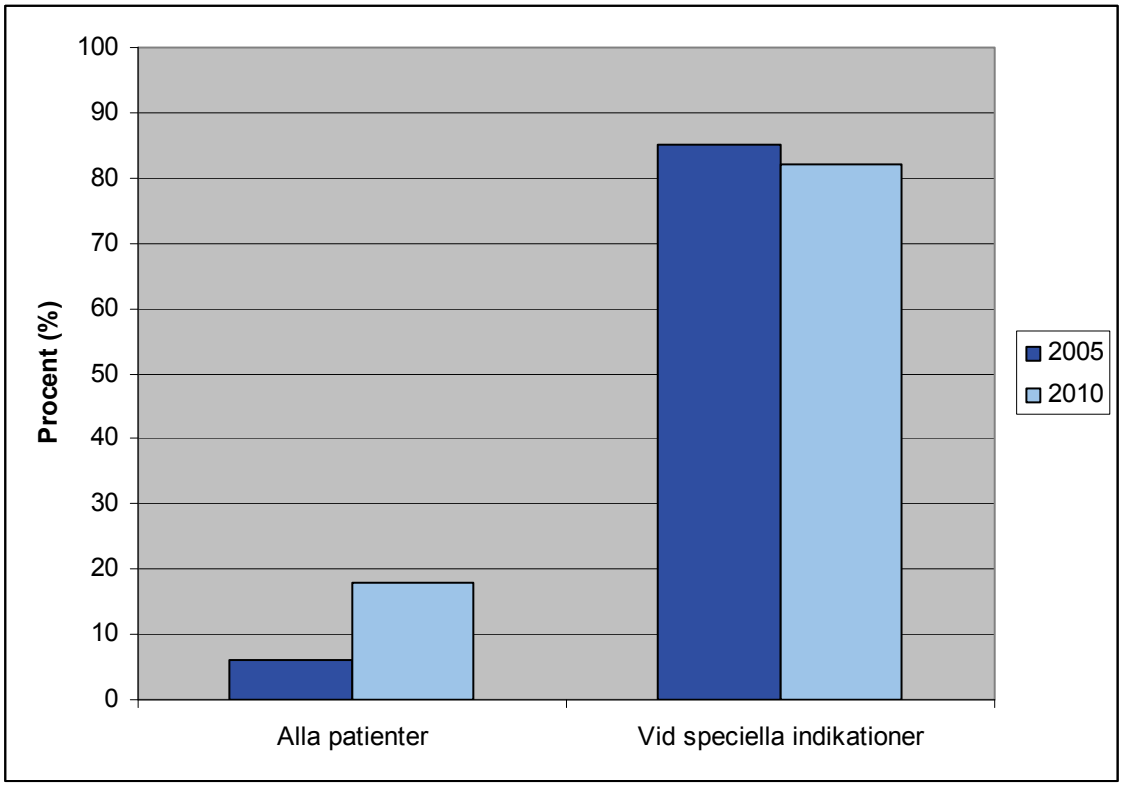
Huvuddelen av respondenterna kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västra Götaland *(2010: 80 procent).* Knappt hälften kände till det webbaserade beslutstödet *(2010: 43 procent).*

4.9 Personal på ungdomsmottagningar

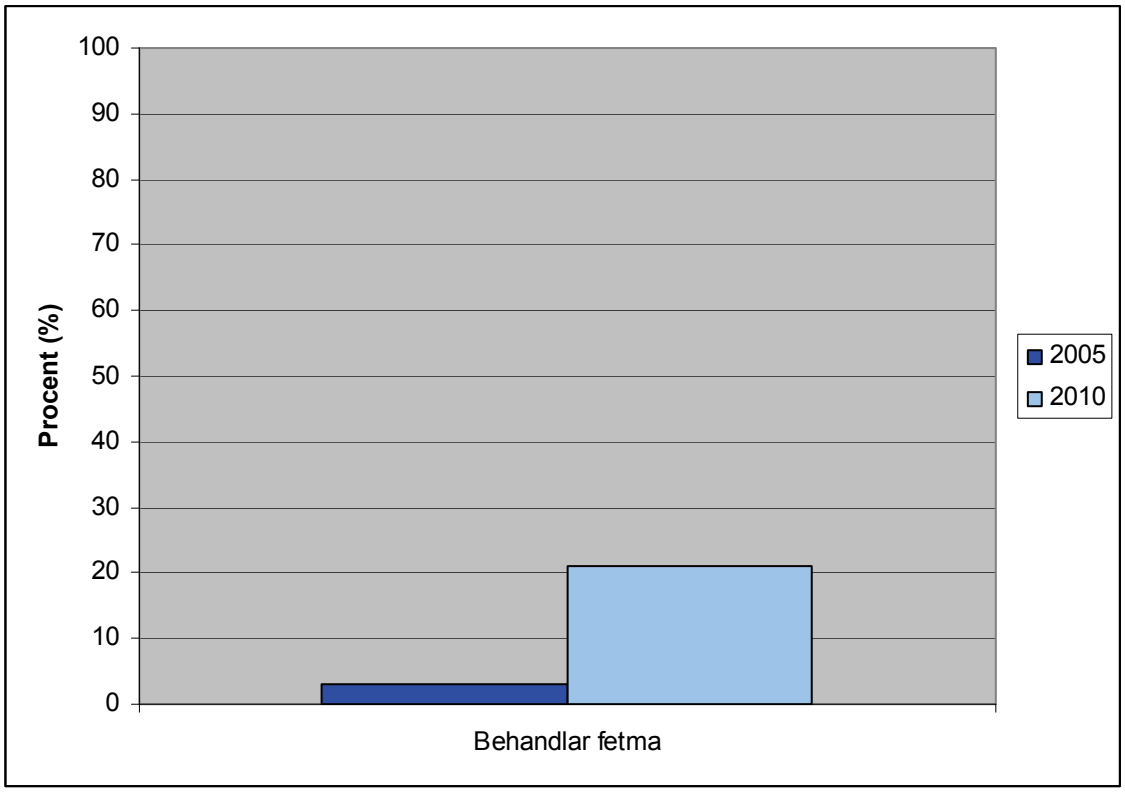
Se tabell 186-211 i bilaga T.

Det var ytterst få ungdomsmottagningar som under 2005 och 2010 rutinmässigt kontrollerade samtliga patienters längd och vikt *(2005: 12 procent, 2010: 7 procent).* De flesta gjorde det bara med anledning av speciella indikationer *(2005: 62 procent, 2010: 79 procent).* Uppgifterna lades inte in i tillväxtkurvan *(2005: 0 procent, 2010: 4 procent).*

Det var även få som rutinmässigt räknade ut patienternas BMI *(2005: 6 procent, 2010: 18 procent)*, de flesta gjorde det på förekommen anledning, se figur 23 *(2005: 85 procent, 2010: 82 procent).* För att kunna avgöra om en patient har övervikt så utgick de flesta från gränsvärdena för BMI. Denna andel hade ökat markant alltsedan 2005 *(2005: 46 procent, 2010: 93 procent).* Resultaten var likartade avseende fetma *(2005: 52 procent, 2010: 93 procent).* Det var ingen som använde sig av tillväxtkurvan. Det var även ovanligt att konsultera en läkare eller att enbart se till utseendet.



Figur 23: Andel av ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2010 räknade ut patienternas BMI. Diagrammet visar dels hur många som gjorde det för alla patienter, dels hur många som enbart gjorde det vid speciella indikationer.



Figur 24: Andel av ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2010 tog emot patienter för behandling av fetma.

