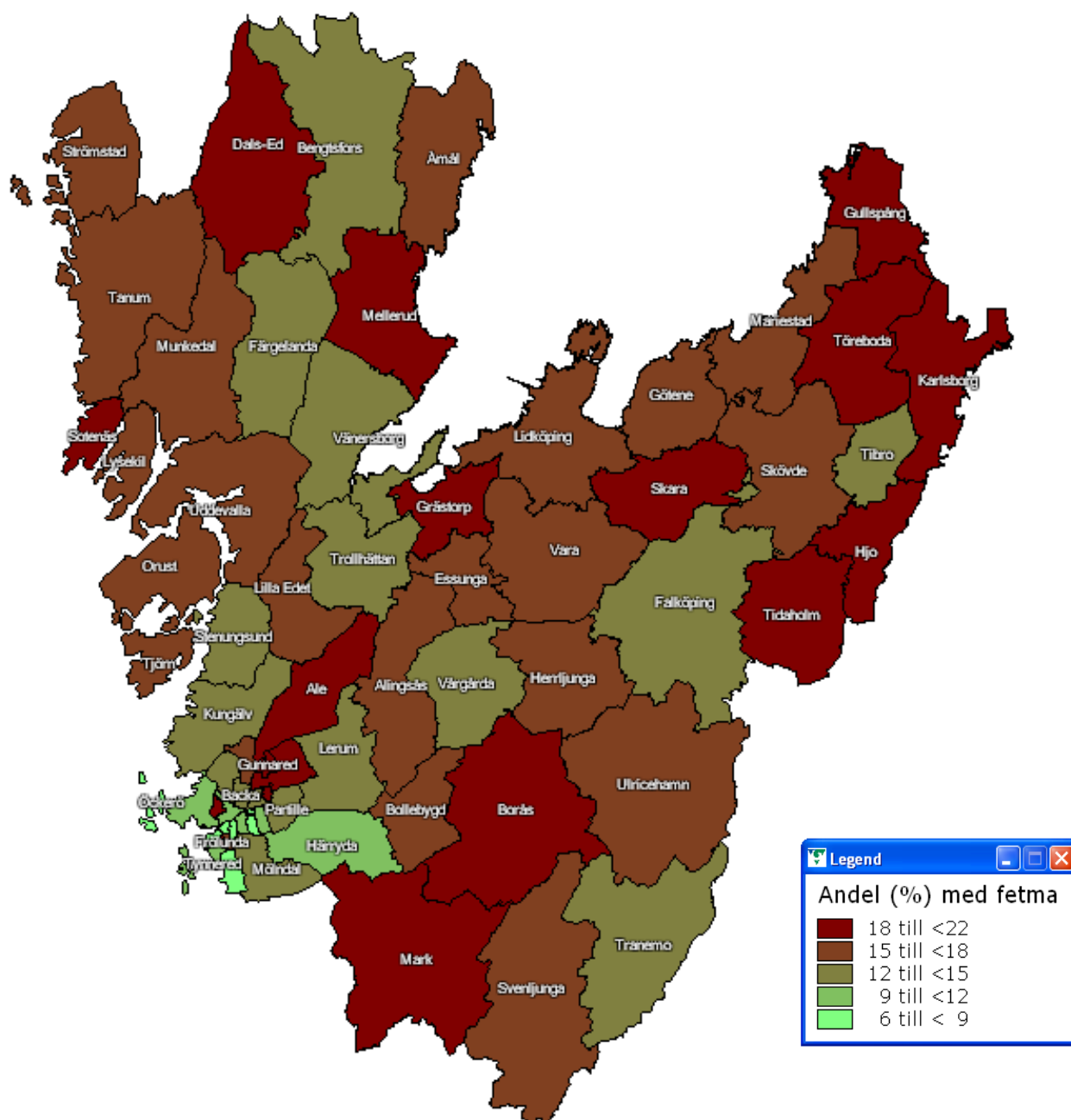


# Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen

Sammanfattning och förslag till genomförande



Figuren visar förekomst av fetma i olika kommuner och stadsdelar uttryckt i procent av befolkningen enligt ovanstående färgkod.

<b>I. INLEDNING</b> .....	3
<b>II. BAKGRUND</b> .....	4
Fetma är vanligt.....	4
Hälsoekonomi .....	4
Uppkomst och konsekvenser av fetma .....	5
Miljö- och livsstilsfaktorer orsakar den epidemiska ökningen av fetma .....	5
Hälsofrämjande förebyggande och behandlande insatser mot fetma .....	6
<i>Hälsofrämjande insatser</i> .....	6
<i>Förebyggande insatser</i> .....	7
<i>Behandlande insatser</i> .....	7
<b>III. VISION, MÅL, OCH PRIORITERING</b> .....	8
Vision .....	8
Långsiktigt mål för Västra Götalandregionen .....	8
Mål .....	9
Prioritering och vårdgaranti.....	11
<b>IV. STRATEGIER OCH NIVÅSTRUKTUR</b> .....	11
Kronologiskt perspektiv .....	11
Tvårsnittsperspektiv .....	12
<b>V. ETISKA ASPEKTER</b> .....	14
<b>VI. REKOMMENDATIONER</b> .....	14
Rekommendationer för kommuner och region.....	14
Några konkreta områden som bör uppmärksammas: .....	15
<b>VII. NATIONELLT PERSPEKTIV</b> .....	15
Genomförande och tidplan .....	16
Projektorganisation.....	16
Bilagor.....	18

Detta är sammanfattningen av ett omfattande handlingsprogram och är ett underlag för strukturella beslut. Dokumentet riktar sig framför allt till politiker och tjänstemän i ledande befattningar inom beställar- och utförarleden, samt även som en rekommendation för kommunerna.

Handlingsprogrammets vårdprogram är utformat som ett webbaserat beslutstöd.

## I. Inledning

Fetma är en sjukdom som leder till ohälsa och nedsatt livskvalitet för individen, med ökade kostnader för samhället. För att vända den kraftiga utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och vuxna har ett regionalt handlingsprogram med hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder tagits fram för Västra Götalandsregionen. Uppdraget har utgått från Hälso- och sjukvårdsavdelningen samt Folkhälsokommitténs kansli och genomförts av en projektorganisation som beskrivs senare i dokumentet (punkt VIII). Handlingsprogrammet<sup>1</sup> skall bidra till att förverkliga visionen om Det Goda Livet i Västra Götalandsregionen.

Programmet ska stötta och samordna befintliga och framtida insatser inom hälso- och sjukvård. En viktig del i programmet är en gemensam kunskapsbas och samsyn avseende mål och åtgärder. Handlingsprogrammets genomförande förutsätter distinkta mål, kunskapspridning och tydlig ansvarsfördelning med ett optimalt utnyttjande av befintliga resurser.

Handlingsprogrammet utgår från det arbete som pågått sedan 2004 gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar och som drivs av Folkhälsokommittén och Hälso- och sjukvårdsavdelningen.

Handlingsprogrammet riktar sig främst till vårdgivare och beställare inom regionens olika verksamheter, samt politiker, tjänstemän och den kommunala skolhälsovården. Det finns även andra aktörer inom kommuner, företagshälsovård, patientorganisationer, idrottsföreningar och befolkningen i allmänhet som kan dra nytta av programmet.

Sociala, ekonomiska och kulturella faktorer leder till att utsatta grupper oftare utvecklar fetma än socialt starka grupper. Levnadsvanor beror inte enbart på personliga val, utan även på de möjligheter som skapas av strukturer och förhållande i samhället som boende, skola, transportväsen, arbete, fritid, och media. Genom att arbeta med fysisk planering och andra generella åtgärder i den kommunala planeringen kan man troligen främja en hälsosam viktutveckling i befolkningen samt i viss mån överbrygga de sociala skillnaderna. I detta arbete är det viktigt att samverka på olika nivåer i samhället för att uppnå effekter i rätt riktning. Kommunerna har en mycket viktig roll i de hälsofrämjande insatserna inte minst i förskola och skola.

