



Lokal handlingsplan för att motverka övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Trestad + Faktadokument

Hälsa- och sjukvårdsnämnden Trestad

1. Inledning

Övervikt och fetma är ett stort problem i Sverige hos både barn och vuxna. I Västra Götaland har det skett en stor ökning av övervikt och fetma bland barn och ungdomar de senaste åren. Med anledning av den oroväckande utvecklingen har ett regionalt handlingsprogram tagits fram. Handlingsprogrammet innehåller riktlinjer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder mot övervikt och fetma samt en strategi för hur regionen aktivt skall arbeta för att bekämpa den negativa utvecklingen.

Det regionala handlingsprogrammet har sin centrala utgångspunkt i visionen om ”Det Goda Livet i Västra Götalandsregionen”. Ett av programmets långsiktiga och mer specifika mål är att förekomsten av fetma under det kommande decenniet ska sänkas till 1980-talets nivå, vilket innebär under 1 procent bland barn och under 10 procent bland vuxna.

I Trestad har hälso- och sjukvårdsnämnden i uppdrag utifrån det regionala handlingsprogrammet att utforma en lokal handlingsplan mot övervikt och fetma. Med handlingsplanen vill nämnden identifiera utvecklingsområden i arbetet med att förhindra uppkomst av eller motverka förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar samt att utveckla den befintliga vårdkedjan. Nämnden förutsätter att alla vårdenheter inom VG primärvård följer de regionala handlingsprogram och riktlinjer som regionfullmäktige har antagit, så som exempelvis beslutstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma i VGR.

Hälso- och sjukvårdsnämnden Trestads vision är att:

”alla medborgare i Trestad ska genom hela livet ha förutsättningar för en god hälsa samt hälsosamma livsvillkor och levnadsvanor. Barn och ungdomars behov är av särskilt stor betydelse och alla ska ha möjlighet till en god hälsostart i livet (...)”

Nämnden har som mål **att förekomsten av övervikt och fetma ska minska**. För att nå målet har nämnden formulerat ett antal medel. De medel som kräver speciellt fokus för att nå målet med att minska förekomsten av övervikt och fetma är:

- ”Utveckling av kontinuerligt föräldrastöd”
- ”Folkhälsoråden ska fokusera på livsvillkor och förutsättningar för hälsa”
- ”Generella och riktade insatser för att undvika övervikt och fetma, främst bland barn och ungdom”
- ”Vårdgivarna ska tillämpa strukturerade modeller, till exempel motiverande samtal, FYSS och FaR i arbetet med patienternas levnadsvanor”
- ”Samarbete mellan skola, elevhälsa, ungdomsmottagning, sjukvård, tandvård med flera, för att förhindra ohälsa bland barn och ungdom”

2. Behovsområden

Det är föräldrar och vårdnadshavare som i första hand bär ansvaret för sina barns hälsa. För att skapa förutsättningar till hälsosamma levnadsvanor och därmed också förhindra uppkomst av samt motverka övervikt och fetma är det viktigt att det finns stödjande arenor runt familjen. Verksamheter som fungerar som stödjande arenor för familjen varierar under barnets uppväxttid.

Spädbarnstiden

Generella hälsofrämjande insatser för att minska risken att barn utvecklar fetma bör starta tidigt, redan innan födseln. Mödrahälsovården har en viktig roll i att stödja kvinnor och deras partner i en hälsosam viktutveckling inför, under och efter graviditeten.

Barnhälsovårdens roll är att främja barnets hälsa, trygghet och utveckling. Barnavårdscentraler är en betydelsefull arena i arbetet med att förhindra uppkomst och motverka förekomst av övervikt och fetma hos barn. BHV har en viktig roll i att ge föräldrar stöd samt kunskap om vikten av hälsosam kost och fysisk aktivitet. Folk tandvården har också ett hälsofrämjande uppdrag och genomför liksom BHV hälsosamtal vid olika tidpunkter under barns uppväxt. Det bör råda samstämmighet mellan BHV och Folk tandvården så att föräldrar nås av samma budskap kring kost vid hälsosamtalen hos båda verksamheterna.

Förskoleåldern/Skolåldern

Barn med övervikt växer oftast upp till överviktiga ungdomar. Cirka 80 procent av de barn som var överviktiga i 6-7 årsåldern är fortfarande överviktiga i de sena tonåren. Barnfetma som redan har uppstått är svår att behandla och det är därför viktigt att satsa på effektiva förebyggande åtgärder för att förhindra att barn utvecklar fetma. Det finns forskning som visar att skolbaserade åtgärder som stimulerar till bättre vanor avseende mat och dryck, ofta i förening med ökad fysisk aktivitet, kan minska viktökning och fetmautveckling bland barn och ungdomar.

Hur lokalsamhället är utformat påverkar barns förutsättningar till spontan rörelse. Det är viktigt att skapa barnvänliga och stödjande miljöer samt mötesplatser för barns lek och fysiska aktivitet. Forskning visar på att god tillgång till lekplatser, parker och andra grönområden ökar fysisk aktivitet hos både yngre och äldre barn. Några exempel på hur kommuner kan utforma lokalsamhället för att främja barn och ungdomars hälsa är genom säkra gång- och cykelvägar till skolan och fritidsaktiviteter, gröna skolgårdar, mer plats åt spontanidrott, närbelägna lekparkar samt att inkludera barn och ungdomars åsikter om utemiljön.

Skolan är en arena för hälsofrämjande åtgärder för barn och ungdomar. Daglig fysisk aktivitet måste prioriteras, utemiljön är en viktig del av barns uppväxtmiljö och skolgårdens utformning har en betydelse för barns lek och fysiska aktivitet. Maten i skolan påverkar barns matvanor. Goda kostvanor påverkar koncentrationen och inlärningsförmågan. Det är viktigt att alla barn har bra förutsättningar till hälsosam kost samt till fysisk aktivitet. Skolhälsovården möter alla elever och ska enligt skollagen bevara och förbättra elevernas hälsa samt verka för sunda levnadsvanor.

Ungdomar

Forskning visar att i ungdomsåren minskar andelen ungdomar som är fysiskt aktiva på fritiden och det är inte heller lika vanligt med spontan fysisk aktivitet som i tidigare åldrar. En nationell kartläggning av skolbarns hälsovanor (2005/2006) visar att endast en av fem 11-åringar tränar minst 1 timme per dag i veckan. Vid 15 års ålder har den siffran halverats. Samma studie visar också att datoranvändningen ökar med stigande ålder. Cirka 20 procent av 15-åriga pojkar använder datorn i genomsnitt 4 timmar eller mer på vardagarna.

Även matvanorna försämras med åldern. Frukost äts i mindre utsträckning vid 15 års ålder, andelen flickor som äter frukost minskar mer än för pojkar. Pojkarna äter inte lika ofta frukt och grönsaker vid 15 års ålder jämfört med tidigare, samtidigt som de oftare dricker mer läsk och äter mer godis. Flickors mönster ser nästan likadant ut men de ökar däremot inte sin konsumtion av läsk.

För ungdomar är ungdomsmottagningen en viktig arena för att ge stöd och skapa förutsättningar till hälsosamma levnadsvanor. Ungdomar börjar ta mer egenansvar för sin hälsa än tidigare och kan i högre utsträckning påverka sina val av levnadsvanor. Ungdomsmottagningen är därmed en viktig aktör i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma. Föreningslivet är också en viktig arena för ungdomar. Det är viktigt att stötta och uppmuntra ungdomar till fysisk aktivitet, då den fysiska aktiviteten generellt sätt minskar i ungdomsåren.



3. Utvecklingsområde

Ansvar för att arbeta med att minska förekomsten av övervikt och fetma hos barn och ungdomar delas av regionen och kommunerna. Ansvar för utredning och behandling ligger i primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Fokus måste ligga på hälsofrämjande och förebyggande insatser i alla berörda verksamheter och starta så tidigt som möjligt så att alla barn och ungdomar får goda förutsättningar för en bra start i livet.