Det var få ungdomsmottagningar som under 2010 tog emot patienter för behandling av fetma, andelen hade dock ökat alltsedan 2005, se figur 24 *(2005: 3 procent, 2010: 21 procent).* De flesta saknade vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma *(2005: 0 procent, 2010: 4 procent).* Det var endast ett fåtal som använde sig av diagnoskoderna för fetma; E66.0 och E66.9 *(2005: 0 procent, 2010: 11 procent).*

De flesta som erbjöd behandling anlitade dietist *(2005: 46 procent, 2010: 25 procent)* eller läkare *(2005: 23 procent, 2010: 21 procent)*, det förekom även att patienterna fick hjälp av en sjuksköterska *(2005: 0 procent, 2010: 11 procent)*. Det förekom att flera professioner var involverade samtidigt i behandlingen, det var då främst läkare *(2005: 6 procent, 2010: 18 procent),* sjuksköterskor *(2005: 6 procent, 2010: 14 procent),* dietister *(2005: 6 procent, 2010: 11 procent)* och kuratorer *(2005: 3 procent, 2010: 11 procent)* som samarbetade.

Det var endast ett fåtal av ungdomsmottagningarna som förde statistik över patienternas längd, vikt och BMI-status *(2005: 13 procent, 2010: 11 procent).* De som gjorde det sparade alla uppgifter i datoriserad form.

Drygt hälften av ungdomsmottagningarna samverkade under 2010 med andra verksamheter i det hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbetet mot övervikt och fetma bland ungdomar. Det hade skett en ökning sedan den förra mätningen *(2005: 41 procent, 2010: 64 procent).* Ungdomsmottagningarna samverkade exempelvis med skolhälsovården, vårdcentraler och barn- och ungdomsmottagningar.

Det var färre än hälften av ungdomsmottagningarna som under 2005 och 2010 kände till andra enheter inom upptagningsområdet som behandlar ungdomar med fetma *(2005: 46 procent, 2010: 33 procent).* Det var dock drygt hälften som upplevde att de hade någon att remittera vidare till *(2005: 65 procent, 2010: 77 procent).* Den behandling som erbjöds var främst rådgivning om lämplig kost och fysisk aktivitet. Gruppgymnastik, farmakologisk behandling, beteendemodifierande behandling samt praktisk undervisning i exempelvis matlagning var sällsynt.

De flesta kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar *(2010: 74 procent).* Det var inte fullt lika många som kände till det webbaserade beslutstödet *(2010: 64 procent).*

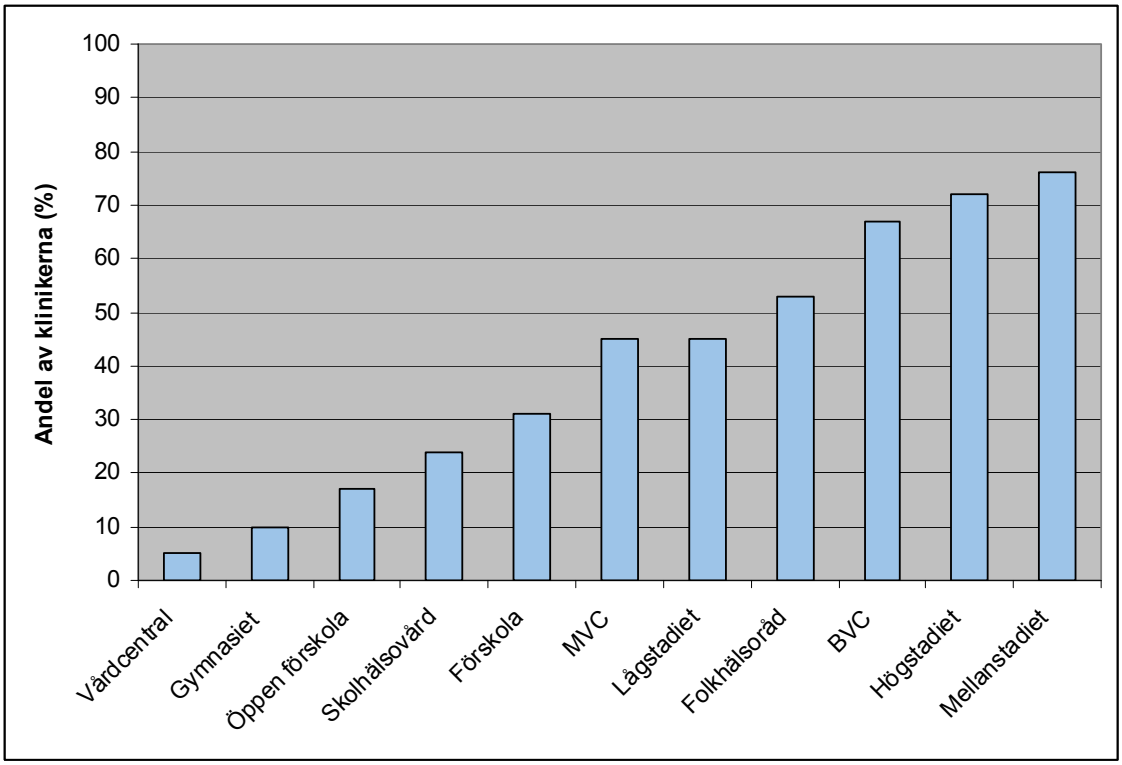
4.10 Klinikchefer inom Folktandvården

Se tabell 212-230 i bilaga U.

Drygt hälften av Folktandvårdens klinikchefer ansåg 2010 att Folktandvården är en lämplig aktör i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar *(2005: 75 procent, 2010: 66 procent).* Färre än hälften av klinikerna arbetade under 2010 med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Andelen hade ökat något alltsedan förra mätningen *(2005: 32 procent, 2010: 41 procent).*

Huvuddelen av Folktandvårdens kliniker bedrev kostrådgivning i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande syfte *(2005: 92 procent, 2010: 91 procent)*. Nästan alla arbetade aktivt för att minska konsumtionen av godis och läsk bland barn och ungdomar *(2005: 98 procent, 2010: 98 procent)*.

Nästan alla klinikerna samverkade under 2010 med andra lokala aktörer i det hälsofrämjande arbetet inom området kost. Andelen hade ökat något alltsedan 2005 *(2005: 86 procent, 2010: 96 procent)*. Mer än hälften av dessa samverkade under 2010 med BVC *(2005: 72 procent, 2010: 67 procent),* skolor med mellanstadie- *(2005: 60 procent, 2010: 76 procent)* och högstadieklasser *(2005: 40 procent, 2010: 72 procent)* samt lokala folkhälsoråd *(2005: 35 procent, 2010: 53 procent),* se figur 25.



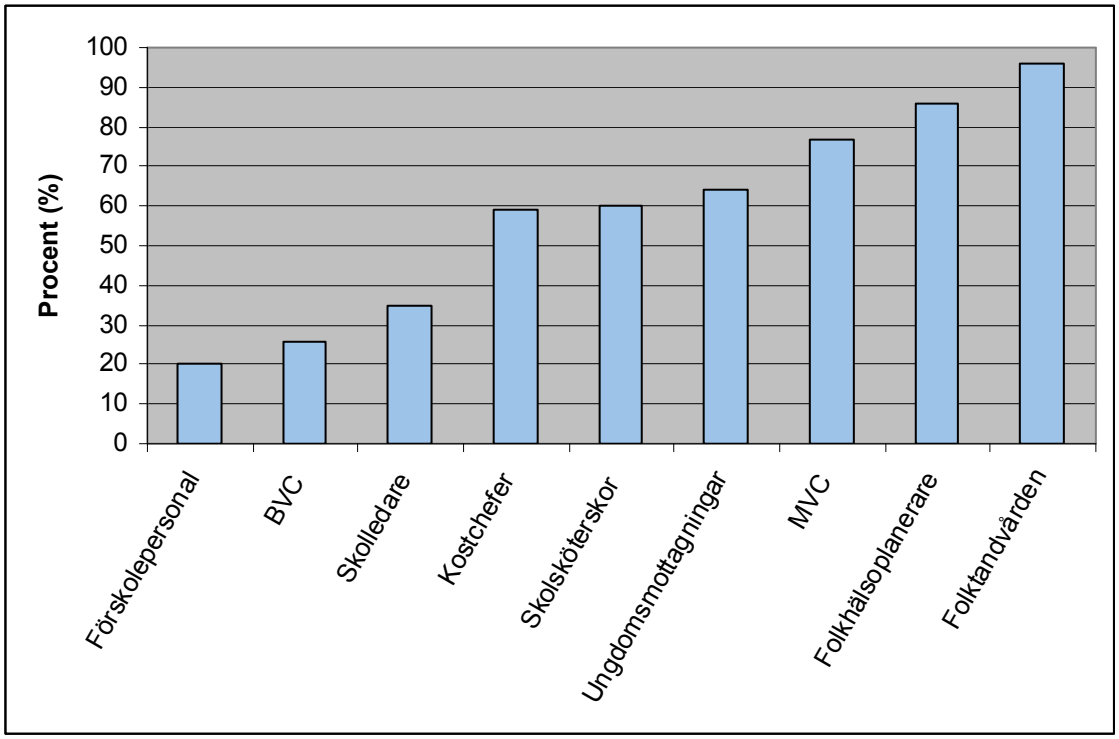
Figur 25: Andel av Folktandvårdens kliniker (%) som under 2010 samverkade med olika typer av verksamheter i det hälsofrämjande arbetet inom området kost.