Övervikt och fetma är kopplade till konsumtionsmönster, som är relaterat till varu- och tjänsteproduktion, kommunikation och marknadsföring. Näraliggande frågor gäller konsumtionsstyrande skatter och avgifter. Handlingsprogrammet kan identifiera och påtala betydelsen av sådana faktorer, medan den ytterligare hanteringen av dessa frågor är av nationell och politisk natur.

---

<sup>1</sup> Definition: Med **handlingsprogram** avses en sammanställning av de övergripande kunskaper, definitioner, etiska/ekonomiska överväganden, mål och åtgärder som är nödvändiga komponenter för alla former av gemensamt arbete med att skapa förbättrad hälsa, individuellt eller på populationsnivå.

## II. Bakgrund

Fetma är en sjukdom som medför risker för ohälsa, nedsatt livskvalitet, förtidspensionering, och förtida död. Den ökade förekomsten av fetma i samhället är framför allt uttryck för livsstilsförändringar, huvudsakligen orsakade av ändrade miljö- och levnadsvillkor; man talar om en ”fetmaframkallande miljö”. Den enda långsiktiga lösningen är hälsofrämjande och förebyggande arbete på olika nivåer i samhället, med särskilt fokus på barn, ungdomars och unga vuxnas situation.

### Fetma är vanligt

Fetma (se faktaruta) är på väg att bli samtidens största folkhälsoproblem. Förekomst och utveckling av fetma varierar med kön, ålder, utbildning, socioekonomi, födelseland och mellan stad och landsbygd. Situationen i Västra Götaland liknar den i landet i övrigt. Inom regionen finns stora skillnader mellan storstad (Göteborg) och landsbygd, och mellan stadsdelarna i Göteborg. Det finns kommuner i VGR och stadsdelar i Göteborg där mer än var femte vuxen individ är fet.

Generellt har förekomsten av övervikt och fetma ökat betydligt både bland barn och vuxna. Andelen överviktiga 10-åringar har ökat från cirka 8 % 1984 till 17 % 2004, medan andelen feta 10-åringar har mer än tredubblats från mindre än 1 % till 3 %. Förekomsten av fetma ökar framför allt i ålderintervallet 20-40 år. Övervikt och fetma är viktiga orsaker till allvarliga och vanligt förekommande sjukdomar såsom diabetes, hjärtkärlsjukdomar, cancer och belastningsskador. Cirka 25 % av kända diabetes i VGR beräknas bero på fetma.

Det är viktigt att fortlöpande bevaka utvecklingen av fetma hos både barn och vuxna i VGR. Detta har betydelse både för att uppskatta behoven av hälso- och sjukvård, och för att mäta effekter av hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Aktuella forskningsrapporter talar för att fetmautvecklingen tycks vara på väg att bromsas bland barn. Detta gäller dock inte för barn med lågt socioekonomiskt status och fetmanivån bland barn i allmänhet ligger idag på en fem-faldigt högre nivå än på 80-talet. Kraftigt minskad rökning och andra gynnsamma livsstilsförändringar i befolkningen har sannolikt bidragit till att diabetesförekomsten inte ökat, att generella blodtrycksnivån reducerats, samt att hjärtinfarkter blivit ovanligare. Detta är uppmuntrande data som än mer stödjer behovet av hälsofrämjande och preventiva insatser.

#### **Faktraruta**

**BMI** (body mass index) = kroppsvikt/kroppslängd<sup>2</sup> (kg/m<sup>2</sup>)

**IsoBMI** = BMI-gränser för fetma/övervikt för barn som motsvarar de gränser som gäller för vuxna

**Övervikt** – BMI/isoBMI = 25,0-29,9, lätt ökad hälsorisk

**Fetma med måttlig ökad hälsorisk** – BMI/isoBMI= 30,0-34,9

**Fetma med hög hälsorisk** – BMI/isoBMI= 35,0-39,9

**Fetma med mycket hög hälsorisk** – BMI/isoBMI= 40 eller mer

### Hälsoekonomi

Den ökade sjukligheten vid fetma leder till ökade kostnader för såväl samhället som individen. Sjukvårdskostnaderna för fetma och fetmarelaterade sjukdomar uppgår till 2,5-3,6 miljarder kronor per år. De indirekta kostnaderna associerade med död före pensionsåldern har beräknats uppgå till knappt 3 miljarder. De studier som gjorts av sjukskrivning och förtidspension/sjukersättning beräknar de fetmarelaterade kostnaderna till någonstans mellan

6 och 9,5 miljarder kronor under ett år. Dessa siffror är dock baserade på uppgifter om sjukskrivning och förtidspension bland överviktiga under perioden 1979-1990 och det är därför osäkert om de äger giltighet idag. Det saknas idag svenska hälsoekonomiska studier avseende värdet av hälsofrämjande och fetmaförbyggande insatser. Det finns enstaka industrisponsrade hälsoekonomiska utvärderingar av läkemedelsbehandling mot fetma, men inga sådana, för svenska förhållanden relevanta studier avseende fetmakirurgi. De internationella studier som gjorts talar dock för att såväl kirurgisk som farmakologisk behandling av fetma är kostnadseffektiv.

## Uppkomst och konsekvenser av fetma

Fetma hos barn över fyra års ålder eller hos vuxna är i allmänhet bestående och är i praktiken en kronisk sjukdom som i många fall förvärras med åren. En ond spiral av minskande kondition och motion i förening med svårighet att ändra kaloriintag leder ofta till stadigt ökande vikt. Till detta kommer psykisk stress genom social isolering, utanförskap och mobbing vilket kan bidra till ohälsosam livsstil med t e x mycket TV-tittande eller tröstätning. Insatser på egen hand för att gå ner i vikt är oftast resultatlösa i ett längre perspektiv.

För barn och ungdomar med fetma är psykiska besvär, låg självkänsla, utanförskap, mobbing och depression allvarliga problem som startar i tidiga år och oftast innebär en mycket låg livskvalitet och livslång prägling. Alla de medicinska problem som ses hos vuxna, t ex hjärtkärlsjukdomar, diabetes, hormonrubbingar, belastningsproblem, astma, nedsatt kondition och sömnsvårigheter finns hos barn med fetma, mestadels som förstadier.

Fetma leder till ökad risk för förtida död, framför allt p g a hjärtkärlsjukdom och cancer, samt till en rad folksjukdomar som högt blodtryck, diabetes, och blodfettrubbingar, som i sin tur leder till hjärtinfarkt och stroke. Mindre än 20 % av män och kvinnor med fetma i en svensk population är utan riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom som högt blodtryck, diabetes och blodfettrubbingar. Sömnapné, leversjukdomar och ledbesvär är andra vanliga komplikationer till fetma. Fetma medför också kraftigt nedsatt livskvalitet, ökad förekomst av psykisk ohälsa, sjukskrivning och förtidspensionering.

## Miljö- och livsstilsfaktorer orsakar den epidemiska ökningen av fetma

Även om utvecklingen av fetma också styrs av ärftliga faktorer visar den närmast epidemiska ökningen av fetma i världen att livsstilsfaktorer spelar en helt avgörande roll, tillsammans med socioekonomiska förhållanden som styr energiintag och motion. Här kan identifieras olika riskgrupper (se faktaruta) Om inte utvecklingen av övervikt och fetma bromsas förutses en stadig försämring av folkhälsan med ökande hälso- och sjukvårdskostnader.