Efter genomförd kartläggning av vad som utförs inom kommunala och regionala verksamheter för att minska förekomsten av övervikt och fetma har nämnden identifierat ett antal utvecklingsområden. Utvecklingsområdena är indelade i fyra nivåer; strategiska, hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser.

Strategiska utvecklingsområden

Med strategiska utvecklingsområden menar nämnden de områden som inte innefattas i hälsofrämjande, förebyggande eller behandlande insatser men som är nödvändiga för att minska förekomsten av övervikt och fetma. De utvecklingsområden som måste prioriteras är att:

- Implementera beslutstödet för handlingsprogram mot övervikt och fetma www.vgregion.se/beslutstodfetma i alla berörda verksamheter.
- Utveckla rutiner för att sammanställa statistik inom barnhälsovård och skolhälsovård: andel 4-åringar respektive andel 10-åringar med övervikt och fetma. Statistiken bör vara könsfördelad.
- Genomföra uppföljning och utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande insatser för att kunna utläsa om insatsen har haft någon effekt.
- Samverka mellan skolhälsovård och primärvård samt mellan primärvård och länssjukvård så att barn och ungdomar med fetma snabbt kan få stöd och hjälp på rätt nivå.
- Journalföra fetma som diagnos, för att få en tydligare bild av hur många barn och ungdomar som har diagnosen fetma.
- Delta i det nationella kvalitetsregistret BORIS, Barn Obesitas Register i Sverige.

Hälsofrämjande

För att förhindra uppkomst av övervikt och fetma är det viktigt att alla verksamheter har ett hälsofrämjande perspektiv. De utvecklingsområden som måste prioriteras är:

- Skapa förutsättningar för barn och ungdomar till en aktiv fritid och spontan lek genom kommunens samhällsplanering. Detta kan ske genom exempelvis säkra gång- och cykelbanor till skolor och fritidsaktiviteter, samt genom lekplatser i närområdet.
- Alla barn ska ha bra förutsättningar till hälsosam mat och fysisk aktivitet när de vistas i barnomsorg eller skola. Det bör finnas antagna kostrekommendationer och rekommendationer gällande fysisk aktivitet i varje kommun så att alla barn i kommunen oavsett skola har en acceptabel nivå av fysisk aktivitet samt hälsosam kost. Kostrekommendationen bör innefatta riktlinjer gällande frukost, lunch och mellanmål samt kring utflykter, caféutbud och födelsedagsfirande. Vad gäller fysisk aktivitet bör skolan uppmuntra till lek och rörelse både på rast men även som en del i undervisningen.
- Den viktigaste aktören i barns uppväxt är föräldrar och vårdnadshavare. Föräldrarna har ansvar för sitt barns hälsa. En viktig beståndsdel i det hälsofrämjande arbetet för att förhindra uppkomst av övervikt och fetma är att verksamheterna runt familjen fungerar som stödjande miljöer. Ett viktigt verktyg för att stärka föräldrarollen är genom föräldrastöd.

Förebyggande

För att motverka övervikt och fetma hos barn och ungdomar måste följande utvecklingsområden prioriteras:

- Identifiera kvinnor med övervikt och fetma inom mödrahälsovården och erbjuda ett åtgärdsprogram med motiverande samtal och FaR, Fysisk aktivitet på recept, i samarbete med FaR samordnaren i kommunen.
- Genomföra riktade åtgärder till de barn och ungdomar med identifierad övervikt och fetma i samverkan mellan kommun och primärvård samt genom samverkan med det lokala föreningslivet för att uppmuntra samt stötta barn och ungdomar till fysisk aktivitet.
- Identifiera barn och ungdomar med övervikt och fetma på vårdenheter inom VG primärvård, detta kan ske genom att alla barn och ungdomar som besöker vårdenheten vägs och mäts. Ofta kan identifiering av övervikt vara den insats som behövs.

Behandlande

De utvecklingsområden som måste prioriteras inom utredning och behandling av fetma hos barn och ungdomar är:

- Det ska finnas psykoterapeuter¹ och dietister i tillräcklig omfattning inom primärvård och länssjukvård för att kunna behandla barn och ungdomar med fetma.
- Första linjens vård för behandling av fetma är alla vårdenheter inom VG primärvård. Vårdenheternas ansvar är att erbjuda barn och ungdomar med fetma utredning och adekvat behandling i enlighet med ”beslutstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma”. Vårdenheten är remissinstans för skolhälsovård, barnhälsovård och ungdomsmottagningar.
- Barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården ansvarar för att behandla de barn och ungdomar som remitteras från vårdenheterna inom VG primärvård där barnet genomgått utredning och behandling i enlighet med ”beslutstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma”.
- Barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården bör remittera vidare till Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus, DSBUS, vid terapiresistens, mycket svår fetma eller svårbehandlad samsjuklighet.

¹ Psykoterapeut, leg. psykolog alternativt socionomutbildning eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande basutbildning i psykoterapi (tre terminer eller den tidigare statliga steg 1 utbildningen), ur krav- och kvalitetsboken, Västra Götalandsregionen, 2009.

4. Metoder och verktyg

Behandlingsinsatser till barn och ungdomar bör ske i form av familjeinriktad behandling genomförd av multidisciplinära team med kunskap inom bland annat medicin, psykologi, nutrition och fysisk aktivitet. De evidensbaserade metoder som nämnden lyfter fram i arbetet med att motverka och behandla fetma bland barn och ungdomar är fysisk aktivitet, motiverande samtal och Kognitiv Beteende Terapi, KBT.

Rekommendationen för fysisk aktivitet hos barn och ungdomar är minst 60 minuter per dag. Med daglig fysisk aktivitet i förskola och skola når man även de barn som inte är fysisk aktiva på fritiden. Det är även viktigt att uppmuntra till fysisk aktivitet på fritiden samt att uppmäna till att minska tiden framför tv och dator. Vid behandling av fetma kan mer riktade insatser vara aktuella. Det har visat sig att barn och ungdomar med fetma uppskattar mer anpassad fysisk aktivitet och tillsammans med andra i samma situation.

KBT har visat sig vara mycket effektiv vid behandling av fetma. Forskning visar att resultaten av kostråd förstärks med hjälp av KBT. Kombinationen har gett en ökad samt bibehållen viktnegång. Det är viktigt att även inkludera föräldrar i behandlingen, då föräldrar är en betydelsefull aktör i barnets förändringsprocess.

Motiverande samtal är en samtalsmetodik som bör användas i alla livsstilssamtal med barn och ungdomar samt föräldrar. Att motivera handlar inte om hur en förändring ska ske utan om den ska ske och i så fall varför. Utan motiverade barn och föräldrar är det svårt att få en framgångsfull viktnegång att bli mer än tillfällig. Små stegvisa förändringar är en viktig grundregel vid övervikt och fetma.

5. Uppföljningsplan

Nämnden kommer att följa upp att arbetet med att motverka övervikt och fetma går i den riktning som redovisats i denna plan. Det huvudsakliga målet som kommer att följas upp är ”*minskad förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar*”. Följande utvecklingsområden kommer att följas upp:

Utvecklingsområden	Mäts genom:
Ökad tillgång till statistik	Redovisning av sammanställd statistik från BHV och skolhälsovården
Ökad tillgänglighet till dietist och psykoterapeut i primärvård och länssjukvård	<ul style="list-style-type: none"> • Väntetid till dietist inom primärvård och länssjukvård • Antal barn och ungdomar med fetma som remitteras till dietist och psykoterapeut • Antal barn och ungdomar samt deras vårdnadshavare som har fått KBT
Identifiera kvinnor med övervikt och fetma och erbjuda ett åtgärdsprogram	<ul style="list-style-type: none"> • Antal utskrivna FaR till kvinnor med övervikt och fetma • Antal kvinnor med fetma som har erbjudits tid till dietist
Kostrekommendationer och rekommendationer kring fysisk aktivitet i varje kommun	Antal kommuner med rekommendationer kring kost och fysisk aktivitet som gäller i barnomsorg och skola i hela kommunen
Samverkan för att motverka och behandla fetma	Redogörelse för samverkan mellan kommun och region samt för samverkan inom regionen
Remissflöde	Redogörelse för remissflödet mellan skolhälsovård och primärvård, mellan primärvård och länssjukvård samt mellan länssjukvård och regionsjukvård
Ökade insatser på vårdenheter inom VG primärvård (beroende av vad som kommer att ingå i kravboken)	<ul style="list-style-type: none"> • Redovisa rutiner i hur man arbetar med fetma bland barn och ungdomar • Antal barn och ungdomar med fetma som har genomgått utredning och behandling på vårdenhet
Ökad diagnostisering av fetma	VEGA
Deltagande i BORIS	BORIS