Knappt hälften samverkade under 2010 med MVC *(2005: 21 procent, 2010: 45 procent),* förskolor *(2005: 49 procent, 2010: 31 procent),* skolor med lågstadieklasser *(2005: 53 procent, 2010: 45 procent).* Endast enstaka kliniker samverkade med skolhälsovård *(2005: 27 procent, 2010: 24 procent),* öppna förskolor *(2005: 15 procent, 2010: 17 procent),* gymnasieskolor *(2005: 5 procent, 2010: 10 procent)* och vårdcentraler *(2005: 10 procent, 2010: 5 procent).* Tre av respondenterna uppgav dessutom att de samverkar med SFI (Svenska för invandrare).

Knappt hälften av respondenterna på Folktandvårdens kliniker kände under 2010 till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västra Götaland *(2010: 41 procent).* Endast ett fåtal hade hört talas om det webbaserade beslutstödet *(2010: 15 procent).*

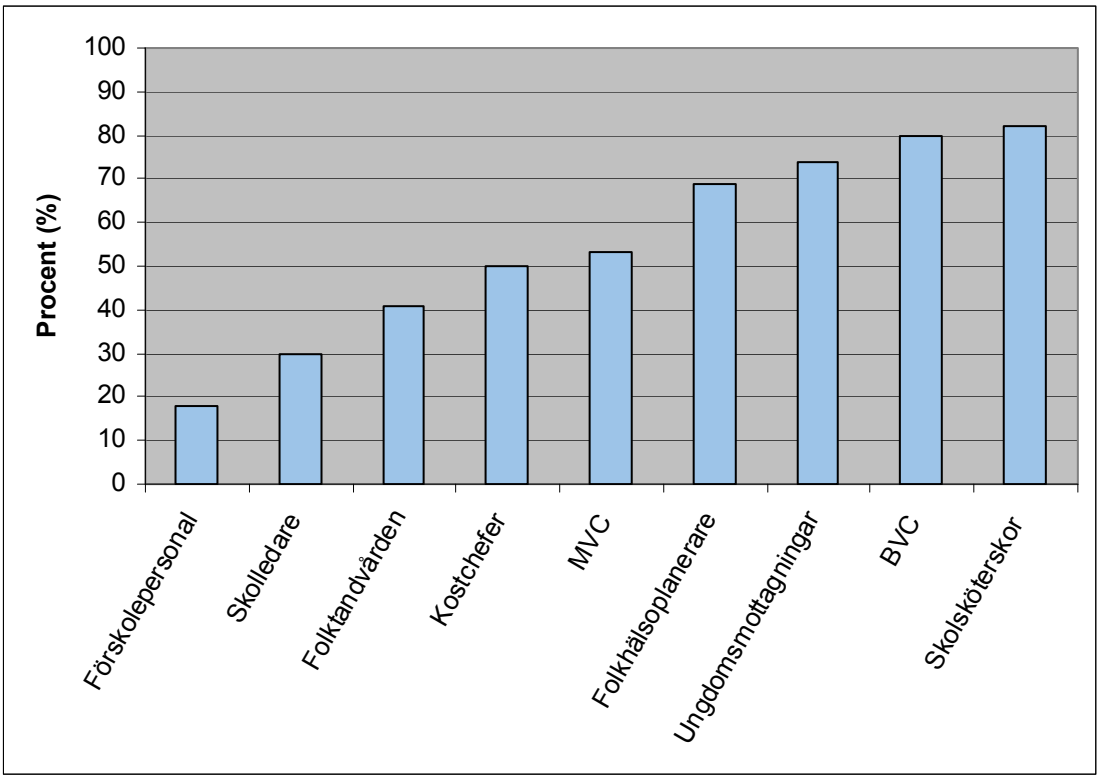
4.11 Skillnader mellan olika verksamheter

Förskolor, skolor och barnavårdscentraler samverkade endast i ringa omfattning med verksamheter utanför den egna förvaltningen, se figur 26. Tandvårdsklinikerna och kommunernas folkhälsoplanerare hade jämförelsevis stora kontaktnät.

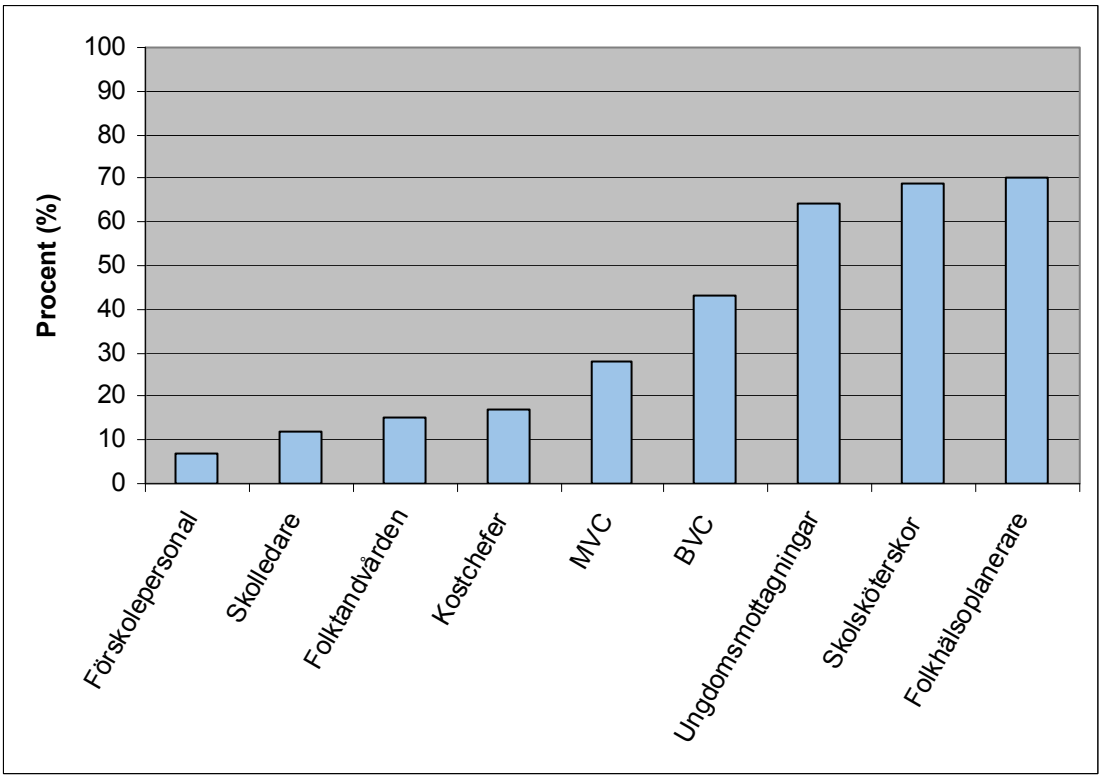


Figur 26: Andel av verksamheterna (%) som under 2009 och 2010 samverkade med verksamheter utanför den egna förvaltningen, se tabell 8, 16, 25, 73, 116, 143, 178, 198 och 216.