### Faktaruta: Riskgrupper

Befolkningsgrupper med låg utbildning, låga inkomster samt en del invandrare är överrepresenterade bland patienter med fetma. Detta har att göra med ekonomiska, sociala och kulturella förhållanden, där olika exempel kan nämnas:

- Lågt förtroende för samhället, inklusive hälso- och sjukvård
- Ett positivt förhållningssätt till fetma som ett uttryck för välmående och hög status.
- Positiva attityder till kaloririk mat och låg fysisk aktivitet, också som uttryck för välmående och hög status.
- Dålig ekonomi med begränsade möjligheter att välja bra boendemiljö, äta nyttig mat och motionera.

- Hög stressnivå med ätande som felaktig strategi för stresshantering och hög risk för bukfetma.

Uppkomsten av fetma har många orsaker som på ett komplicerat sätt är relaterade till samhället, kulturen och individen. Olika regelverk och skattesystem, utbildningsväsen, kommunikation och transporter, liksom marknaden för produktion och försäljning av livsmedel har en mycket stor inverkan, långt utöver den som hälso- och sjukvården har. Media och underhållningsindustri har också stor betydelse för individens livsstil. Inom WHO och i flera länder fastställs det att också dessa övergripande samhällsstrukturer måste påverkas om det ska gå att framgångsrikt bromsa fetmautvecklingen, som har liknats vid klimathotet.

#### **Viktiga budskap**

- Fetma är en kronisk sjukdom som ökar risken för förtida död, diabetes, högt blodtryck, hjärtinfarkt, stroke, cancer och medför sänkt livskvalitet.
- Förekomsten av fetma hos barn har ökat femfaldigt och dubblerats hos vuxna i Sverige sedan 1980. Denna ökade exponering för fetma kommer sannolikt få genomslag i folkhälsan under kommande decennier.
- Inom många kommuner i Västra Götaland lider upp till var femte medborgare av fetma
- Ändrade levnadsvillkor och förändrad miljö är viktiga orsaker till den ökade förekomsten av fetma. Risken ökar mer hos individer med ärftlighet för fetma.
- Högriskgrupper för utveckling av fetma finns bland barn och unga vuxna, vissa invandrargrupper, ekonomiskt utsatta individer med låg utbildning, samt patienter med psykisk sjukdom och olika typer av läkemedelsbehandling.
- Fetma medför höga kostnader för samhället p g a stort sjukvårdsbehov, sjukskrivningar och förtidspensioneringar
- Aktuella forskningsresultat pekar på att minskad rökning och andra gynnsamma förändringar i livsstil minskat förekomsten av hjärtinfarkt och högt blodtryck vilket stödjer behovet av fortsatta hälsofrämjande och preventiva insatser.

## **Hälsofrämjande förebyggande och behandlande insatser mot fetma**

### **Hälsofrämjande insatser<sup>2</sup>**

Det finns viktiga principiella skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Hälsofrämjande insatser är riktade till hela populationer samt miljö och samhälle runt dessa; förebyggande insatser är mer individriktade och berör enstaka personers situation och vad som hon/han kan göra för att förhindra specifik sjukdom. Hälsofrämjande insatser handlar om den process som skapar förutsättningar och ger människan möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den. Detta förutsätter både att det finns utrymme och möjligheter för individen att påverka den egna situationen och att de samhällsbetingelser som är avgörande för en god hälsa kan kombineras och förbättras. En god hälsa och därmed en sund livsstil skapas till stor del av ett samhälles sociala, ekonomiska, och kulturella förhållanden vilket gäller såväl för den enskilda människan som på befolkningsnivå.

Sociala, ekonomiska och kulturella faktorer inverkar så att socialt starka grupper verkar lättare att behålla normal kroppsvikt. Levnadsvanor beror inte enbart på personliga val, utan även på de möjligheter som skapas av strukturer och förhållande i samhället såsom media, och olika

<sup>2</sup> Definition: **Hälsofrämjande insatser** – att förstärka den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den.

s.k. arenor som t. ex näringsliv, bostadsområdet, skolan och arbetsplatsen, men också genom att aktivt stödja familjestrukturer. Genom att arbeta med fysisk planering och andra generella åtgärder i den kommunala planeringen kan man troligen främja en hälsosam viktutveckling i befolkningen samt i viss mån överbygga de sociala skillnaderna. Skolan och arbetsplatserna är andra viktiga arenor i det hälsofrämjande arbetet.

För barn finns data som talar för att hälsofrämjande insatser avseende kost och motion som skett via skolmiljön är effektiva. Goda erfarenheter finns också från insatser på arbetsplatser, inte minst i Göteborg.

### ***Förebyggande insatser<sup>3</sup>***

#### *Barn*

SBU:s anger efter sin genomgång att "det nu är klarlagt att det med skolbaserade åtgärder går att minska viktökning och fetmautveckling bland barn och ungdomar".

#### *Vuxna*

Resultaten från ett stort antal studier ger stöd för att det går att förebygga fetma med insatser för att förbättra kost och fysisk aktivitet (SBU).

Många som har fetma löper ökad risk att drabbas av diabetes. Studier som löpt under 1-10 år visar att kombinationen vikt-reducerade diet och motion minskar risken att drabbas av diabetes under 3- 6 års uppföljning

### ***Behandlande insatser***

#### **Barn**

Behandlingsinsatser riktade till barn och ungdomar har med nödvändighet oftast skett i form av familjeriktad behandling. Multidisciplinära team med kunskaper inom medicin, psykologi, nutrition, omvårdnad och fysisk aktivitet har svarat för de flesta lyckade behandlingsstudier som publicerats.

---

<sup>3</sup> Definition: **Förebyggande insatser** - åtgärder för att förebygga fetma hos individer som aldrig varit feta (primär prevention), eller tidigare varit feta (sekundär prevention).

Kost, motion och beteendefrågor: Barn med fetma har från 4 års ålder kommit ifråga för behandlande insatser. För barn är målet att få vikten att inte öka och ha bevarad längdtillväxt så BMI reduceras med åren. Barn behöver en adekvat kost för optimal utveckling.

Familjebehandling: Från USA finns ett par behandlingsmodeller redovisade som visat en säkerställd effekt på tio års sikt.

Kognitiv beteendeterapi för barn med kvarstående goda resultat efter 5 år har beskrivits.

Läkemedelsstudier eller andra behandlingar: Kombination av beteendemodifikation med läkemedel (sibutramin, orlistat) har haft måttiga men säkerställda resultat, liknande de för vuxna, vid uppföljning efter ett år.

Lågenergikost med pulverkostbehandling finns redovisat från USA men uppföljningstiden i dessa studier har varit kortvarig.

Fetmakirurgi (se nedan): Det saknas relevanta vetenskapliga studier. Fetmakirurgisk behandling av barn och ungdomar med fetma bör endast ske inom ramen för behandlingsstudier.

### **Vuxna**

Energireducerad kost och motion: Kostråd i kombination med uppföljning ger under 4 år upphov till en viktninskning om 2-3 kg men blir större vid kombination med ökad fysisk aktivitet eller vissa läkemedel. Motion medför gynnsamma effekter på blodfettsnivåer, blodsocker och blodtryck, även om viktninskningen inte är uttalad. Det finns belägg för att anta att motion delvis kan motverka de ogynnsamma effekterna av fetma på risk för hjärtkärlsjukdom.

Kognitiv beteendeterapi: I korttidsstudier medför sådan behandling viktninskning och förstärker effekten av diet- och motionsbehandling.

Läkemedel: Tre godkända läkemedel (orlistat, sibutramin, rimonabant) reducerar i genomsnitt vikten med upp till 5 kg utöver effekt av livsstilbehandling. De har varierande effekter på riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom och också varierande biverkningar. Orlistat har i en 4-årig studie visat minska risken för att insjukna i diabetes, annars saknas långtidsstudier av effekter på sjuklighet och död.