Bilaga 1

Översiktstabell – utvecklingsområden och ansvarsfördelning

	Utvecklingsområde	Organisatoriskt ansvar
Strategiska	Implementera beslutstödet i verksamheten	Verksamheter inom kommun, primärvård, läns sjukvård, folktandvård
	Sammanställa statistik på 4-åringar och 10-åringar	Primärvård (BHV), Skolhälsovård
	Uppföljning och utvärdering av hälsofrämjande och förebyggande insatser	Skola, skolhälsovård, folkhälsosamordnare, primärvård
	Samverkan	Skolhälsovård, folkhälsosamordnare, primärvård, läns sjukvård
	Journalföra fetma som diagnos	Primärvård, läns sjukvård
Hälsofrämjande	BORIS	Läns sjukvård
	Samhällsplanering, skapa förutsättningar för en aktiv fritid och spontan lek	Kommunala verksamheter
	Kostrekommendationer och rekommendationer kring fysisk aktivitet	Kommunala verksamheter
	Stödjande miljöer	Verksamheter inom kommun, Primärvård (MHV/BHV), läns sjukvård, folktandvård
Förebyggande	FaR till kvinnor	Primärvård (MHV)
	Riktade åtgärder till barn och ungdomar med identifierad övervikt och fetma	Skolhälsovård, folkhälsosamordnare, primärvård
	Insatser på vårdenhet, ex. identifiera barn och ungdomar med fetma	Alla vårdenheter inom VG primärvård
Behandlande	Tillgång till psykoterapeuter och dietister i tillräcklig omfattning	Primärvård och läns sjukvård
	Adekvat behandling inom första linjens vård	Vårdenheter inom VG primärvård
	Remissinstans för vårdenheter inom VG primärvård	Läns sjukvård

FAKTADOKUMENT som komplement till "Lokal handlingsplan för att motverka övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Trestad"

Innehållsförteckning:

1. INLEDNING	2
<i>Barns rättigheter</i>	2
2. VAD ÄR FETMA?.....	2
<i>BMI</i>	2
<i>Konsekvenser av övervikt och fetma</i>	3
<i>Riskgrupper</i>	3
3. NULÄGESBESKRIVNING TRESTAD	4
<i>Förekomst av övervikt och fetma</i>	4
<i>Fysisk aktivitet</i>	5
<i>Matvanor</i>	6
<i>Diagnostisering</i>	6
4. FAKTA OCH BEDÖMNING KRING INSATSER/UTBUD	7
<i>Kommunala verksamheter</i>	7
<i>Primärvård</i>	9
<i>Folk tandvården</i>	11
<i>Barn och ungdomspsykiatri, BUP</i>	11
<i>Barn och ungdomshabilitering, BUH</i>	12
<i>Barn och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården</i>	12
<i>Runda barn-teamet på Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus</i>	13
5. BEDÖMNING AV BEHOVSTILLFREDSSTÄLLELSE.....	14
6. REMISSKRITERIER OCH REMISSFLÖDE.....	14
7. BEHANDLINGSMETODER	15
<i>Fysisk aktivitet/FaR</i>	15
<i>Kognitiv Beteende Terapi/KBT</i>	15
<i>Motiverande samtal, MI</i>	16
<i>Kostbehandling</i>	16
<i>Läkemedel</i>	16
<i>Pulverkostbehandling</i>	16
<i>Fetmakirurgi</i>	16
8. KÄLLFÖRTECKNING	17

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämnden Trestad har beslutat att utforma en lokal handlingsplan mot övervikt och fetma utifrån det regionala handlingsprogram och beslutstöd som är framtaget.

Det här faktadokumentet är ett komplement till lokal handlingsplan mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Trestad som hälso- och sjukvårdsnämnden har utarbetat under 2009.

Barns rättigheter

”Barnsperspektivet ska genomsyra alla regionens beslut och verksamheter så att barnens bästa tillgodoses” (Västra Götalandsregionens budget 2008). En grund i detta arbete är FN:s konvention om barns rättigheter, barnkonventionen. Barnkonventionen innehåller fyra grundläggande principer som alltid ska beaktas när det handlar om frågor som rör barn; barnets bästa ska alltid komma i främsta rummet, alla barn har samma rättigheter och lika värde, att alla barn har rätt till liv och utveckling samt att alla barn har rätt att säga sin mening och få den respekterad. Barnkonventionen ska ligga till grund för allt arbete med barn och ungdomar och det gäller inte minst i arbetet med att minska förekomsten av övervikt och fetma.

2. Vad är fetma?

Fetma är en sjukdom som kännetecknas av en abnorm ansamling av fettväv i kroppen. Fetma påverkas av en mängd olika faktorer så som ärftliga, sociala, arv och miljöfaktorer. Den stora ökningen av övervikt och fetma som har skett beror till stor del av förändringar i livsstilen rörande kostvanor och fysisk aktivitet. Det har skett en ökning av energitäta livsmedel i samhället samtidigt som vi fått en allt mer stillasittande livsstil. Sociala faktorer kan också påverka utvecklingen av fetma, man har sett att övervikt och fetma är betydligt vanligare i socioekonomiskt utsatta grupper. Fetma är också vanligare på landsbygden än i städerna och det är omkring dubbelt så vanligt med fetma bland kvinnor födda utanför Norden.

BMI

Den definition av övervikt och fetma som oftast tillämpas bygger på så kallad ”body-mass index”, BMI. Måttet baseras på en kombination av längd och vikt och det räknas ut genom kroppsvikten i kg dividerat med kroppslängden i meter i kvadrat (kg/m^2) [5].

För barn gäller åldersanpassade BMI-gränser, så kallad iso-BMI. För exempelvis en 10-årig flicka går gränsvärdet för övervikt vid BMI 20 och för fetma BMI 24.

De gränsvärden som är definierade för BMI är följande:

Övervikt (lätt ökad hälsorisk)	BMI 25-29,9
Fetma med måttligt ökad hälsorisk	BMI 30-34,9
Fetma med hög hälsorisk	BMI 35-39,9
Fetma med mycket hög hälsorisk	BMI > 40

BMI är det mått som oftast används vid övervikt och fetma. Det lämpar sig bäst inom forskning och vid statistik kring övervikt och fetma på gruppnivå och inte lika bra till individuella bedömningar. Det beror på att BMI inte kan skilja på fett- och muskelmassa. Forskning visar att riskerna för följsjukdomar inte bara är relaterat till BMI utan även till fettmassa och hur den är fördelad i kroppen. Vid identifiering av övervikt och fetma bör även fysisk inaktivitet och kostvanor tas med i bedömningen.

Konsekvenser av övervikt och fetma

För barn och ungdomar med övervikt och fetma är psykiska besvär, mobbning, låg självkänsla och depression allvarliga problem som startar tidigt och som oftast innebär mycket låg livskvalitet. Även alla de medicinska besvär som finns hos vuxna, exempelvis hjärtkärlsjukdomar, diabetes, belastningsproblem, sömnsvårigheter finns hos barn med fetma.

Fetma leder till ökad risk till en rad folksjukdomar som högt blodtryck, diabetes och blodfettrubbningar. Detta kan i sin tur leda till hjärtinfarkt och stroke och ger ökad risk för förtida död, framför allt på grund av hjärtkärlsjukdom och cancer.

Riskgrupper

Riskindikatorer för att utveckla fetma under uppväxttiden är barn med övervikt, föräldrafetma, avvikande födelsevikt, snabb tillväxt, kort sömn, stillasittande fritid, socioekonomisk och psykosocial utsatthet.