Det var jämförelsevis få förskolelärare och skolledare som kände till rekommendationerna, se figur 27. Personal inom barnhälsovård och skolhälsovård var relativt väl informerade om dokumentets existens. Förskolelärare och skolledare kände inte heller till det webbaserade beslutstödet, se figur 28. Beslutstödet var mest känt bland folkhälsoplanerare och skolsköterskor.



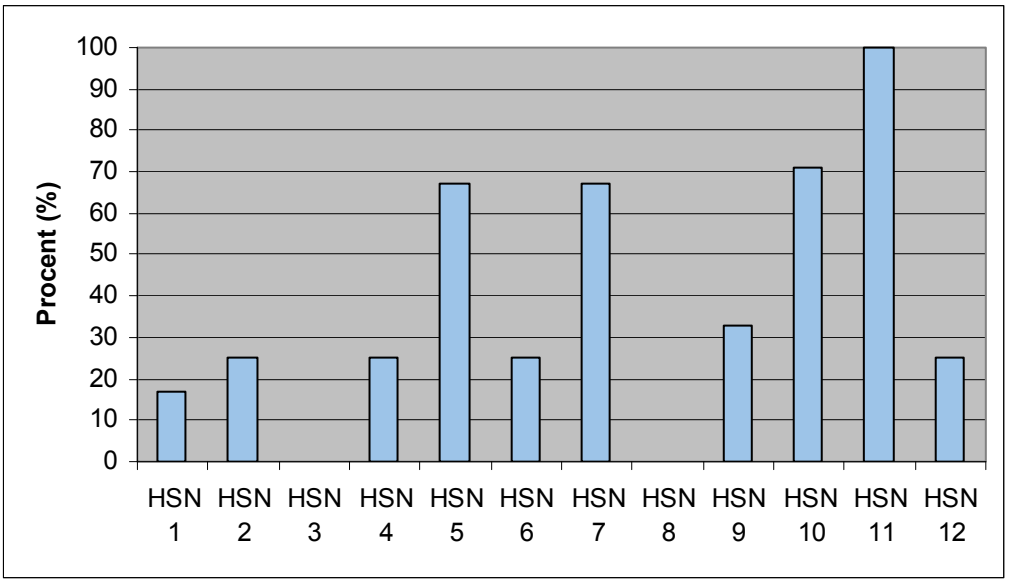
Figur 27: Andel av verksamheterna (%) som under 2009 och 2010 kände till rekommendationerna, se tabell 9, 17, 26, 74, 117, 149, 184, 210 och 229.



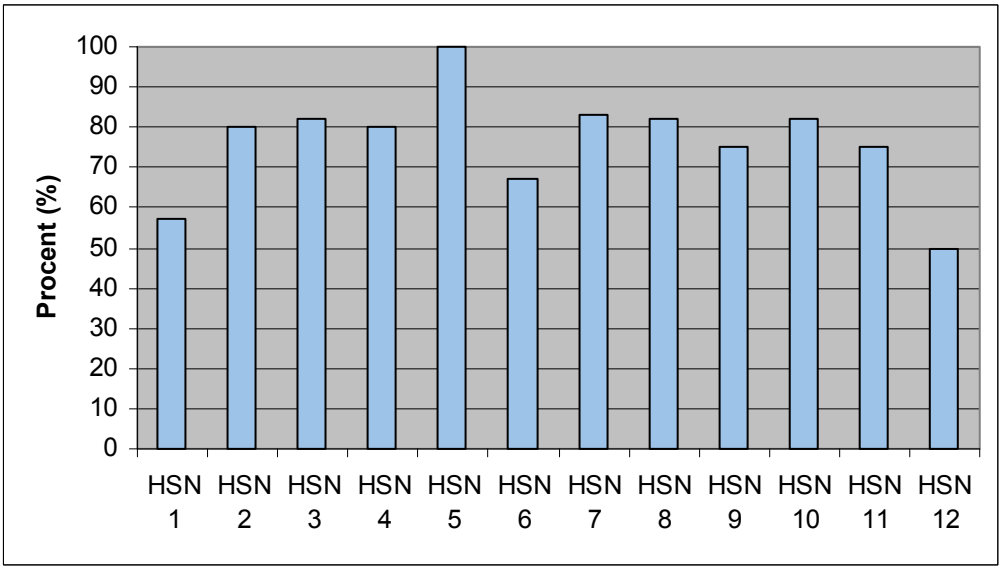
Figur 28: Andel av verksamheterna (%) som under 2009 och 2010 kände till det webbaserade beslutstödet, se tabell 10, 18, 27, 75, 118, 150, 185, 211 och 230.

4.12 Geografiska skillnader

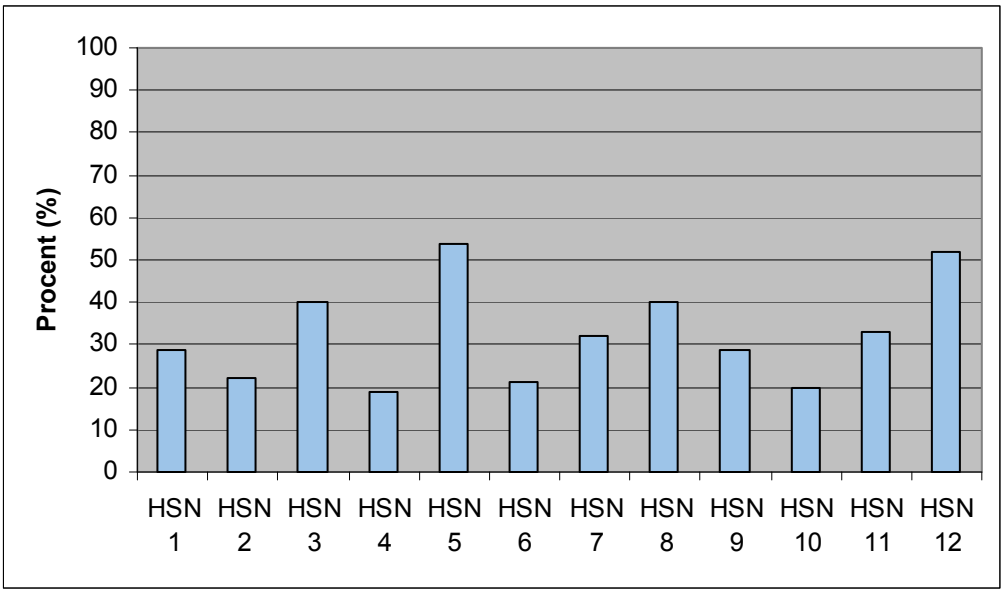
Skillnaderna mellan de geografiska områdena är i flera fall påfallande stora. Resultaten skiljer sig dessutom åt beroende på vilket frågeområde som är i fokus, se figur 29-34 nedan.