Fetmakirurgi: Denna metod används vid svår fetma och vid hög risk för komplicerande sjukdomar när ovan nämnda metoder inte har haft effekt. Vetenskapliga data talar för att fetmakirurgi minskar den förhöjda risk som föreligger vid svår fetma för död och insjuknande i hjärtkärlsjukdom och cancer. Vidare botas diabetes i hög utsträckning, blodfetterna normaliseras och det sker en drastisk förbättring av livskvaliteten. Operationsrisken är mycket låg med moderna metoder. Det finns 11000 vuxna med BMI mer än 40 i VGR och det enda långsiktiga målet att möta detta behandlingsbehov är förebyggande insatser.

## **III. Vision, mål, och prioritering**

### **Vision**

Visionen om det Goda Livet i Västra Götalandregion är handlingsprogrammets centrala utgångspunkt.

### **Långsiktigt mål för Västra Götalandregionen**

Ett långsiktigt mål är hälsosam vikt och god hälsa för alla på lika villkor. Ett specifikt mål är att förekomsten av fetma under det kommande decenniet skall återföras till 1980-talets nivå (under 1% bland 10-åringar och under 10% bland vuxna).



## Mål

Handlingsprogrammet innehåller både kortsiktiga mål att så effektivt som möjligt hjälpa patienter med fetma och fetmarelaterade sjukdomar, och långsiktiga mål, som innebär hälsofrämjande och förebyggande insatser för att förhindra uppkomsten av övervikt och fetma. Dessa åtgärder måste initieras parallellt.

Hälso- och sjukvården inklusive tandvården utgör merparten av regionens verksamhet. Tillsammans med de 49 kommunerna, som i sin verksamhet har skolhälsovård och en omfattande hälso- och sjukvård riktad till äldre och funktionshindrade i alla åldrar når regionen i stort sett samtliga invånare. Regionen är den viktigaste arenan för hälsofrämjande arbete och för den långsiktiga hälsoutvecklingen i samhället. Distinkta mål kan uppsättas inom områden som gäller hälso- och sjukvård, medan endast rekommendationer kan lämnas för mer övergripande hälsofrämjande insatser, där ansvaret delas med parter utanför VGR (se punkt VII nedan).

Mål	Mått	Ansvar
Införande under 2009 av Handlingsprogrammet med hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser för VGR med rekommendationer för kommunerna	1. Utformning av kommunikationsstrategi och utbildningsplan 2009 2. Minst 80% av personal skall ha genomgått grundläggande utbildning 2010 3. Lokala samverkansseminarier skall ha skett i alla nämndområden 2008	HSA och Folkhälsokommittén Rådsfunktion <sup>4</sup> , som etableras 2008, via uppdragshandling; samt beställare
Vidareutveckla ersättnings-system för hälsofrämjande och förebyggande insatser inom primärvården <sup>5</sup> .	Färdig utredning 2009	Hälso- och sjukvårdsavdelningen inom VGR

<sup>4</sup> Rådsfunktionen är en styrgrupp med deltagare från profession, administration och folkhälsokommitténs kansli med uppgiften att utveckla processerna i genomförandet av Handlingsprogrammet mot övervikt och fetma.

<sup>5</sup> Det viktigaste perspektivet är att hälso- och sjukvården kan bli mer effektiv genom att arbeta hälsofrämjande och förebyggande och därigenom förbättra livskvalitet för den enskilde individen. En hälsoorientering av hälso- och sjukvården innebär därför en breddning av fokus, och en förskjutning i synen på vilka kunskaper som är viktiga. Kunskap om interaktionen mellan hälsa och sjukdom mellan kropp och själ är en förutsättning för en förståelse av komplexa samband. Vårdens uppgift är att bidra till synergieffekter genom att bättre hälsa bidrar till mindre sjukdom och mindre sjukdom till bättre hälsa och livskvalitet. För detta krävs ett mer strukturerat och systematiskt arbete på olika nivåer för att öka hälsoorienteringen i vården.

Hälso- och sjukvården har en nyckelroll genom sin specifika kompetens, auktoritet, breda kunskap och sin stora kontaktyta gentemot befolkningen. För att hälso- sjukvården i större utsträckning ska erbjuda insatser som hjälper individen att göra hälsosamma val behöver styr-, ersättnings- och uppföljningssystemen för vården förändras. I verksamhetsplaner och bokslut behöver mål för hälsa fokuseras tillsammans med traditionella områden som ekonomi och produktion.

Vårdens årsredovisningar består främst av olika produktionsmått, genomförda prestationer och ekonomiska resultat. Det finns ett behov av att mäta hälsoutfall alltså hur väl vården lyckats med sitt egentliga uppdrag. Ett ersättningsystem där målrelaterade ersättning premieras för hälsofrämjande åtgärder t.ex. hälsoprofiler, hälsosamtal, utnyttja befintliga screeningssystem ex. tandvården, mammografi, cytologprov m.m. Man bör tydliggöra uppdragen i beställningarna där speciellt hälsofrämjande insatser bör lyftas fram.

Under 2003 togs det fram riktlinjer i Västra Götaland riktlinjer för arbetet med fysisk aktivitet på recept (FaR®). Under 2007 beslutade Regionala Läkemiddelsrådet att inrätta en terapigrupp för fysisk aktivitet. Denna terapigrupp skall arbeta för att öka användningen av FaR® inom Hälso- och sjukvården, på ett strukturerat sätt och ansvara för medicinska rekommendationer. I beställningarna för 2008 har alla nämnder med FaR® i beställningen och flera även som målrelaterad ersättning.

Utveckla företagshälsovården: Basnivå i åtagande som gäller för alla förvaltningar i VGR.	1. Utredning föreslås starta 2008; Hälsoronder, riskprofiler som ex in i avtal	Personalstrategisk avd samt utförare i alla förvaltningar
Hälsofrämjande och förebyggande insatser för barn och ungdomar – se rekommendationer punkt V	Minskande förekomst av fetma	Utförare Folkhälsokommitténs kansli
Identifiering av riskgrupper för fetma och organisation av lokala handlingsprogram för hälsofrämjande och förebyggande insatser <sup>6</sup>	1. Årsrapport och lägesbeskrivning avseende måluppfyllelse (exv FaR <sup>2</sup> ) 2. Folkhälsoavtal/överenskommelser 3. Inriktning företagshälsovård	Nämnderna och utförare samt kommuner i samverkan Folkhälsoråd/samverkan Företagshälsovård
Kontinuerlig uppföljning av vikt, längd och midjemått inom hälsovård för barn och vuxna samt för vissa riskgrupper inom sjukvården (diabetes, högt blodtryck, blodfettssubbningar mm)	Verksamhetsrapport med årlig uppföljning av förekomst och förändring av övervikt och fetma	Utförare inom mödra/primär-, barn-, och vuxenhälsovård, samt sjukvård. Samverkan sker med kommunernas skolhälsovård.
Kontinuerlig uppföljning av förekomsten av övervikt och fetma i VGR	Rapporter vartannat år för kontinuerlig uppföljning av övervikt och fetma i VGR	Rådsfunktionen i samverkan med VGR
Optimal och jämlik användning av fetmabehandlande insatser inklusive fetma- och plastikkirurgi, med hänsyn tagen till prioriteringsprinciper och vårdgaranti	1. Regelverk för prioritering och anpassning till vårdgarantin skapas. I det ingår definition av patienter med operationsindikation och principer för prioritering. 2. Analys av antal operationer per nämndområde i relation till fetmaförekomst utvärderas 3. Vårdprogram för optimalt stöd / behandling för de som inte vill opereras eller har fetma utan operationsindikation (i Beslutsstödet)	Rådsfunktionen i samarbete med sektorsråden och Program- och prioriteringsrådet

<sup>6</sup> Särskilt viktiga områden för hälsofrämjande och förebyggande arbete inom Hälso- och sjukvården är primärvården med bla mödra- och barnhälsovård, kommunernas skolhälsovård samt folktandvården. Här möter man i stort sett alla barn och föräldrar och kan identifiera och verka för att undanröja riskfaktorer inte minst för barn som löper risk för otrygg och ohälsosam uppväxt, övervikt och psykisk ohälsa.