I tabell 1 är det sammanställt några riskindikatorer för övervikt och fetma hos barn och ungdomar. I Trestadsområdet ligger arbetslösheten högre jämfört med Västra Götalandsregionen bland män men varierar för kvinnor, där Lilla Edet och Vänersborg har lägre arbetslöshet än övrigt i regionen. Utbildningsnivån ligger i linje med regionen i övrigt bortsett från Lilla Edet där man har en lägre utbildningsnivå. 34 procent av männen och 29 procent av kvinnorna har högst förgymnasial utbildning och fem procent av männen och tio procent av kvinnorna har eftergymnasial utbildning.

Tabell 1 Riskindikatorer för övervikt och fetma

	Arbetslöshet ¹ %		Högst förgymnasial utbildning		Eftergymnasial utbildning, 3år eller mer (%)		Andel (%) av befolkningen med övervikt (2006-2008)	
	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor	män	kvinnor
Lilla Edet	4,4	2,4	34	29	5	10	66,9	50,3
Trollhättan	6,2	3,5	23	24	11	16	53,9	45,3
Uddevalla	5,2	3,2	26	22	11	17	57,7	42
Vänersborg	4,4	2,4	26	22	11	17	51,7	43,5
VGR	4,3	2,9	26	22	14	19	53	39

¹ 16-64 år, arbetslösa januari 2009

Källa: Basfakta i kommunerna, HSK Uddevalla, 2009 samt Folkhälsorapport Fyrbodol 2008

Övervikt och fetma hos föräldrar har en stark påverkan på om barnet utvecklar övervikt eller fetma. Detta beror i stor utsträckning på familjens levnadsvanor. I Lilla Edet är 66,9 procent av männen och 50,3 procent av kvinnorna överviktiga eller har fetma. Det är endast männen i Vänersborg (51,7 procent) som ligger under genomsnittet i Västra Götaland.

Utifrån tabellen kan man se att i kommuner med låg utbildningsnivå är förekomsten av övervikt högst. Samma fenomen kan vi inte se vad gäller hög andel arbetslöshet.

3. Nulägesbeskrivning Trestad

Det bor 78 660 barn och ungdomar 0-24 år totalt i Fyrbodalen (31 december 2008). I Trestad bor det drygt 47 400 barn och ungdomar, varav 24 400 pojkar och 23 000 flickor.

Förekomst av övervikt och fetma

Studier från olika regioner i Sverige visar att 15-20 procent av barnen är överviktiga och tre till fem procent av barnen har fetma. Det har skett en fördubbling av andelen överviktiga barn under de senaste två decennierna och andelen barn med fetma har under denna period blivit fyra till fem gånger så stor. Det finns idag inga nationellt representativa data på förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Däremot visar forskning att övervikt är vanligare på landsbygden och bland socioekonomiskt utsatta grupper. Aktuella forskningsrapporter talar för att fetmautvecklingen bland barn och ungdomar är på väg att bromsas upp. Denna utveckling har inte setts hos barn med låg socioekonomisk status och fortfarande är förekomsten av fetma bland barn fem gånger högre än på 80-talet.

Förekomst, 16-24 år

Nio procent av ungdomarna 16-24 år i Fyrbodalen har i den senaste folkhälsoenkäten svarat att de upplever lätta besvär av övervikt och fetma och en procent har svarat att de upplever svåra besvär.

Siffror baserade på folkhälsoenkäten 2006-2008 visar att det är högre förekomst av övervikt och fetma bland ungdomar 16-24 år i Fyrbodalen jämfört med övriga regionen. 16,9 procent i Fyrbodalen uppger att de har övervikt och 4,2 procent att de har fetma. Jämfört med 15,8 procent respektive 3,9 procent i övriga regionen (siffror justerade för självrapporterad underskattning).

Förekomst, 10-åringar

I Trestadsområdet är det endast skolhälsovården i Lilla Edet som har sammanställt statistik där man kan följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn i årskurs fyra. Vänersborg har börjat sammanställa statistik läsåret 2008/2009. Statistiken är osäker då det är ett litet urval som ingår och små variationer kan ge stora skillnader i utfallet, vi vet heller inte hur stort bortfallet är.

Tabell 2 Andel med övervikt och fetma i Lilla Edet, årskurs 4

	Pojkar		Flickor	
	Övervikt	Fetma	Övervikt	Fetma
2008	15 %	6 %	9 %	0 %
2007	11 %	5 %	18 %	1 %
2006	22 %	2 %	19 %	3 %
2005	30 %	4 %	17 %	3 %

Källa: Skolhälsovården Lilla Edet

Tabell 3 Andel med övervikt och fetma i Vänersborg, 2008/2009

	Övervikt	Fetma
Förskola	12 %	4 %
Årskurs 4	14 %	6 %
Årskurs 8	17 %	3 %

Källa: Skolhälsovården Vänersborg

I Norra Bohuslän finns det en mer heltäckande bild, där har skolhälsovården sammanställt statistik så att man kan följa utvecklingen av övervikt och fetma bland tio-åringar i alla kommuner. Förekomsten av övervikt och fetma bland pojkar i Norra Bohuslän är cirka 30 procent och för flickor mellan 25-30 procent. Lysekil har en lägre förekomst av övervikt och fetma bland både pojkar och flickor och i Tanum har man en lägre förekomst bland pojkar. Det har legat på ungefär samma nivåer de senaste åren.

Förekomst, 4-åringar

Barnhälsovården i Göta Älvdalen och Dalsland har digitala journalsystem. Några mottagningar har sammanställt andel barn födda 2004 med iso-BMI >25 (övervikt) och iso-BMI >30 (fetma) vid fyra års ålder. Vid en mottagning i Trestad kunde man se att 28,5 procent av barnen födda 2004 hade övervikt och 6 procent hade fetma vid fyra års ålder. I Dalsland har vi fått in statistik från fyra mottagningar. På två av mottagningarna ligger förekomsten av övervikt och fetma hos 4-åringar födda 2004 på 18-20 procent, på de andra två mottagningarna ligger förekomsten på närmare 30 procent.

Fysisk aktivitet

Fysisk inaktivitet är tydligt förknippat med övervikt hos barn. Därför är det viktigt att minska andelen barn med en stillasittande fritid och öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva. Rekommendationen om fysisk aktivitet till barn och ungdomar är minst 60 minuter fysisk aktivitet varje dag. Det bör inkludera både måttlig och hög intensitet och kan delas upp i flera pass under dagen.

På frågan ”Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?” svarar 10 procent av ungdomarna (16-24 år) i Fyrbodalen i den senaste Folkhälsoenkäten att de har en mycket stillasittande fritid. På frågan ”Hur mycket ägnar du en vanlig vecka åt måttligt ansträngande aktivitet som får dig att bli varm?” svarar 65 procent att de ägnar tre timmar eller mer per vecka åt måttligt fysisk aktivitet.

Andelen barn i Sverige som själva går eller cyklar till skolan har sjunkit från 94 till under 60 procent mellan 1970-talet och 2006. Beräkningar visar att endast en tredjedel av barn och ungdomar i Europa når rekommendationen om minst 60 minuter fysisk aktivitet varje dag. Några orsaker till detta är ökat bilåkande och bilskjutsande, minskad utevistelse, spontanidrotten har minskat samt ökad mediekonsumtion.

Matvanor

Resultat från den senaste folkhälsoenkäten visar att drygt hälften (53 procent) av ungdomarna 16-24 år i Fyrbodalen äter frukt och bär en gång per dag eller mer. Endast tio procent uppger att de äter frukt och bär tre gånger per dag eller mer. Vad gäller grönsaker och rotfrukter är resultatet liknande, 56 procent uppger att de äter grönsaker och rotfrukter minst en gång per dag.

Liknande resultat fick man även i en kartläggning gjord bland barn två till nio år i tre västsvenska kommuner (Mölnådal, Alingsås och Partille). Där såg man att bara hälften av barnen äter färsk grönsaker varje dag, och mindre än vart fjärde barn äter dagligen kokta grönsaker. Knappt tre av fyra barn äter en frukt om dagen.