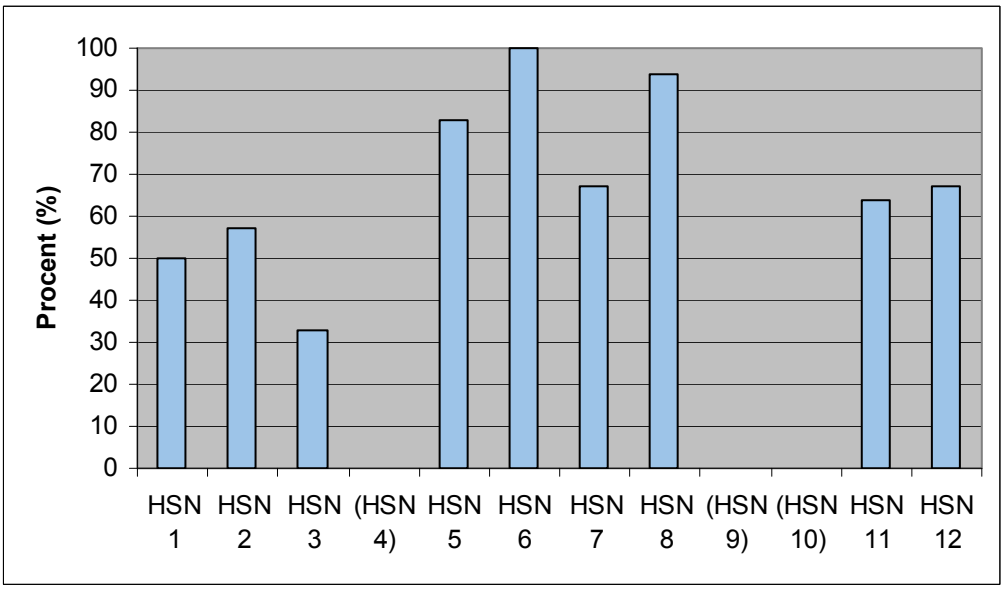
Figur 29: Andel av folkhälsoplanerarna (%) fördelat per HSN-område som under 2009 hade en policy eller ett handlingsprogram för arbetet med övervikt och fetma hos barn, se tabell 5.



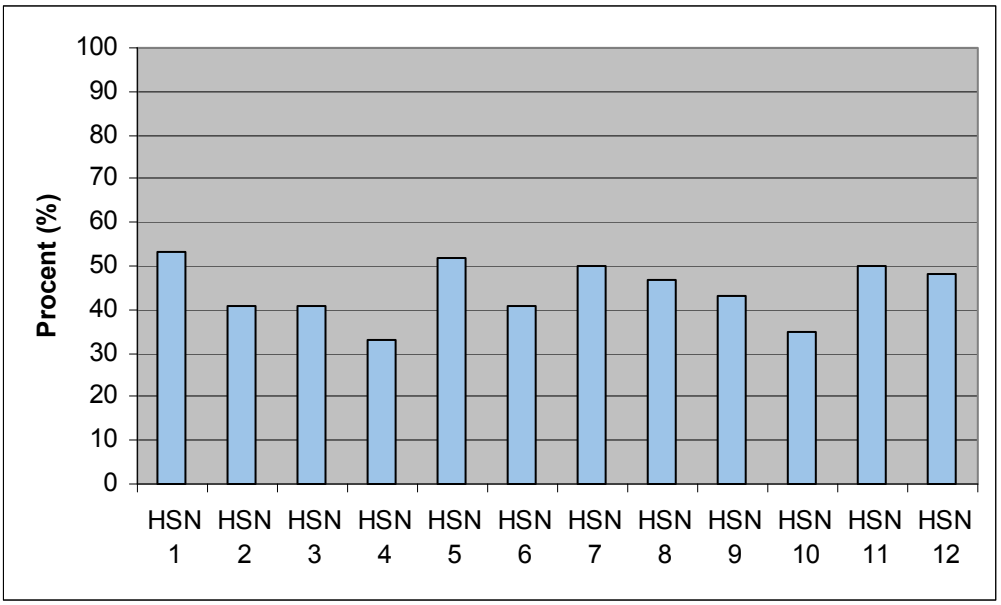
Figur 30: Andel av förskolorna (%) fördelat per HSN-område som under 2010 hade riktlinjer för vad som får serveras till mellanmål, se tabell 23.



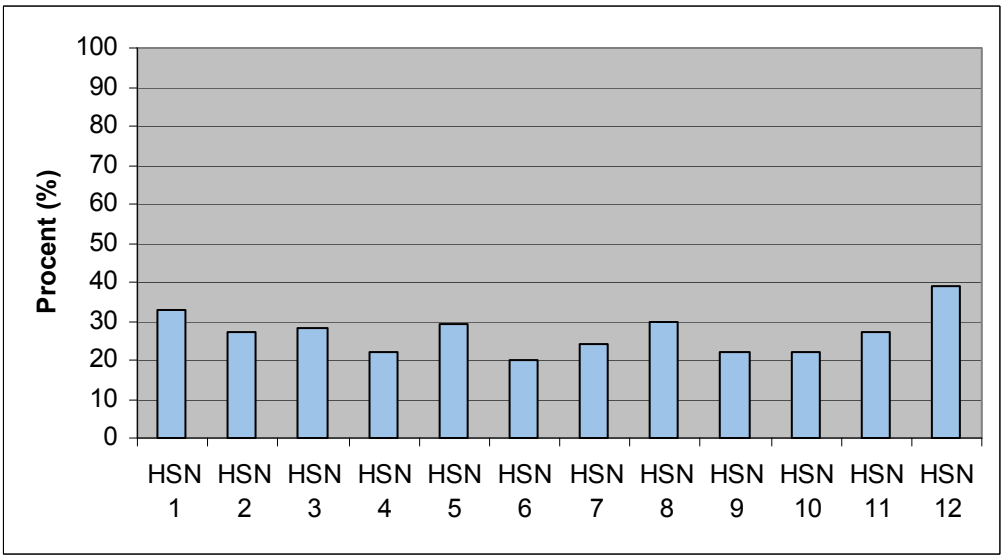
Figur 31: Andel av förskolorna och skolorna (%) fördelat per HSN-område som under 2010 hade en policy för hur man informerar och bemöter barn och ungdomar i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma, se tabell 20 och 32.



Figur 32: Andel av mödravårdscentralerna och barnavårdscentralerna (%) fördelat per HSN-område som under 2010 hade en handlingsplan eller liknande för arbetet med övervikt och fetma, se tabell 124 och 151. HSN-område 4, 9 och 10 besvarade inte enkäterna.



Figur 33: Andel (%) av verksamheterna i de olika HSN-områdena som under 2009 och 2010 kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma hos barn, se tabell 9, 17, 26, 74, 117, 149, 184, 210 och 229.



Figur 34: Andel (%) av verksamheterna i de olika HSN-områdena som under 2009 och 2010 kände till det webbaserade beslutstödet, se tabell 10, 18, 27, 75, 118, 150, 185, 211 och 230.

5. Diskussion

5.1 Metoddiskussion

Svarsfrekvensen var över 50 procent för folkhälsoplanerare, kostchefer, personal inom mödrahälsovård, personal på ungdomsmottagningar samt klinikchefer inom Folktandvården. Dessa verksamheter skickade in mellan 28 och 58 ifyllda frågeformulär. Även om svarsfrekvenserna är acceptabla så är kvantiteterna alltför låga för att vara tillfredsställande.

Det inkom mellan 130 och 447 enkätsvar från förskolor, skolor och skolhälsovård. Svarsfrekvenserna låg dock bara mellan 25 och 50 procent. Resultaten är alltså inte representativa även om kvantiteterna är höga. Tillförlitligheten påverkas tyvärr negativt av den låga svarsfrekvensen.

Endast 46 enkätsvar inkom från barnhälsovården. Svarsfrekvensen var mycket låg; 16 procent. Det kan ha varit så att det administrativa arbetet kring vårdvalet påverkade svarsfrekvensen negativt. Med tanke på att barnhälsovården är en central aktör i det förebyggande arbetet är det beklagligt att inte fler besvarade enkäten.

Den låga svarsfrekvensen är i sig ett resultat, den påvisar att verksamheterna var olika hårt belastade under mätperioden. Extraordinära händelser som exempelvis massvaccinationer kan i framtiden kräva särskild resurstilldelning. Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser riskerar annars att gå om intet på grund av överbelastning.

Även om kvantiteterna i många fall var små redovisades samtliga resultat i procent. Detta gjordes för att möjliggöra en jämförelse mellan 2005 och 2009-2010. I tabellerna redovisades även antalet jakande svar och antalet inkomna svar, detta för att tydliggöra uppgifternas tillförlitlighet.