Det är viktigt med en hälsofrämjande arbetsplats. Västra Götalandsregionen är en stor arbetsgivare som bör tas med i uppdraget. Många människor i dagens samhälle tillbringar det mesta av sin vakna tid på arbetsplatsen. Att medarbetare mår bra och får möjlighet att via sitt arbete stimuleras till bra matvanor och en fysiskt aktiv vardag, och samtidigt uppleva att de har en arbetsplats där de trivs och kan utvecklas är troligtvis en effektiv och samhällsnyttig åtgärd. För anställda som i sitt uppdrag skall främja hälsa och påverka andra människors livsstil, är det en förutsättning, hälsouppdraget blir annars inte trovärdigt.

## Prioritering och vårdgaranti

Enligt de principer som fastställts av riksdagen och som implementerats i regionens prioriteringsarbete ingår i den allra högsta prioriteringsgruppen vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller till för tidig död; svåra kroniska sjukdomar; samt vård av människor med nedsatt autonomi (d v s barn). Till den näst högsta prioriteringsgruppen hör prevention. Fetma är i hög utsträckning ett tillstånd som möter dessa kriterier, varför många insatser mot fetma är högprioriterade. Medborgare i VGR ska få vård på samma grunder, oavsett var man bor eller var man söker vård i regionen. En långsiktig effekt på utvecklingen av fetma i samhället förutsätter också insatser från bl a regionens kommuner som också har att prioritera olika åtgärder.

Vårdgarantin innebär ett krav på regionen att kunna ge tid för första kontakt och sedan etablera behandling inom givna tidsramar. Detta ställer stora krav på en tydlig och transparent prioriteringsprocess (se mål ovan).

## IV. Strategier<sup>7</sup> och nivåstruktur

De strategier som används måste både beakta ett långsgående eller kronologiskt perspektiv som fångar upp individens risk för fetmautveckling under livet, och ett tvärsnittsperspektiv som gäller handläggning av fetma vid olika åldrar.

### Kronologiskt perspektiv

Insamlade uppgifter från Västra Götaland regionen visar att förekomsten av fetma framför allt stiger under 20- till 40-årsåldern, då det inträffar en trefaldig ökning. Även andra perioder i livet är förknippade med ökad risk att utveckla fetma med tillhörande komplikationer (se Tabell 1).

Tabell 1. Kritiska tidpunkter för utveckling av fetma under en individs levnad och när förebyggande insatser bör kunna vidtas.

Ålder	Livshändelse	Möjlig mekanism	Ansvar, åtgärd
-9 mån till födelse	Bristande fostertillväxt	Text ogynnsam livsstil hos modern	Hälsofrämjande insatser från mödrahälsovården/ primärvård
Födelse-2 år	Amning	Effekt på tillväxt och utveckling	Barnhälsovård
2år – 12 år	Snabb tillväxt	Tillväxtstörning, psykosocial stress	Barn-, skolhälsovård och förskola, skola
12 år – 16 år	Puberteten	Hormonell och psykisk omställning	Skolhälsovård
16-20 år	Inträde i vuxenlivet, eget ansvar, ny livsstil	Ogynnsam kost och livsstil inklusive tobak och alkohol	Ungdomsmottagningar, primärvård, FHV
18-30 år	Familjebildning,	Ogynnsam kost och	Mödra-,

<sup>7</sup> Definition: **Strategi** – långtgående övergripande tillvägagångssätt

	arbetsliv	tidsbrist med minskad fysisk aktivitet	företagshälsovård, primärvård
18-40 år	Graviditet	Viktuppgång under och efter graviditet	Mödra-, företagshälsovård, primärvård
18-45 år	Föräldrarskap	Interaktion med barn (=nästa generation). Ny livsstil etableras.	Mödra-, barn-, företagshälsovård, primärvård
45-55 år	Klimakterium	Biologiska förändringar hos kvinnor med ökad risk för sjukdom	Primärvård
55- 65- år	Pensionering	Ändrad livsstil, biologiska förändringar	Primärvård kommunal sjukvård och omsorg

\*Riskgrupper under uppväxt: barn m övervikt, föräldrafetma, avvikande födelsevikt, snabb tillväxt, kort sömn, mkt TV, socioekonomisk och psykosocial utsatthet.

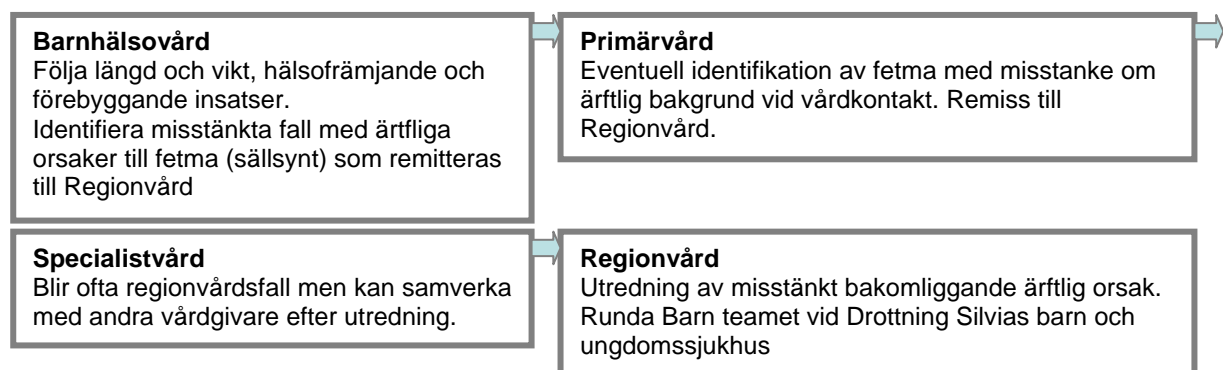
### Tvärsnittsperspektiv

Individen som har drabbats av fetma ska erbjudas en nivåstrukturerad behandling med tydliga mål. Det innebär att den minst resurskrävande behandlingen erbjuds först och om behandlingsresultaten är dåliga ökas gradvis insatsen. Det ska finnas tydliga mål som ska utvärderas. I nedanstående figur har dessa nivåstrukturerade behandlingar sammanfattats för barn och vuxna.

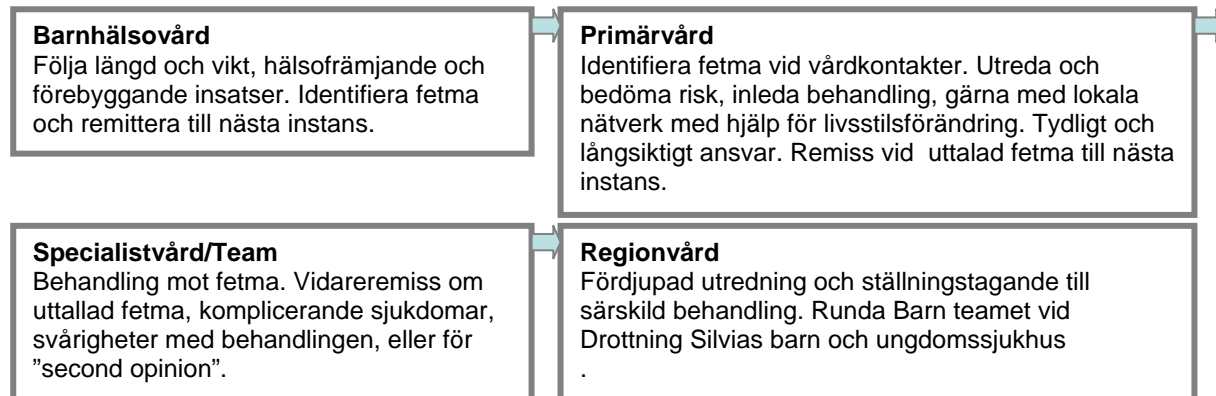
#### Barn

I nedanstående beskrivning ingår multidisciplinära team (sjuksköterska, dietist, sjukgymnast, psykolog, läkare) som en resurs inom specialistvården och i vissa fall i primärvården.