Diagnostisering

Fetma är en sjukdom och en diagnos bör därför ställas och journalföras. Diagnostiseringen av fetma bland barn och ungdomar varierar kraftigt i Västra Götalandsregionen där hela Fyrbodalen ligger lägre än genomsnittet registrerat i VEGA. För regionen ligger genomsnittet på 8,9 diagnoser per 1000 invånare 0-24 år (medelvärde 2006-2008). I Trestadsområdet är det Lilla Edet som har flest diagnoser i denna åldersgrupp (7 diagnoser/1000 inv.). Lägst ligger Uddevalla med 2,8 diagnoser per 1000 invånare.

Tabell 4 Diagnos fetma per 1000 invånare, 0-24 år, medelvärde 2006-2008.

Lilla Edet	7
Trollhättan	5,7
Uddevalla	2,8
Vänersborg	5,9
VGR	8,9

Källa: VEGA

Tabell 5 Antalet personer, 0-24 år, med diagnos fetma per vårdnivå

	2008		2007		2006	
	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor	Pojkar	Flickor
Primärvård	20	43	23	39	32	33
Länssjukvård	104	104	70	58	70	53
Spec. vård*	11	9	1	13	1	10
Totalt	135	156	94	110	103	96

*Region- och rikssjukvård

Källa: VEGA

Det är flest diagnoser ställda i länssjukvården. Totalt är det fler flickor än pojkar i Trestad som har fått diagnosen fetma mellan 2006-2008.

Det bor cirka 48 000 barn i åldern 4-18 år i Fyrbodalen. Vid beräkning att fem procent av dessa barn har fetma blir det totalt 2400 barn och ungdomar som är i behov av behandling. 2008 fick Barn och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården totalt 160 remisser gällande fetma. Det är oklart hur många barn med fetma som behandlas inom sjukvården. Det har uppskattats att mellan 40-70 000 barn i Sverige lider av fetma och det finns risk att inte mer än 10 procent av barn med fetma får vård inom sjukvården.

4. Fakta och bedömning kring insatser/utbud

Nedan görs en beskrivning av de hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser som görs mot övervikt och fetma inom olika verksamheter idag. Kartläggningen täcker kommunala verksamheter, primärvård, folktandvård, länssjukvård och regionsjukvård.

Kommunala verksamheter

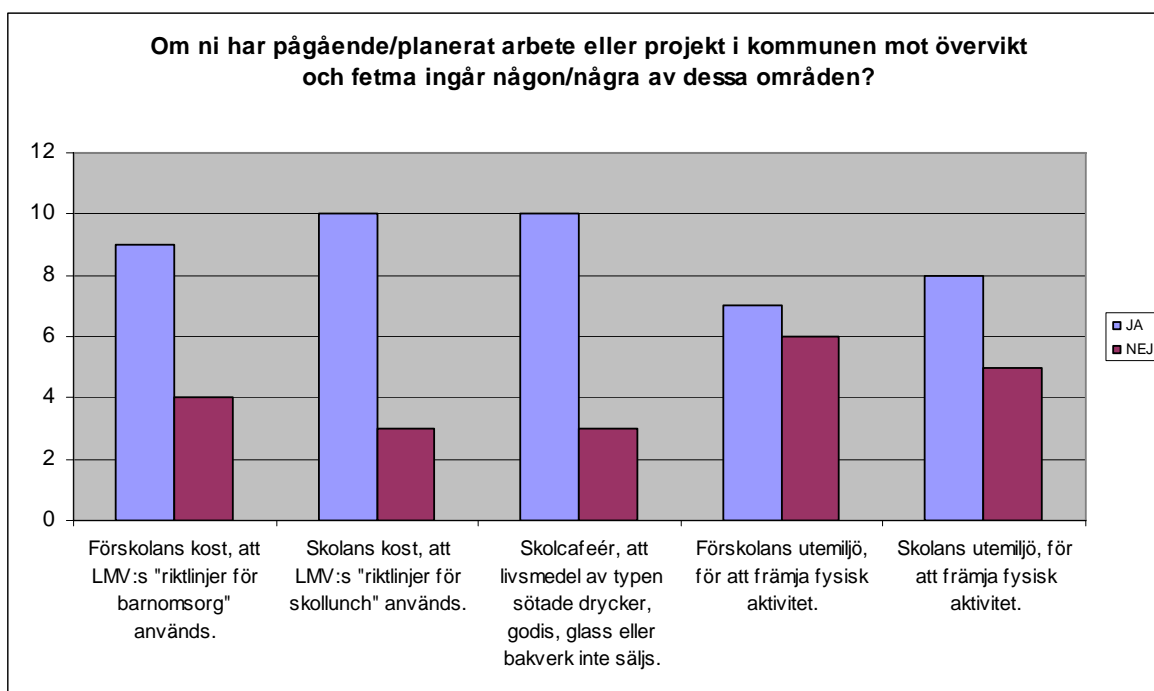
Alla Folkhälsosamordnare i Fyrbodals kommun har medverkat i en regional undersökning av övervikt och fetma hos barn och ungdomar 2009. Med undersökningen vill man dels ta reda på vad som pågår i dagsläget eller planeras framöver och dels se om det har skett någon förändring sedan tidigare kartläggning som genomfördes 2005. Viss data som presenteras nedan är från undersökningen 2009.

Hos alla folkhälsosamordnare i Trestad har problemet med övervikt och fetma tagits upp på dagordningen. Det varierar mellan kommunerna när det togs upp som ett prioriterat område. Det är ingen av kommunerna som har någon policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt eller fetma hos barn och ungdomar. Det är två kommuner där arbete pågår att ta fram detta.

Barnomsorg/Skola

Det finns en mängd hälsofrämjande insatser som genomförs på förskolor och skolor kring fysisk aktivitet och kost. Många kommuner har arbetat fram riktlinjer kring skollunch, mellanmål, mat på utflykt och utbud i cafeterian. Det man kan se är att det är stora variationer mellan kommuner men även mellan skolor inom den egna kommunen. Det varierar också om riktlinjerna är framtagna för den enskilda skolan eller om det är ett politiskt beslutat dokument. I Lilla Edet finns en hälsodiplomerad skola. Mängd fysisk aktivitet varierar också mellan skolor, i de lägre årskurserna är det vanligare med "aktiv rast" och i viss mån utomhuspedagogik.

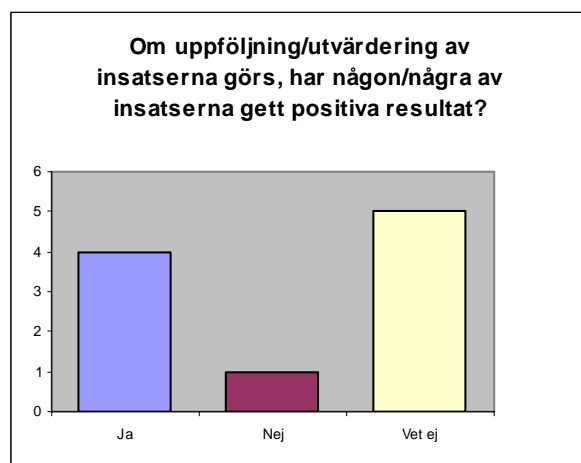
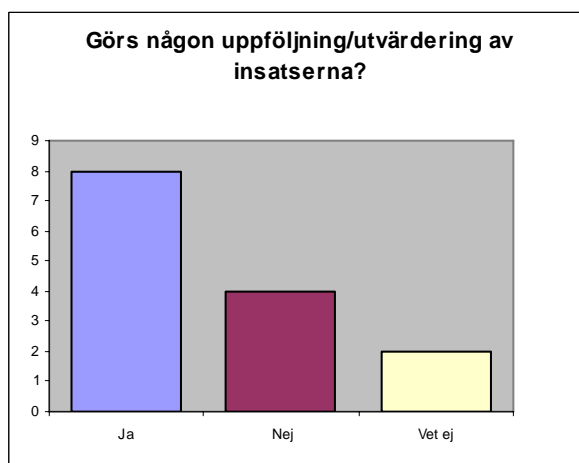
Nedan diagram gäller för hela Fyrbodals kommun, där tretton folkhälsosamordnare har svarat på frågan om de har något pågående eller planerat arbete/projekt i kommunen mot övervikt och fetma.