5.2 Resultatdiskussion

Folkhälsoplanerare

I Västra Götalandsregionens handlingsprogram mot övervikt och fetma rekommenderas kommunerna att skapa styrdokument för det lokala arbetet (2008). En stor andel av kommunerna har inte hörsammat detta önskemål. Färre än hälften av folkhälsoplanerarna som deltog i denna undersökning hade en policy eller en handlingsplan för det förebyggande arbetet med övervikt och fetma bland barn. Betydelsen av lokala handlingsplaner kan behöva lyftas fram i det framtida utvecklingsarbetet.

Ett flertal av folkhälsoplanerarna hade inte tillgång till statistik över förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i kommunen. Lokal statistik behövs som underlag i diskussionen om huruvida kommunens knappa resurser skall läggas på hälsofrämjande och förebyggande insatser eller andra, mer akuta, åtgärder. Uppgifterna kan dessutom påvisa vilka grupper i samhället som är mest angelägna att fokusera på.

Regionens mål om att återföra prevalensen av fetma bland tioåriga barn till 1980-talets nivå går i nuläget inte att mäta (Västra Götalandsregionen 2008). Uppgifterna finns dock inom räckhåll. Det största arbetet, att mäta och väga barnen, är redan gjort. Det som återstår är att sammanställa de insamlade uppgifterna. Detta förutsätter emellertid att en rad tekniska och juridiska hinder övervinns. Med tanke på att prevalensen av övervikt och fetma kan utgöra en bra indikator för att belysa ojämlikheter i befolkningens hälsa så är det angeläget att regionens verksamheter får tillgång till både regional och lokal statistik så snart som möjligt (WHO 2008).

Majoriteten av folkhälsoplanerarna i undersökningen samverkade med verksamheter utanför den egna förvaltningen i arbetet med att förebygga övervikt och fetma hos barn. Denna andel skulle kunna vara ännu högre. Att samverka med andra aktörer är en förutsättning i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet (Västra Götalandsregionen 2007).

Folkhälsoplanerarna skulle kunna vara till god hjälp i arbetet med att informera kommunala verksamheter om handlingsprogrammet, rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet. Exempelvis kostchefer, skolledare och förskolelärare har inte nåtts av denna information.

Kostchefer

Kommunernas kostchefer är centrala aktörer i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet med övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Drygt hälften av kostcheferna som deltog i denna undersökning var aktiva i det förebyggande arbetet. Kostcheferna har det övergripande ansvaret för kosthållningen i förskola, skola och fritidshem. Att delta i det förebyggande arbetet borde ingå som en naturlig del i kostchefernas uppdrag och ses som en självklarhet.

I Livsmedelsverkets skrivelse ”Bra mat i skolan” (2007b) uppmanas kommunernas kostchefer att näringsberäkna elevernas samtliga måltider under skoldagen. Kostcheferna som deltog i denna undersökning uppgav att de följer Livsmedelsverkets riktlinjer vid måltidsplaneringen. Det var dock bara drygt hälften som näringsberäknade skolluncherna. Dessa resultat överensstämmer alltså inte till fullo.

Förskolepersonal

Förskolan är en arena i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som behöver tas bättre tillvara. Denna undersökning visar att drygt hälften av förskolorna arbetade förebyggande under 2010. Denna andel skulle säkerligen kunna öka om fler förskolor skulle samverka med verksamheter som är mer engagerade i frågan. Samverkan skulle exempelvis kunna bedrivas med kommunens folkhälsoenhet, barnhälsovården, tandvården samt lokala idrottsföreningar.

Majoriteten av respondenterna som deltog i studien 2010 uppgav att det finns riktlinjer för vad som får serveras till mellanmål. Livsmedelsverket publicerade 2007 skriften ”Bra mat i förskolan” (2007a). De nationella riktlinjerna avser samtliga måltider som serveras; frukost, lunch och mellanmål. Även firandet av storhelger och födelsedagar tas upp i riktlinjerna. Mycket vore vunnet om alla förskolor i regionen skulle följa Livsmedelsverkets rekommendationer.

Skolledare

Drygt hälften av skolorna i undersökningen arbetade aktivt med att förebygga övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Med tanke på att skolan är en central arena i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet så borde denna andel vara högre.

Samverkan är en förutsättning i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet (Västra Götalandsregionen 2007). Ett flertal yrkesgrupper inom kommunen kan engageras i frågan; folkhälsoplanerare, kostchefer, rektorer, skolmåltidspersonal, skolsköterskor, pedagoger och fritidspersonal. Samverkan kan dessutom bedrivas med skolor i andra kommuner, exempelvis via nätverket Skolmatsakademin. Det finns en mängd goda exempel inom regionen som kan inspirera till att inleda ett förändringsarbete (www.vgregion.se/skolmatsakademin).

Nästan alla högstadieskolorna i undersökningen hade riktlinjer för vad som är lämpligt att ha till försäljning i skolcaféet. Bara drygt hälften av gymnasieskolorna hade sådana rekommendationer. Detta avspeglade sig i caféernas utbud. Gymnasieskolornas caféer hade betydligt mycket mer onyttiga livsmedel till försäljning. Livsmedelsverket uppmanar landets alla kommuner att ha riktlinjer för skolornas caféer (2007b). Rekommendationen är att huvudsakligen servera nyckelhålsmärkta livsmedel och att undvika godis, glass, läsk och bakverk. De nationella riktlinjerna gäller även gymnasieskolan.

Sjuksköterskor inom skolhälsovården

Enkätsvaren från skolsköterskorna indikerar att det förebyggande arbetet inom skola och skolhälsovård minskade i omfattning mellan 2005 och 2010. Även om detta resultat är osäkert så kan man åtminstone konstatera att omfattningen inte har ökat.

Det var endast ett fåtal skolsköterskor som deltog i föräldramöten för att informera om kost och fysisk aktivitet. Studien visar dessutom att det inte är givet att erbjuda föräldrar till barn med övervikt eller fetma rådgivning. Skolhälsovården skulle i större utsträckning kunna ses som en resurs i skolans kontakt med föräldrarna. Muntlig och skriftlig information om levnadsvanor kan med fördel ges både under det individuella hälsosamtalet och under gemensamma föräldramöten (Livsmedelsverket 2007b, Västra Götalandsregionen 2007).

I rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser uppmanas vårdpersonal att diagnostisera övervikt och fetma genom att beräkna barnets BMI och därefter jämföra resultatet med gränsvärdena för iso-BMI (Cole et al. 2000, Västra Götalandsregionen 2007). Denna undersökning visar att detta tillvägagångssätt blev allt vanligare mellan första och andra mätningen, majoriteten av skolsköterskorna använde sig av denna metod år 2010. Motsvarande mönster kan även ses inom barnhälsovården.

Tjänstemän på hälso- och sjukvårdskanslierna

Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder initierade och finansierade hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser under 2009. Respondenterna var dock oroade

över vad som kommer att hända efter införandet av VG Primärvård. Hälsofrämjande och förebyggande aktiviteter riskerar att gå om intet. Förhoppningsvis ersätts dessa med nya, ambitiösa satsningar. Det finns dock behov av att följa upp i vilken mån utförarna arbetar förebyggande rent generellt. Det finns än så länge bara ett fåtal kvalitetsindikatorer i Krav- och kvalitetsboken som avser hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser (Västra Götalandsregionen 2010). Dessa behöver bli fler för att möjliggöra en samlad analys av det förebyggande arbetet.

Personal på MVC

Enligt Socialstyrelsen har andelen gravida kvinnor med övervikt och fetma ökat påtagligt. Dessa kvinnor löper en förhöjd risk att drabbas av komplikationer, exempelvis graviditetsdiabetes och havandeskapsförgiftning (Socialstyrelsen 2009). Sannolikheten är dessutom stor att barnet väger jämförelsevis mycket vid födseln. Detta kan i sin tur leda till övervikt och fetma under barndomsåren (Whitaker & Dietz 1998).