#### Barn 0-4



**Barn 4-6**

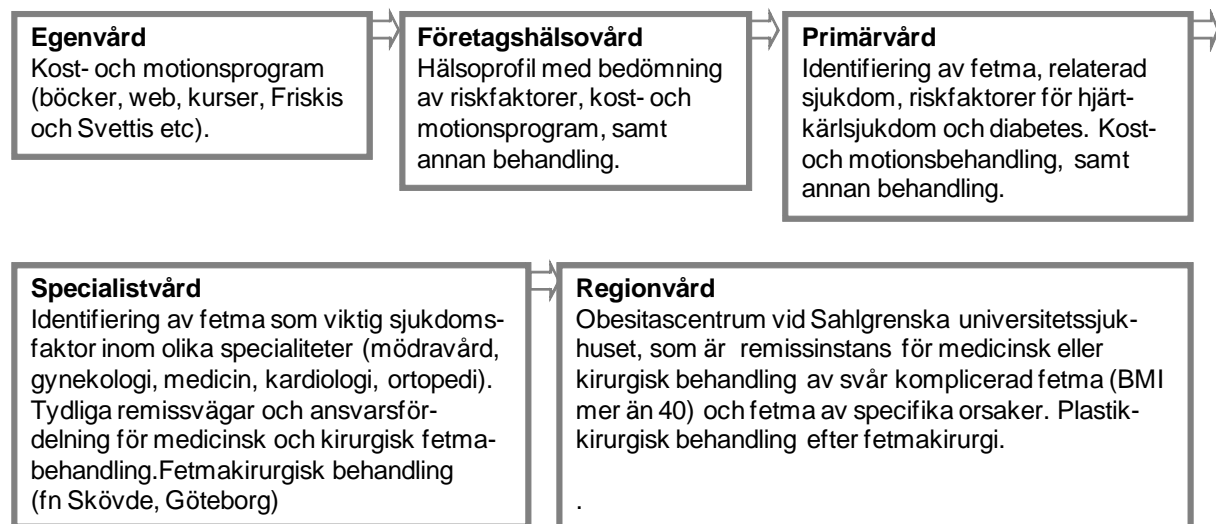


**Barn 7-18 år**



**Övergång från barn- till vuxensjukvård:** Det är viktigt att det finns en etablerad vårdkedja.

**Vuxna**



**Sammanfattat- strategier**

- Under livet finns det kända företeelser och händelser som medför ökad risk för fetma och där förebyggande insatser är särskilt viktiga, och det gäller framför allt barn och unga vuxna
- Samverkan mellan folkhälsoråd och sjukvård samt lokala nätverk som förmedlar gynnsamma livsstilsförändringar (kost, motion mm) bör etableras och utvecklas.
- Inom sjukvården är behandlingen av fetma nivåstrukturerad med i handlingsprogrammet tydligt angivna principer för ansvar, åtgärder, prioriteringar, samt remissregler.

**V. Etiska aspekter**

Handläggningen av individer med fetma som inte upplever sig som sjuka, måste baseras på en inriktning att främja hälsan, och undvika att hos individen skapa upplevelsen av att vara sjuk med försämrad livskvalitet som följd. Könsaspekten måste också beaktas vid utformning av behandlingsprogram och resursfördelning. Många som arbetar inom hälso- och sjukvård upplever att det är svårt att ta upp frågor kring övervikt och fetma med barn, ungdomar och föräldrar. Det finns en oro för att överträda gränserna för den personliga integriteten. Hos både vårdpersonal och i befolkningen i övrigt kan finnas uppfattningar om att den som inte är smal har misskött sin hälsa och svikit någon slags moral på det viset och att fetma hör ihop med dålig karaktär, frosseri och lättja. Ett syfte med handlingsprogrammets utbildningsdel är att utveckla kommunikationskunskaper hos personalen.

**VI. Rekommendationer<sup>8</sup>**

För de insatser som kan göras utanför hälso- och sjukvårdens mandat, t ex i kommunerna kan endast förslag och rekommendationer lämnas med syftet att nå samverkan. Ett stort arbete har redan gjorts inom ramen för Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland. Detta utvidgas här för att gälla även för vuxna.

**Rekommendationer för kommuner och region**

Dessa rekommendationer som kan ses som vägledande för huvudmännens arbete.

Vad	Ansvar	Indikator	Mål	Uppföljning
Skapa policy och handlingsprogram <sup>9</sup>	Kommuner Regionen	% policy eller handlingsprogram av förvaltningar	75 % inom en mandatperiod	Förnyad kartläggning som motsvarar "De 1111 svaren" (Se rekommendationer.) Sammanställning av årliga uppföljningar av verksamheter
Höja kompetensen bland personal	Kommuner Regionen Sahlgrenska Akademin Göteborgs universitet	% genomförda utbildningar.  Förslag utarbetas för att definiera lämplig kompetensnivå	50 %, 2010  Arbetsgrupp bildas för att utarbeta förslag	Vid en ev web-baserad basutbildning fås samtidigt en automatisk kvantitativ och kvalitativ uppföljning

<sup>8</sup> Definition: **Rekommendationer** – normgivande allmänna råd som inte är formellt bindande.

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvård, mödrahälsovård, barnhälsovård, ungdomsmottagningar, tandvården, förskola, skola, skolhälsovård, familjecentral, kultur- och föreningslivet, företagshälsovården och frivilligorganisationer

Höja kompetensen i befolkningen med inriktning på föräldrar och barn (föräldrautbildning)	Kommuner Regionen	Fokusgrupper  Hälsosamtal kring Livsmedelsval och konsumtionsmönster vid 18 månaders ålder, 6 år  % genomförda föräldrautbildningar per primärvårdsområde	Rapporter fokusgrupper  % hälsosamtal per åldersgrupp Medvetenhet bland föräldrar om god livsstil och hälsosamma val  Ökad konsumtion av frukt och grönt  50% genomförda	Förvaltning tar ställning till fokusgrupp-rapport  Medborgarundersökningar  Upphandlingar i offentlig verksamhet  Statistik  verksamhetsbeskrivningar
Arbeta aktivt för att öka barns och ungas rätt att komma till tals och påverka	Kommuner Regionen	Barns delaktighet enligt kommunernas policy och handlingsplaner.	Etablering av policy samt inledande enkät Elevråd ?	Barnombudsmannens enkäter