Källa: regional undersökning 2009

Enligt den regionala undersökningen redovisar alla folkhälsosamordnare i Norra Bohuslän och Trestad att kommunen har pågående arbete för att förhindra uppkomst eller minska förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. I Dalsland redovisar två kommuner att de har pågående projekt, två kommuner att det är under planering och en kommun att det inte pågår eller planeras något projekt.

Nedan presenteras svaren på frågorna om det görs någon uppföljning/utvärdering av insatserna och ifall det görs har någon/några av insatserna gett positiva resultat.



Källa: regional undersökning 2009

Skolhälsovård

Skolhälsovården arbetar både hälsofrämjande och förebyggande mot övervikt och fetma. Detta sker bland annat genom generell information kring kost och fysisk aktivitet till alla elever samt genom identifiering av elever med övervikt och fetma.

Skolsköterskan möter alla barn och ungdomar i skolåldern bland annat genom hälsosamtal då vikt och längd mäts. Många skolor (genom skolhälsovården) har i samarbete med folkhälsorådet och andra aktörer riktade insatser till de barn som är överviktiga eller har fetma. Det kan ske genom FaR, Fysisk aktivitet på Recept, motiverande samtal, kostråd, reducerat pris på olika gym.

Vid identifiering av fetma informeras föräldrarna och de blir erbjudna ett gemensamt hälsosamtal. Det varierar när eleven blir remitterad, beroende på barnets ålder och föräldrars inställning. I Lilla Edet försöker de remittera vid iso-BMI >30 samt om det finns misstanke om bakomliggande sjukdom eller om längdtillväxten är avvikande. Då remitteras de till läkare eller dietist vid barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården, BUM. Skolhälsovården i Trollhättan remitterar till BUM vid iso-BMI 30, cirka 10-20 remisser per läsår. De tar upp krympande resurser inom skolhälsovården som ett problem då många tvingas prioritera bort denna grupp.

I Uddevalla har man ett samarbete mellan skolhälsovården och primärvårdens sjukgymnastik i projektet "Viktiga barn". Skolhälsovården identifierar överviktiga barn som är i riskzonen att utveckla fetma och om intresse finns får familjen erbjudande att träffa sjukgymnast och dietist. I projektet ingår det även gruppträning i bassäng.

Skolhälsovården i Vänersborg har samarbete med primärvården, de barn och ungdomar med identifierad fetma skickas till vårdcentralen för provtagning. Remiss till barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården skickas när det finns misstanke om bakomliggande sjukdom till fetman.

Primärvård

Mödrahälsovård

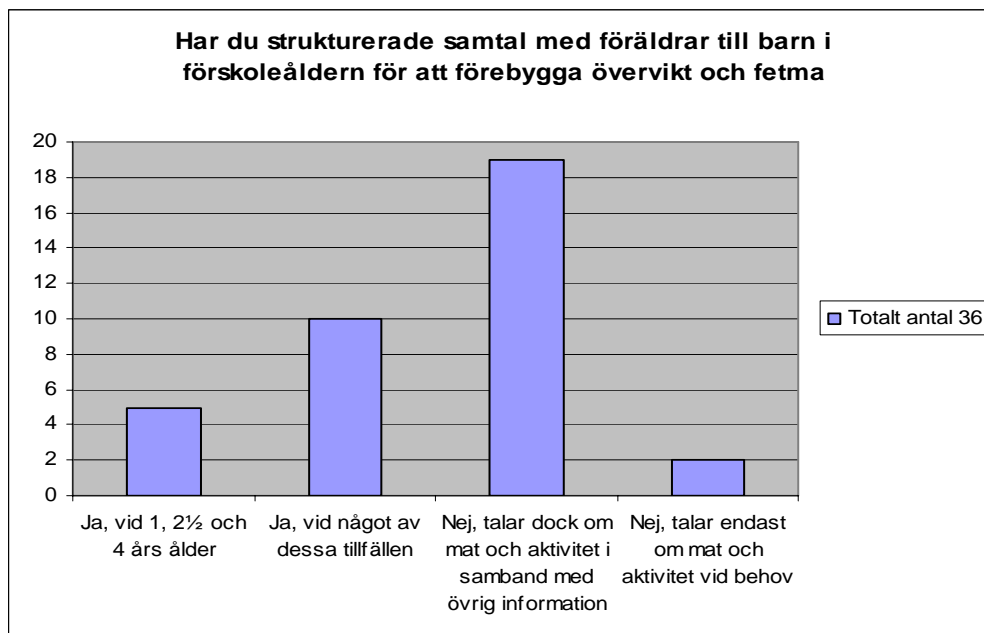
Vid inskrivning på mödrahälsovården sker hälsosamtal med alla gravida och där ger barnmorskorna råd och lyfter betydelsen av att sköta kost och motion under graviditeten. Metod de använder vid hälsosamtalen är i huvudsak motiverande samtal. Enligt det basprogram som mödrahälsovården, MHV, följer så kontrolleras vikt/BMI kontinuerligt under hela graviditeten, totalt sju till åtta gånger. MHV arbetar utifrån nationella riktlinjer som är framtagna av bland annat Livsmedelsverket. Gravida med BMI >40 erbjuds tid till läkare på s.k. planeringsrond.

Barnhälsovård

Grundtanken med barnhälsovården, BHV, är att ge föräldrar tillgång till stöd och kunskap för att skapa förutsättningar att göra hälsosamma val. Barnhälsovården i Fyrbodalen utgår från ett brett primärpreventivt program för att motverka övervikt och fetma hos barn. Programmet består av bland annat stödfrågor och broschyrer kring mat och lek. Barnhälsovården genomför strukturerade hälsosamtal enligt MI-teknik (motiverande samtal) vid 1, 2½ och 4 års ålder. Vid dessa tillfällen väger och mäter man barnen. Det finns ingen dietist kopplad till BHV i Trestad.

På varje Barnavårdcentral, BVC, finns det minst en BVC-sjuksköterska som genomgått utbildning i motiverande samtal. Det pågår ett arbete med att ta fram ett regiongemensamt primärpreventivt program mot övervikt och fetma. Det finns ännu inga framtagna riktlinjer för hur BVC ska arbeta sekundärpreventivt, fokus ligger i första hand på det primärpreventiva arbetet.

I en undersökning som det centrala barnhälsovårdsteamet genomfört under 2008 såg man att 18 av 36 barnavårdcentraler i Trestad kände till det primärpreventiva programmet, 5 BVC-sjuksköterskor kände till materialet och metoden och 5 BVC-sjuksköterskor kände till delar av metoden/materialet. Det är totalt 15 BVC-sjuksköterskor av 36 som genomför strukturerade samtal vid 1, 2½ och 4 års ålder eller vid något av dessa tillfällen för att förebygga övervikt och fetma. De flesta talar om mat och aktivitet i samband med övrig information. Det Centrala Barnhälsovårdsteamet har genomfört en utbildningsdag efter enkäten sammanställdes, vilket kan innebära att kunskapen om det förebyggande programmet och användandet av detta har ökat.



Källa: Centrala Barnhälsovårdsteamet undersökning, 2008

Ungdomsmottagningar

Ungdomsmottagningar är en viktig aktör i ungdomars liv. Ungdomar besöker ungdomsmottagningen främst för preventivmedelsrådgivning. Vid förskrivning av p-piller tas alltid BMI. Kost och vikten av fysisk aktivitet tas ofta upp i de livsstilssamtal som utförs. Kuratorer tar också upp frågan vid samtal kring exempelvis bristande självkänsla. Vid övervikt och fetma erbjuder ungdomsmottagningen i Uddevalla samtal med kurator och/eller utskrivning av FaR. Ungdomsmottagningarna i Göta Älvdalen kan rådfråga en distriktsläkare vid behov. Personalen upplever tid och resursbrist som ett hinder för att arbeta med dessa frågor. Även brist på dietister tas upp som ett problem.