Det är angeläget att även mödrahälsovården arbetar förebyggande. Detta gynnar både mödrar och barn. Andelen mottagningar med handlingsplaner och pågående projekt ökade kraftigt mellan första och andra mätningen. Det vore dock önskvärt att fler arbetade aktivt med denna fråga. En del av lösningen ligger förmodligen i att samverka mer med olika typer av regionala och kommunala verksamheter. Folkhälsoplanerare, dietister, sjukgymnaster och FaR-samordnare kan exempelvis vara till god hjälp i arbetet.

Sjuksköterskor på BVC

Övervikt och fetma som etableras i barndomen blir i många fall bestående (Ekblom, Ekblom Bak & Ekblom 2009, Guo et al. 2002, Whitaker et al. 1997). Det är viktigt att inleda det hälsofrämjande och förebyggande arbetet tidigt med tanke på att det är svårt att förändra inarbetade vanor.

Enkätsvaren från barnavårdscentralerna indikerar att det förebyggande arbetet har ökat i omfattning alltsedan 2005. Andelen mottagningar med styrdokument hade exempelvis ökat. Det var emellertid nedslående att det var så få som samverkade med verksamheter utanför den egna förvaltningen.

Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet genomfördes huvudsakligen i det personliga mötet med barnet och dess föräldrar, inte i form av organiserade gruppaktiviteter. Information om levnadsvanor skulle emellertid med fördel kunna ges i grupp till föräldrar med lite större barn. Även om föräldrar idag rent generellt är väl pålästa finns säkerligen ett behov av att lära mer. Öppna föreläsningar kan arrangeras i samverkan med andra verksamheter, exempelvis tandvården, socialtjänsten och kommunens folkhälsoenhet.

Personal på ungdomsmottagningar

Regionens ungdomsmottagningar skall enligt beslutstödet arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att motverka övervikt och fetma (www.vgregion.se/beslutstodfetma). Både allmänna och riktade insatser skall erbjudas. Ungdomar med fetma kan remitteras vidare såvida inte resurser finns för att ge behandling inom enheten.

Att beräkna samtliga patienters BMI-status för att därigenom identifiera övervikt och fetma kan i sig utgöra en förebyggande åtgärd. Denna undersökning visar att det endast var ett fåtal mottagningar som under 2010 rutinmässigt räknade ut patienternas BMI. De flesta gjorde det bara vid speciella indikationer.

Drygt hälften av ungdomsmottagningarna som besvarade enkäten kände till det webb-baserade beslutstödet. Andelen mottagningar som arbetar hälsofrämjande och förebyggande skulle säkerligen kunna öka om fler informerades om beslutstödets existens.

Klinikchefer inom Folktandvården

Folktandvården är en central aktör i arbetet med att informera om kost och goda matvanor. Denna undersökning visar att nästan samtliga kliniker erbjöd barn och ungdomar kostrådgivning i hälsofrämjande och förebyggande syfte. Avsikten var dock huvudsakligen att främja god tandhälsa. Det var bara drygt hälften av klinikcheferna som ansåg Folktandvården vara en lämplig aktör i arbetet med att förebygga övervikt och fetma. Endast ett fåtal av respondenterna hade hört talas om det webbaserade beslutstödet.

Tandvården uppmanas i beslutstödet att samverka med kommunernas folkhälsoplanerare, mödrahälsovården, barnhälsovården, förskolor och skolor. Nästan alla klinikerna i undersökningen samverkade med andra under 2010. Samverkan bedrevs främst med barnhälsovård samt mellanstadie- och högstadieskolor. Detta omfattande samarbete har delvis kommit till stånd tack vare projektet ”Mål i mun”. Syftet med projektet är att Folktandvården, mödrahälsovården och barnhälsovården skall kommunicera ett gemensamt hälsobudskap.

Hur kan vi gå vidare?

En möjlighet att driva hälsofrämjande och förebyggande arbete på ett hållbart sätt är att i regionen vidareutveckla och implementera erfarenheter från EU-projektet IDEFICS (www.idefics.eu). Detta EU-projekt har utvecklats i internationellt samarbete enligt en evidensbaserad modell. Sverige representeras i projektet av Partille kommun, som startade i projektform 2008 med att genomföra förebyggande arbete enligt modellen. Insatserna drivs från och med 2010 huvudsakligen av kommunen själv. Projektet skall successivt avslutas och insatserna kommer att övergå till bestående verksamhet i kommunen. IDEFICS är en ”Community intervention” med hälsofrämjande och förebyggande insatser riktade till barn i åldrarna 2-10 år. Kommunledningen i Partille stöder och medverkar aktivt i insatserna, främst via sitt folkhälsoråd. Alla nämnder i kommunen medverkar i någon form. Förskolor och skolor är de främsta arenorna för insatser, men media, affärsverksamheter, hälsovård, föreningar och andra medverkar också i arbetet (www.partille.se). Göteborgs Universitet och Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen har stöttat och deltagit i detta utvecklingsarbete. Goda förutsättningar finns alltså för att föra ut denna modell till andra kommuner i regionen.

6. Slutsatser

Det har överlag skett en förbättring alltsedan 2005, det förebyggande arbetet har ökat i majoriteten av verksamheterna. Skillnaderna är dock stora mellan olika organisationer, verksamheter och geografiska områden. Det finns exempelvis mycket kvar att göra inom förskola och skola. Även Folktandvården och ungdomsmottagningarna behöver involveras mer i arbetet.

Det vore värdefullt om alla verksamheter skulle följa de nationella och regionala riktlinjer som finns. Detta förutsätter dock att berörda yrkesgrupper informeras om budskapen i dessa dokument. Denna undersökning visar att främst förskolelärare, skolledare, kostchefer och klinikchefer inom Folktandvården behöver informeras om handlingsprogrammet, rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet.

I handlingsprogrammet uppmanas regionala och kommunala verksamheter att skapa egna styrdokument. Denna studie visar att få enheter hade handlingsplaner för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet under 2010. Framtida insatser kan behöva fokusera mer på betydelsen av övergripande styrdokument.

Det vore önskvärt att fler hälso- och sjukvårdsnämnder skapade lokalt anpassade handlingsplaner utifrån det regiongemensamma handlingsprogrammet. Beställningsarbetet blir mer målinriktat om det finns en kartläggning av den lokala situationen att tillgå samt en plan avseende specifika problemområden.

Samverkan är en förutsättning i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Denna studie visar att fler borde samverka med andra utanför den egna förvaltningen. Det krävs dock även samordning. Detta underlättas av om det finns centrala samordnare. En regiongemensam modell för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser skulle dessutom vara till god hjälp.

Intresset för förebyggande och hälsofrämjande arbete är stort i de flesta kommuner i regionen. Flera kommuner har visat direkt intresse av att ta del av IDEFICS-modellen. Regionen har en nära till hands liggande möjlighet att bidra till detta genom att finansiera och stötta införandet av IDEFICS-modellen i kommuner som är beredda att arbeta enligt denna modell. Insatserna bör komma olika typer av kommuner i regionen till del. Speciellt är det av vikt att rikta sådana insatser till socioekonomiskt utsatta områden.

Regionens mål om att återföra prevalensen av fetma bland tioåriga barn till 1980-talets nivå går i nuläget inte att mäta. Uppgifterna finns dock inom räckhåll. Det största arbetet, att mäta och väga barnen, är redan gjort. Det som återstår är att sammanställa de insamlade uppgifterna. Detta förutsätter emellertid att en rad tekniska och juridiska hinder övervinns. Med tanke på att prevalensen av övervikt och fetma kan utgöra en bra indikator för att belysa ojämlikheter i befolkningens hälsa så är det angeläget att regionens verksamheter får tillgång till både regional och lokal statistik så snart som möjligt.

På grund av införandet av VG Primärvård valdes regionens behandlande verksamheter bort. Det vore avslutningsvis intressant att även studera vilka insatser de behandlande enheterna gör för barn och ungdomar med etablerad fetma.