### Några konkreta områden som bör uppmärksammas:

Vad	Ansvar	Indikator	Mål	Uppföljning
Att formulera kravspecifikation för upphandling i enlighet med gällande näringsrekommendationer	Kommunala och regionala verksamheter som svarar för upphandling	Kravspecifikation	Att kravspecifikation finns	De kostansvariga via enkäter
Följa livsmedelsverkets rekommendationer för måltider i förskola, skola och arbetsplatser.	Kommunala och regionala verksamheter för barn och ungdom	Livsmedelsverkets rekommendationer  Andel barn som ammas helt vid 4 månaders ålder  God måltidsordning, ex intag av frukost	Rekommendationerna är kända av alla ansvariga  80% 2010  100% 2014	De kostansvariga via enkäter  Nationellt amningsregister  BVC och hälsosamtal i skolan enkäter?
Att aktivt bidra till att förskola, skola utvecklas som stödjande miljöer för fysisk aktivitet, exempelvis stimulera rörelseglädje ute och inne	Kommunala verksamheter för barn och ungdom och för fysisk planering	Vardaglig fysisk aktivitet  Lpf -94, läroplanen för frivilliga skolformer, gymnasieelevernas fysiska aktivitet  Ämnet Idrott och hälsa	60 minuter per dag och barn  Gymnasieeleverna skall ha regelbunden fysisk aktivitet  Flickornas och de mindre aktiva elevernas behov uppmärksammas och tillgodoses i högre grad än tidigare.	Nationell uppföljning läroplanen via skolverket  Skolverket och via lokala skolplaner  Idrottslärare
Uppmuntra till att följa allmänna rekommendationer för fysisk aktivitet för vuxna	Kommun Föreningsliv och ideella organisationer	Vardagsaktiviteter med måttlig anstränging	Minst 30 minuter per dag	Enkät
Samverkan mellan offentlig verksamhet, näringsliv och föreningsliv	Regionen Kommunerna (fackföreningar, handelskammare mm)	Kontakter	Kontakter förekommer  Certifiering (se även ovan)	Enkäter Att diskutera
Identifiera och initiera åtgärder för riskgrupper	Regionen Kommuner	Policy, handlingsplaner, uppföljningar i förvaltningar	Medvetenhet om olika ekonomiska, sociala och kulturella förhållandens betydelse skall genomsyra verksamheterna	Uppföljning av handlingsplanerna; bevakas via rådsfunktionen

## VII. Nationellt perspektiv

Hälsofrämjande insatser är främst en kommunal angelägenhet. För att stötta kommunernas arbete inom detta område behövs en nationell policy motsvarande det som tagits fram i Storbritannien och Danmark. Det behövs gemensamma nationella beslut, politiskt för att förstärka befolkningens möjligheter att göra hälsosamma livsstilsval. De områden som lyfts

fram är bl a skola, livsmedel, transporter, motverka stillasittande livsstil, samhällsplanering m m.

## Genomförande och tidplan

Handlingsprogrammet består av detta dokument som också anger förslag till genomförande, samt ett beslutsstöd som utformas för varje enskild användarnivå i den struktur som har att förebygga och behandla fetma. Beslutsstödet (bilaga 1) bör vara webbaserat för att vara maximalt tillgängligt.

En rad åtgärder är nödvändiga för att kunna genomföra handlingsprogrammet:

1. Info på ledningsmöte HSA i 21 januari
2. Info beredningsgruppen 7 februari
3. Etablera rådsfunktion, uppdragshandling
4. Seminarium 20 februari, arbetsgrupperna
5. Dokument klart i april, mini-HTA av obesitaskirurgi färdigt i maj, avstämning med Program- och prioriteringsrådet, samt olika sektorsråd.
6. Del i budgetprocessen, samt info/beslut HSU och Folkhälsokommittén i slutet av maj.
7. Dialogmöten i VGR under 2008
8. Beslutsstödet (Bilaga 1) framtaget till innehåll och struktur till 30 maj.
9. Strukturerat utbildningsprogram (bilaga 2). Eftersom fetma förekommer allmänt inom kommunens och regionens verksamheter och förutsätter insatser inom de flesta nivåer måste en systematiskt utbildning genomföras. Den bör vara så kostnadseffektiv som möjligt och här är viktigt att utnyttja tidigare erfarenheter, t ex webb-baserad utbildning gällande handikapp. Beslut om utformning och genomförande senast andra kvartalet 08.
10. Utnyttja de erfarenheter som gjorts och det arbete som redan genomförts, t ex Skaraborgsprojektet eller andra goda exempel.

## Projektorganisation

### Projektledningsgrupp

Susanne Tedsjö (ordförande), Staffan Mårild, Annika Nilsson-Green, Björn Fagerberg

### Styrgrupp

Axel Bergh (HSA), Johan Jonsson (Folkhälsokommittén)

### Arbetsgrupper

*Epidemiologi* (sammankallande Ulf Lindblad, ställföreträdare Lauren Lissner)

*Hälsofrämjande* (sammankallande Annika Nilsson-Green, ställföreträdare Stig Lindholm)

*Riskgrupper* (sammankallande Maria B Magnusson)

*Fetmaförebyggande* (sammankallande Henry Toivonen, ställföreträdare C Björkelund)

*Behandlande* (sammankallande Jarl Torgersson, ställföreträdare Jovanna Dahlgren)

*Utbildning* (sammankallande Helén Lantz)

Deltagarna i projektet beskrivs närmare i nedanstående tabell.

<b>Projektledning</b>			
Björn Fagerberg	ÖL, adj professor	SU internmedicin, Obesitascentrum	
Staffan Mårild	ÖL, runda barnteamet	Dr Silvias barnsjukhus	
Susanne Tedsjö	Projektledare	HSA Regionkansliet	
Annika Nilsson-Green	Utvecklingsledare Folkhälsa	Folkhälsokommitténs kansli	Hälsofrämjande
<b>Arbetsgrupper</b>			
Agneta Sjöberg	Näringsfysiolog	GU, allmän medicin	Hälsofrämjande



Lena Thorselius	Leg. sjukgymnast	Primärvårdskansliet Alingsås	Hälsofrämjande
Lisa Eden	Hälsopedagog	FHV-VGR Hälsan & Arbetslivet	Hälsofrämjande
Margareth Nordström	Samordnande skolsköterska	Skolhälsa Social resursförvaltning	Hälsofrämjande
Stig Lindholm	Samordnare	Personalstrategiska avdelningen Regionkansliet	Hälsofrämjande
Gunnel Sjöberg	Planeringsledare	Hälso- och sjukvårdskansliet Borås	Hälsofrämjande
Ann Blomstrand	Distriktsläkare, processledare	Primärvården Hisingen	Hälsofrämjande
Jarl Torgerson	Verksamhetschef	Medicinklin. Näl	Behandling
Torsten Olbers	Sektionschef, öl	Kirurgi, SU/S	Behandling
Anders Kylebäck		Kirurgi, Skövde	Behandling
Ingrid Larsson	Dietist	Överviktsmott. SU/S	Behandling
Kaj Stenlöf	Läkare	Medicinklin. SU/S	Behandling
Lauri Nevenon	FOU-ledare	Dr. Silvias barnsjukhus	Behandling
Karin Elmberg	Leg sjukgymnast	Runda barnteamet DSBUS	Behandling
Anna-Karin Peterson	Sjuksköterska/enhetschef	Barn- och ungdomsmedicin Biskopsgården	Behandling
Jovanna Dahlgren	Bitr. VEC Barnmedicin DSBUS + Öl.barn	DSBUS	Behandling
Heli Molund	ST-läkare	Psykiatri, NU-sjukvården	Behandling
Lena Holmberg		Primärvården	Behandling
Malin Wiklund	Sjukgymnast	Medicin SU	Behandling
Monica Boström	Dietist	DSBUS	Behandling
Birgitta Wejstål	Leg sjuksköterska	Barn- och ungdomsmed. Mölnlycke, BVC	Behandling
Henri Toivonen	Barnhälsovårdsöverläkare	Kärnsjukhuset Skövde	Förebyggande
Elisabeth Björklund	Psykolog	Barnmed.klin.Skövde	Förebyggande
Inger Jannerstad Wirmäs	Företagssköterska	FHV-VGR Hälsan & Arbetslivet	Förebyggande
Kristina Bengtsson Boström	Distriktsläkare, med dr.	Billingsens VC, FOU-centrum PV Skövde	Förebyggande
Cecilia Björkelund	Distriktsläkare, Prof. Allmänmedicin	Göteborgs Universitet Strömstad VC	Förebyggande
Jessica Nordenberg	Dietist	Primärvården vc Solgärde	Förebyggande
Lena Willeson	Barnmorska	MVC Göteborg	Förebyggande
Annelie Lindgren	Folkhälsosamordnare	Vara kommun	Förebyggande
Eva-Maria Nyholm	Högskoleadjunkt	Högskolan Skövde	Förebyggande
Cecilia Renman	Skolöverläkare	Socialresurs Göteborgs stad	Förebyggande
Anette Forsberg	Företagssköterska	Alviva	Förebyggande
Lauren Lissner	Professor	Göteborgs Universitet/SA	Epidemiologi
Elisabeth Strandhagen	Dietist	GU, allmän medicin	Epidemiologi
Ulf Lindblad	Prof. Allm. medicin LU	FoU-enh Skövde (PV) och Skaraborgsinstitutet	Epidemiologi
Barbara Rubinstein	Epidemiolog, Odont Dr.	Hälso- och sjukvårdskansliet Göteborg	Epidemiologi
Lars Gelande	Barnläkare	CBHV, Mölndal	Epidemiologi
Malin Holmberg	Dietist	Angereds VC	Riskgruppen
Maria Nyholm	Högskolan, proj.ledare	Högskolan Skövde, Skaraborgsinstitutet	Epidemiologi
Maria Magnusson	Dietist, sjuksköterska	Angereds VC	Riskgruppen
Inger Norvinnsdotter-Borg	Leg sjuksköterska	Medicin SU/S	Utbildning
Helèn Lantz	Leg sjuksköterska	Obesitasomott SU/S	Utbildning
Ingrid Larsson	Dietist	Obesitasomott SU/S	Utbildning
Helène Bertèus Forslund	Dietist	Sahlgrenska akademien	Utbildning