Vårdcentraler

Vårdcentraler har ett hälsofrämjande, förebyggande och ett behandlande åtagande. Detta gäller inte minst vid övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Vårdcentralerna i primärvårdsområde, PVO, Uddevalla anser sig sällan ha kontakt med barn och ungdomar med övervikt eller fetma, utan att dessa barn slussas direkt från BVC eller skolhälsovård till NU-sjukvården. Det finns inga dietister kopplade till vårdcentralerna i PVO Uddevalla.

I PVO Göta Älvdalen genomför man individuella samtal i samband med läkar- eller sjuksköterskebesök där grunden är råd kring kost och fysisk aktivitet. Man använder sig även av FaR utskrivning i samarbete med sjukgymnast och Fysioteket. De patienter som söker för övervikt och fetma får bland annat kostråd, motiverande samtal, viktkontroll och FaR. När det gäller barn och ungdomar har man nära samarbete med skolhälsovården.

Bland de privata vårdenheterna i Trestadsområdet skiljer det sig åt hur man arbetar med övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Metoder de uppger att de använder är bland annat utskrivning av FaR, dietistbesök, motionsråd och vid vissa vårdenheter även besök hos kurator eller psykolog vid behov. Några av vårdenheterna har framtaga riktlinjer att följa.

Folktandvården

Har ett regionalt grundåtagande för barn och ungdomar med hälsofrämjande insatser, FRAMM, som implementerades i hela regionen under 2008. Insatserna startar redan på MVC med informationsmaterial till blivande föräldrar. Ytterligare genomförs exempelvis hälsosamtal med fokus på sunda matvanor och munhygien vid ett antal tillfällen bl. a vid ett och tre års ålder. I åk sex till nio genomförs fluorlackning på skolan en gång per termin och då ingår även ett hälsosamtal i grupp osv. Det finns ett tilläggsåtagande för barn och ungdomar i socioekonomiskt utsatta områden. Åtagandet innebär en utökning av fluorlackning med hälsosamtal från 6 år till åk 9 fyra gånger per termin. En god samverkan med skolans cafeterior för att påverka ett hälsosammare utbud ingår också i åtagandet.

Barn och ungdomspsykiatri, BUP

Många barn och ungdomar som kommer till Barn- och ungdomspsykiatri, BUP, på grund av nedstämdhet, depression o.s.v. lider ofta också av övervikt och fetma. BUP har på varje mottagning en sköterska som arbetar med fokus på hälsa och livsstilsfrågor. Sköterskorna ska arbeta fram riktlinjer kring hur man arbetar bland annat med kost och fysisk aktivitet samt erbjuda stöd till familjer. De kommer också att erbjuda exempelvis gruppaktiviteter för hela familjen. Detta arbete ska påbörjas under hösten 2009.

BUP skickar cirka 50-60 remisser per år till Barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården för medicinsk utvärdering.

Barn och ungdomshabilitering, BUH

Arbetet mot övervikt och fetma på Barn- och ungdomshabiliteringen, BUH, bygger på att ge information till barn, ungdom, föräldrar och dess nätverk. Utifrån diagnos ges individuella råd och insatser i tillägg till allmän information angående hälsa. Det finns möjlighet för alla att träffa sjukgymnast och få ett individuellt träningsprogram, bassängträning och informationsträffar. Kostregistreringar i minst fyra dagar genomförs och därefter får patienten individuella råd om hälsa, kost och motion. Insatserna utgår från det regionala handlingsprogrammet mot övervikt och fetma.

För att utesluta medicinsk orsak till fetman remitteras barnet/ungdomen till barn- och ungdomsmottagningen inom NU-sjukvården. Fortsatt viktuppgång efter mer än 12 månaders behandling och ett BMI >30 remitteras från BUH till Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus, DSBUS. Barn med svår fetma före 4 års ålder remitteras direkt till DSBUS.

Barn och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården

Barn- och ungdomsmedicin, BUM, redovisar att de följer det regionala handlingsprogrammet mot övervikt och fetma. De fick 2008 ca 160 remisser, av dessa var 1/3 från Barn- och ungdomspsykiatrin, 1/3 från primärvården och 1/3 från skolhälsovården. Det var lika många remisser som gällde pojkar som flickor. Vårdgarantin uppfylls och man får tid hos läkare inom 3 månader, barn med fetma och exempelvis rörelse- eller hjärtproblem får snabbare omhändertagande. Om barnet eller ungdomen redan har fått diagnosen fetma av en barnläkare exempelvis skolläkare får man direkt tid hos dietist med barnkompetens. Cirka 55 av de 160 remisserna går direkt till dietistbesök. Det är minst sex månader väntetid på besök till dietist.

För närvarande bedrivs behandling av fetma Barn- och ungdomsmedicin enbart på traditionellt sätt av dietist. I behandlingen ingår ett dietistbesök med uppföljning efter 3 månader och efter 12 månader. Inom NU-sjukvården pågår ett arbete att inrätta ett team för barn och ungdomar med fetma, bestående av barnläkare, dietist, leg. psykolog, sjukgymnast och sjuksköterska.

Inom NU-sjukvården finns det idag 2 dietister med barnkompetens på NÄL och ½ tjänst på Uddevalla sjukhus. Dietisternas uppdrag gäller samtliga barn och ungdomar i öppen och slutenvården samt barn- och ungdomshabilitering. 1-2 remisser per år skickas till DSBUS från NU-sjukvården och då rör det främst "second opinion".

Runda barn-teamet på Drottning Silvias Barn och ungdomssjukhus

På Drottning Silvias Barn och Ungdomssjukhus, DSBUS, sker den regionala behandlingen för barn och ungdomar med fetma. Här finns samlad kompetens som består av barnsjuksköterskor, barnläkare, psykolog, sjukgymnast, dietist och kurator.

Här arbetar man med kostråd/kostbehandling samt råd om fysisk aktivitet. Viktiga verktyg är motiverande samtal och KBT. Vid behov används även läkemedel och pulverkostbehandling och i sällsynta fall även fetmakirurgi (bör ej ske annat än i etiskt granskade studier).

DSBUS målgrupp är enligt beslutstödet barn mellan 0-18 år med misstänkt syndrom och fetma samt barn mellan 4-18 år med utebliven behandlingseffekt under 18 månaders tid på remiss från BUM, svårbehandlad grav fetma (iso-BMI 30 + 5) med eventuella riskfaktorer så som exempelvis hypertoni, obstruktiv sömnapné och blodfettsubbningar eller barn och ungdomar med morbid fetma (iso-BMI 30+10) utan riskfaktorer.

Totalt har 20 barn från Fyrbodal haft första besök för behandling av fetma på DSBUS i perioden 070101-090830. Något fler flickor (11st) än pojkar (9st) har genomgått behandling. Totalt antal nybesök från hela Västra Götaland under samma period är 242 stycken.

Tabell 6 Antal patienter från Trestad på Runda Barn teamet, 070101-090830

Kommun	Lilla Edet	Vänersborg	Uddevalla	Trollhättan
Antal:	0	3	3	6

Källa: DSBUS

5. Bedömning av behovstillfredsställelse

- Det är ett stort glapp i vårdkedjan mellan skolhälsovård och länssjukvård. Väldigt få insatser riktad till barn och ungdomar med övervikt och fetma sker på vårdcentralen.
- Stora variationer mellan skolor i hur man arbetar hälsofrämjande med övervikt och fetma, mycket upp till varje skola och intresse hos personalen.
- Lång väntetid för behandling till barn och ungdomar med fetma. Enligt Barn och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården ligger väntetiden till dietist på ca 6 månader, uppgifter från BVC-mottagningar och skolhälsovård redovisar längre väntetider. Tid till läkare hålls inom vårdgarantin.
- Det är lite som erbjuds barn och ungdomar med fetma. På Barn- och ungdomsmedicin inom NU-sjukvården erbjuds de barn och ungdomar med fetma traditionell behandling vilket innebär att förutom ett läkarbesök med provtagning får de ett dietistbesök med uppföljning efter 3 månader och efter 12 månader.
- Låg prioritering samt tidsbrist inom skolhälsovården för att genomföra riktade insatser samt motivera de barn och ungdomar med övervikt till förändring.
- Låg diagnostisering av fetma

6. Remisskriterier och Remissflöde

Indikation för behandling finns hos barn över 4 år med BMI som överstiger iso-BMI 30kg/m². Bedömning och utredning påbörjas tidigare om misstanke finns om syndrom som bakomliggande orsak till fetman. Fetma hos barn och ungdomar är en kronisk sjukdom som kräver ett långsiktigt behandlingsansvar och fortsatt behandling kan behövas i vuxen ålder. För en bibehållen effekt av behandlingsinsatser riktade till barn och ungdomar har det visats i studier att föräldrarnas medverkan är avgörande.