7. Litteraturförteckning

Cole T, Bellizzi M, Flegal K & Dietz W (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 2000; 320:1240.

Ekblom Ö, Ekblom Bak E & Ekblom B (2009). Trends in body mass in Swedish adolescents between 2001 and 2007. *Acta paediatrica* 2009;98:519-522.

Englund K & Sjöberg A (2010). *Förekomst av övervikt och fetma bland barn i Västra Götaland.* Göteborg: Västra Götalandsregionen.

Guo SS, Wu W, Chumlea WC & Roche AF (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2002;76:653-658.

Livsmedelsverket (2007a). *Bra mat i förskolan* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.slv.se> /Mat och näring/Mat i förskola och skola (2010-07-19).

Livsmedelsverket (2007b). *Bra mat i skolan* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.slv.se> /Mat och näring/Mat i förskola och skola (2010-07-19).

Moodie R, Swinburn B, Richardson J & Somaini B (2006). Childhood obesity – a sign of commercial success, but a market failure. *International Journal of Pediatric Obesity.* 2006; 1(3): 133-138.

Must A & Strauss RS (1999). Risks and consequences of childhood and adolescent obesity. *International Journal of Obesity* 1999;23(Suppl 2):2-11.

Mårild S, Bondestam M, Bergström R, Ehnberg S, Hollsing A & Albertsson-Wikland K (2004). Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta paediatrica* 2004;93:1588-1595.

Sjöberg A, Yngve A, Moraeus L, Poortvliet E, Al-Ansari U & Lissner L (2009). *Degree of urbanisation in relation to overweight and obesity among Swedish children: a national survey* (Elektronisk) Tillgänglig: <http://abstrakt.sls.se/word/obesitasforskning.doc> (2010-04-30). (Abstract)

Socialstyrelsen (2009). *Graviditeter, förlossningar och nyfödda barn. Medicinska födelseregistret 1973-2008. Assisterad befruktning 1991-2007* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.socialstyrelsen.se> (2010-07-21).

Visscher TLS & Seidell JC (2001). The public health impact of obesity. *Annual Review of Public Health* 2001;22:355-75.

Västra Götalandsregionen (2006). *De 1111 svaren. Kartläggning under 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/beslutstodfetma> (2010-04-23).

Västra Götalandsregionen (2007). *Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/beslutstodfetma> (2010-04-23).

Västra Götalandsregionen (2008). *Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen. Sammanfattning och förslag till genomförande* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/beslutstodfetma> (2010-04-23).

Västra Götalandsregionen (2009). *Med omtanke om framtiden. Västra Götalandsregionens budget 2010* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se> Startsida/Politik/Budget (2010-09-19).

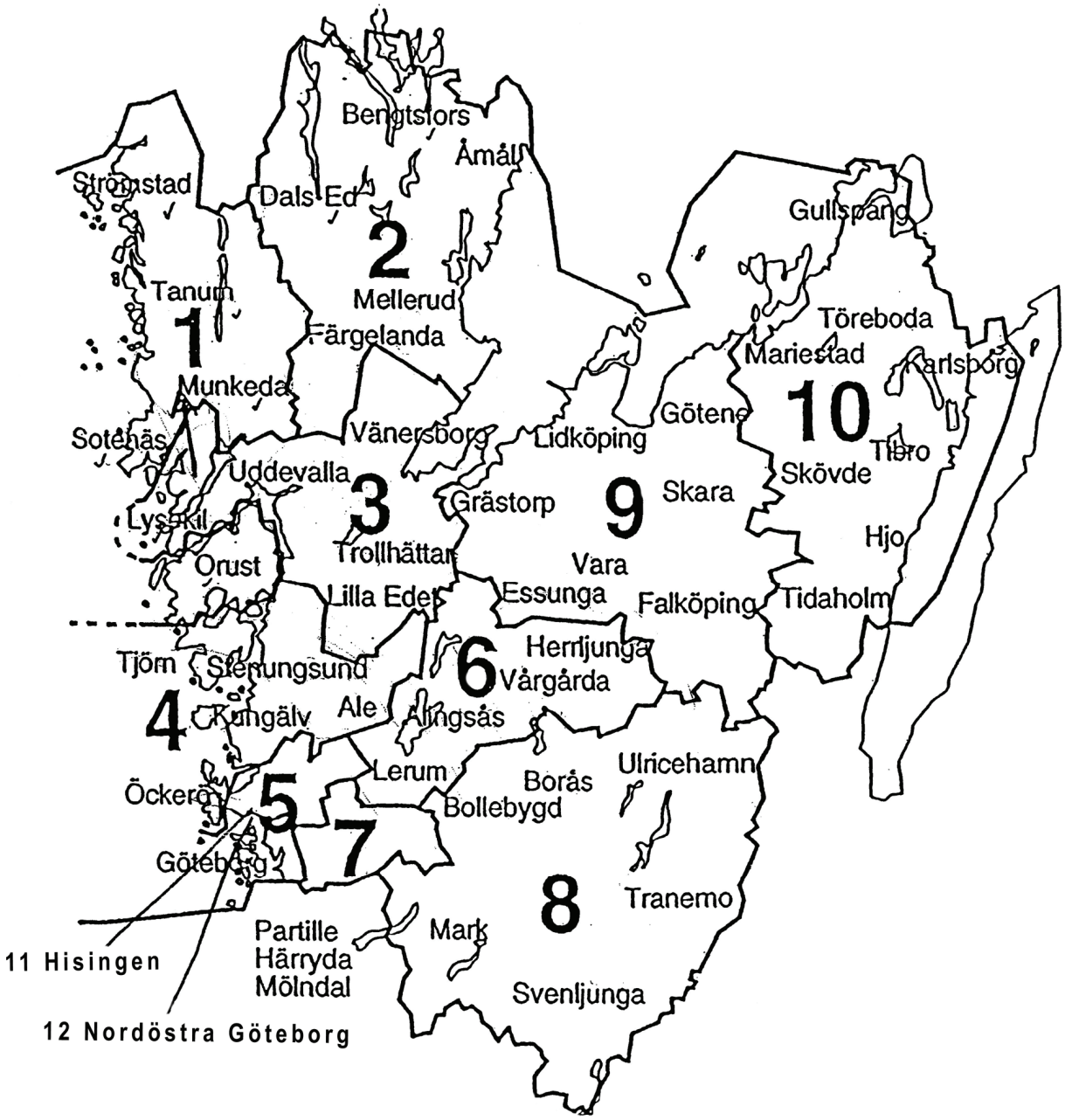
Västra Götalandsregionen (2010). *Krav- och kvalitetsbok – 2011* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se> Startsida/Vård och hälsa/För vårdgivare/VG Primärvård/Krav- och kvalitetsbok för vårdgivare (2010-09-19)

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD & Dietz WH (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine* 1997;337:869-873.

Whitaker RC & Dietz WH (1998). Role of the prenatal environment in the development of obesity. *The Journal of Pediatrics* 1998;132:768-76.

WHO (2008). *Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation (Closing the gap in a generation). Jämlikhet i hälsa genom påverkan av de sociala bestämningsfaktorerna* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.who.int> Startsida/Programmes and projects/Social determinants of health/Commission on Social Determinants of Health 2005-2008/Commission on Social Determinants of Health - final report/Executive summary/Swedish (2010-09-29).

Hälso- och sjukvårds-nämndernas områden



VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN

Uppföljningen av kartläggningen av insatser avseende övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västra Götaland är genomförd av Katarina Englund, hälso- och sjukvårdsavdelningen, regionkansliet, på uppdrag av folkhälsokommitténs kansli och hälso- och sjukvårdsavdelningen, Västra Götalandsregionen.

Elektronisk kopia finns på:
www.vgregion.se/folkhalsa

Fler exemplar kan beställas från:
adress.distributionscentrum@vgregion.se