## Bilagor

Bilaga 1. Webbaserat beslutstöd: Struktur

Bilaga 2. Förslag till strukturerat utbildningsprogram

### Bilaga 1

## Beslutstöd för Handlingsprogram mot övervikt och fetma inom VGR

### Disposition

Handlingsprogrammet omfattar hela åtgärdskedjan från hälsofrämjande till förebyggande och behandlade åtgärder inom olika nivåer. Målgruppen för beslutstödet är i första hand anställda inom VGR och i tillämpliga delar också kommunanställda. Syftet med beslutstödet är att ge ett underlag för det praktiska arbetet som ska vara lättillgängligt och användaranpassat. I det slutgiltiga utförandet avses Beslutstödet vara webbaserat med ett grafiskt interface som gör att användaren bara trycker på den ruta som motsvarar det egna informationsbehovet (se nedanstående figur).



Figur 1. Beslutstödet disposition i grafiska utformning (preliminärt)

Dispositionen innefattar dels nivårelaterad information (som är angiven som ruta med numrering i Figur 1, tex inom mödrahälsovård, 2; eller primärvård, 3), dels bakgrundsinformation, och patientinformation, broschyrer och blanketter, samt länkar.

**Bilaga 2*****Förslag till strukturerat utbildningsprogram*****Bakgrund**

Kunskap om övervikt och fetma behöver förmedlas till ett stort antal anställda i Västra Götalandsregionen (VGR). Då det finns 50 000 anställda varav 85% arbetar inom sjukvården, bör kunskapen förmedlas på ett lättillgängligt sätt. Ett sådant skulle kunna vara ett Webbaserat utbildningsprogram, som all personal har tillgång till. Ett exempel som används inom VGR är en internetbaserad skola "Tänkte inte på det... en utbildning i bemötande av personer med funktionshinder" utvecklad för anställda inom regionen. Ett liknande utbildningsprogram skulle kunna användas att öka kunskapen om övervikt och fetma hos VG-regionens personal. Arbetet att motverka fetma i samhället sker med olika inriktningar: hälsofrämjande, förebyggande och behandlande.

**Syfte**

Syftet med utbildningsgruppens arbete är att föreslå utbildningsprogram om övervikt och fetma som vänder sig till olika personalkategorier inom vården. Efter genomgången utbildning skall personal, beroende av arbetsplats och tjänst, tillgodogjort sig kunskap inom områdena hälsofrämjande och förebyggande arbete samt behandling av övervikt och fetma.

**Målgrupper**

Målgrupper för utbildningsprogrammen är personalgrupper verksamma inom:

Mödrahälsovård  
Barnhälsovård  
Skolhälsovård  
Ungdomsmottagningar  
Tandvårdsmottagningar  
Företagshälsovård

Allmänmedicinska mottagningar  
Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar  
Allmänpsykiatriska mottagningar  
Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar

Specialistvård på läns- och regional nivå

**Utbildningsprogram**

Utbildningsprogrammen skall vända sig till personal inom hälsofrämjande och förebyggande arbete samt behandlande verksamheter.

***Utbildningsprogrammet för hälsofrämjande verksamhet***

Internetbaserat utbildningsprogram i vilket man ska erhålla baskunskaper om hälsa och ohälsa i regionen inklusive fetmans förekomst och etiologi, hälsosam livsstil såsom mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol och sömn.

***Utbildningsprogrammet för förebyggande verksamhet***

Internetbaserat utbildningsprogram i vilket man ska erhålla baskunskaper om hälsa och ohälsa i regionen inklusive fetmans förekomst och etiologi, hälsosam livsstil såsom mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol och sömn.

Vidare kunskaper om hur man identifierar riskgrupper och agerar med riktat stöd till riskindivider.

#### *Utbildningsprogrammet för behandlande verksamhet*

Internetbaserat utbildningsprogram i vilket man ska erhålla baskunskaper om hälsa och ohälsa i regionen inklusive fetmans förekomst och etiologi, hälsosam livsstil såsom mat, fysisk aktivitet, tobak, alkohol och sömn.

Vidare kunskaper om hur man identifierar riskgrupper och agerar med riktat stöd till riskindivider.

Fetmakurs som skall vara öppen för alla att söka och ge kunskaper och förståelse om fetma, fetma-associerade sjukdomar och dess behandling. Denna kurs, som är tänkt att genomföras med traditionella föreläsningar, skall även kunna ge 7,5 hp (högskolepoäng) för behöriga för högskolestudier. Efter varje genomfört utbildningsprogram erhålles kursbevis.

#### *Obesitascertifiering*

En arbetsplats såsom en vårdcentral eller företagshälsovård med team med exempelvis läkare, sjuksköterska och dietist som genomfört samtliga delar av utbildningsprogrammet kan bli obesitascertifierad.

### **Innehåll**

#### *Utbildningsprogrammet för hälsofrämjande verksamhet*

Programmet skall innehålla livsstilens betydelse för hälsa och ohälsa för individ och samhälle.

#### *Utbildningsprogrammet för förebyggande verksamhet*

Programmet skall innehålla kunskap om hur man identifierar riskgrupper och vilka åtgärder som kan vara lämpliga att vidta för dessa individer/grupper.

#### *Utbildningsprogrammet för behandlande verksamhet*

Programmet skall ge kunskap och förståelse om fetma, fetma-associerade sjukdomar och dess behandling.

### **Genomförande**

Självinstruerande internetbaserade utbildningsprogram utvecklas för de syften som specificerats ovan. Fetmakursen (7,5 hp) som riktar sig till behandlande enheter är tänkt att genomföras med traditionella föreläsningar. Projektledare och ett antal personer måste utses för att arbeta med utbildningsprogrammet samt följa upp genomförandet av utbildningarna. Information skall ges till direktörer/chefer inom olika förvaltningar. Därefter sprids informationen nedåt i linjeorganisationen. Vid varje arbetsplatsenhet utser chefen en ansvarig person som skall utbildas i genomförandet av utbildningsprogrammet. Denna person initierar därefter genomförandet av utbildningsprogrammet vid enheten.