Enligt beslutstödet ska barnhälsovård eller skolhälsovård som vid hälsoundersökningar påvisar förekomst av fetma hos barn remittera till närmsta vårdcentral. Behandling så nära hemmet och barnets normala miljö är viktigt. Primärvården ska remittera vidare till länssjukvården vid fortsatt viktuppgång efter 12 månaders behandling (terapiresistens) och med iso-BMI > 30. Länssjukvården ska i sin tur remittera vidare till regionalt team vid terapiresistens, mycket svår fetma eller vid svårbehandlad samsjuklighet.

7. Behandlingsmetoder

Fetma kräver livslång behandling. Behandlingsinsatser till barn och ungdomar bör ske i form av familjeinriktad behandling genomförd av multidisciplinära team med kunskap inom medicin, psykologi, nutrition, omvårdnad och fysisk aktivitet. Behandlingen bör inrikta sig på beteendeförändring, energireducerad kost och motion.

Fysisk aktivitet/FaR

FaR, Fysisk aktivitet på Recept riktar sig till vuxna. I vissa områden i Fyrbodalen används metoden inom skolhälsovården och i viss mån på ungdomsmottagningar. I varje kommun finns det en FaR samordnare och det finns även uppbyggt en mottagarsida.

FaR samordnarna på Hisingen i Göteborg har utvecklat konceptet FaR för unga efter ett uppdrag från Hälso- och sjukvårdsnämnden i Göteborg. Konceptet har pågått sedan hösten 2008 och har lett till 45 förskrivna recept varav 32 är inlösta hos FaR samordnarna. FaR för unga riktar sig till barn och ungdomar i åldern 7-15 år. Det innebär ett motiverande samtal och genomgång av ett frågeformulär ”recept för ett hälsosamt liv” (www.vgregion.se/sv/Ovriga-sidor/Far/Foreningar/Diagnoser/). Det ingår subventionerat pris på gruppverksamhet. Uppföljning sker via telefon men det ingår även ett avslutande besök hos FaR samordnaren.

Det finns studier på följsamheten av FaR bland vuxna, där man ser att följsamheten för FaR är lika god som följsamheten på läkemedel.

Vid viktminskningsprogram hos barn med fetma ger kostförändringar i kombination med ökad fysisk aktivitet bättre resultat på viktminskning än enbart kostförändringar.

Kognitiv Beteende Terapi/KBT

KBT är en form av psykoterapi. Vid KBT behandling av fetma strävar man efter att identifiera och förändra de beteenden som bidrar till samt upprätthåller fetma. Förändringsarbetet sker genom att utreda vilka faktorer som utlöser respektive förstärker ett beteende och att bearbeta dem med olika interventioner. Det finns två målsättningar med KBT behandling av fetma. Dels viktreduktion, dels att bibehålla den nya vikten. Syftet med behandlingen är inte bara en kortsiktig förändring för att gå ned i vikt utan en långsiktig förändring av beteenden och tankemönster i för att möjliggöra en livsstilsförändring som i sin tur leder till viktreduktion.

Motiverande samtal, MI

Motiverande samtal är ett personcentrerat, målinriktat, empatiskt och styrande sätt att föra ett hälsofrämjande eller behandlingsinriktat samtal. Genom att aktivt lyssna, utforska och lösa upp ambivalens, så underlättas förändring. Den egna drivkraften hämtas fram och genom att förstärka inre motivation så blir beteendeförändringar hållbara. Genom fortsatt stöd och uppmuntran kan de omvandlas till nya vanor.

Att motivera handlar inte om hur en förändring ska ske utan om den ska ske och i så fall varför. Utan motiverade barn och föräldrar kan en framgångsfull viktnedgång aldrig bli mer än tillfällig. Små stegvisa förändringar är en viktig princip vid övervikt och fetma.

Kostbehandling

Barn med fetma ska följa allmänna näringsrekommendationer. Fokus ska ligga på en hälsosam vikt. Det är viktigt att kostbehandling inkluderar hela familjen och så långt som möjligt även förskola, grundskola och barnomsorg. Ju yngre barnen är desto större tyngdpunkt läggs vid information och stöd till föräldrarna.

Läkemedel

För barn och ungdomar med fetma är det restriktivitet med läkemedelsbehandling, genomförs vid behov på DSBUS.

Pulverkostbehandling

Genomförs vid behov på DSBUS till barn och ungdomar som misslyckats med viktnedgång under flera år.

Fetmakirurgi

Genomförs inte på barn och ungdomar. Enstaka ungdomar har genomgått fetmakirurgi men då inom ramen för forskning. Detta genomförs vid DSBUS.

8. Källförteckning

Boris Årsrapport (2008): www.e-boris.se/Arsrapport%202008.pdf

FYSS (2008): Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling

Nordiska Rådet (2004): Nordiska näringsrekommendationer

SBU (2002): SBU-rapport, Fetma – problem och åtgärder

SBU (2004): SBU-rapport, Förebyggande åtgärder mot fetma

Socialstyrelsen (2008): Folkhälsorapport

Skaraborg (2006): Handlingsprogram mot övervikt och vårdprogram mot fetma 2006-2008

Statens Folkhälsoinstitut (2006): Svenska skolbarns hälsovanor 2005-2006

Statens Folkhälsoinstitut (2008): Barns miljöer för fysisk aktivitet

Statens Folkhälsoinstitut (2008): Nationella folkhälsoenkäten ”Hälsa på lika villkor”

Utrikesdepartementet (2006): Barnkonventionen ”Mänskliga rättigheter – Konventionen om barnets rättigheter”

Västra Götalandsregionen: vårddatabas VEGA

Västra Götalandsregionen (2006): De 1111 svaren

Västra Götalandsregionen (2007): Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland

Västra Götalandsregionen (2008): Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen (2008): Västra Götalandsregionens budget 2008

Västra Götalandsregionen (2009): Folkhälsorapport 2008 – Befolkningens hälsa, livsvillkor och attityder till hälso- och sjukvården i Fyrbodalen

Västra Götalandsregionen (2009): Basfakta per kommun, Hälso- och sjukvårdsnämnden i Trestad

Västra Götalandsregionen (2009): Beslutstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma i VGR; www.vgregion.se/beslutstodfetma

Västra Götalandsregionen (2009): Krav- och kvalitetsbok

Västra Götalandsregionen (2009): Regional undersökning om övervikt och fetma hos barn och ungdomar, riktad till folkhälsosamordnare

Statistik från några BVC mottagningar i Dalsland och Göta Älvdalen samt från Skolhälsovården i Norra Bohuslän

Frågeformulär utskickat till: Folkhälsosamordnare, Vårdcentraler, Ungdomsmottagningar, Barn- och ungdomshabiliteringen, Barn- och ungdomspsykiatri, DSBUS. Har även haft dialogmöte/samtal med: Folkhälsosamordnare, Centrala Mödrahälsovårdsteamet, Centrala Barnhälsovårdsteamet, Hälsoodontologisk koordinator, Verksamhetschef på Barn- och ungdomskliniken inom NU-sjukvården, Utvecklingssekreterare PVO Uddevalla, Utvecklingssekreterare PVO Göta Älvdalen