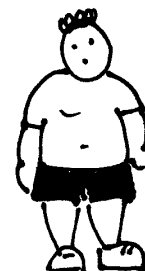
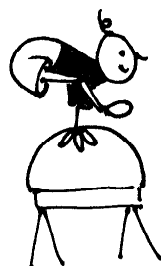
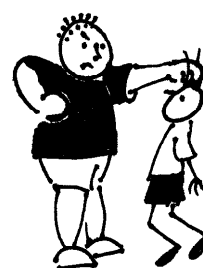


De 1042 svaren

– hur de barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i Västra Götaland år 2011 tar omhand barn och ungdomar med fetma



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



RAŠQ201F

Handläggare

Katarina Englund, utredare, Enheten för folkhälsofrågor, Regionkansliet

Styrgrupp

Annika Nilsson-Green, utvecklingsledare, Enheten för folkhälsofrågor, Regionkansliet
Staffan Mårild, överläkare, Obesitascentrum för barn och ungdomar, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus

Sammanfattning

Bakgrund

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt alltsedan 1980-talet. År 1984 var förekomsten av övervikt och fetma sju procent bland tioåriga barn i Västra Götaland. En halv procent av dessa barn hade fetma. I Göteborg hade 20 procent av flickorna i årskurs fyra övervikt och fetma år 2010. Av dessa hade fyra procent fetma. 19 procent av pojkarna hade övervikt och fetma, av dessa hade tre procent fetma.

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

Slutsatserna i "De 1111 svaren" låg till grund för "Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland". Västra Götalandsregionen har även tagit fram ett handlingsprogram som gäller både barn och vuxna. Råden och rekommendationerna återfinns även på regionens hemsida i form av ett användarvänligt beslutstöd (www.vgregion.se/beslutstodfetma).

Under 2009 och 2010 gjordes en uppföljning av kartläggningen: "De 1042 svaren". Denna mätning visade att det överlag hade skett en förbättring alltsedan 2005. Skillnaderna var emellertid stora mellan olika organisationer, verksamheter och geografiska områden. Uppföljningen inbegrep inte regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

I Västra Götalandsregionens budget för 2011 anges att andelen barn med övervikt och fetma skall minska. Än så länge har detta mål inte uppnåtts. Ytterligare ansträngningar måste till för att uppnå detta mål.

Uppdrag

Uppdraget var att kartlägga vilka förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar som gjordes under 2011 på regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Kartläggningen är en uppföljning av undersökningen som gjordes 2005: "De 1111 svaren".

Metod

Samma enkät som användes 2005 låg till grund även för denna kartläggning. Ett antal ändringar gjordes i det befintliga frågeformuläret. Enkäten kompletterades exempelvis med två frågor för att ta reda på i vilken omfattning respondenterna känner till rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet.

Enkäten skickades till de 30 barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i regionen, varav två drivs i privat regi. Enkäten skickades ut via e-post ihop med ett informationsbrev. Utskicket gjordes i slutet av maj 2011. Efter några dagar skickades en påminnelse ut. Respondenter som då inte hade besvarat enkäten kontaktades via telefon. Tack vare detta tillvägagångssätt inkom svar från samtliga mottagningar.

Slutsatser

Det har överlag skett en förbättring alltsedan 2005. Denna kartläggning visar att de förebyggande och behandlande insatserna har ökat i omfattning. Även om det var jämförelsevis få som besvarade enkäten 2005 så utgör detta resultat ändå en indikation. Att samtliga mottagningar valde att delta i denna undersökning är även det ett positivt resultat.

Att identifiera övervikt och fetma är enligt beslutstödet i sig en förebyggande insats. Regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar förväntas kontrollera samtliga patienters längd och vikt. BMI-statusen jämförs därefter med gränsvärdena för övervikt och fetma.

Denna undersökning visar att 24 mottagningar av 30 hade som rutin att väga och mäta samtliga patienter. Det var emellertid bara 13 som rutinmässigt räknade ut patientens BMI. Samtliga diagnostiserade fetma genom att jämföra patientens BMI-status med det aktuella gränsvärdet för fetma. Det var ingen som enbart tittade på patienten. Målet bör naturligtvis vara att samtliga mottagningar har som rutin dels att väga och mäta alla patienter, dels att beräkna patienternas BMI. Mottagningarna bör även ha som rutin att jämföra BMI-statusen med gränsvärdena för övervikt och fetma.

Under 2011 var det 28 mottagningar av 30 som erbjöd behandling av fetma. Ur ett patientperspektiv vore det önskvärt att samtliga erbjöd behandling och att så många som möjligt får träffa ett team av specialister. Under 2011 var det 18 mottagningar av 30 som organiserade arbetet på detta sätt.

Endast 21 mottagningar av 30 hade tillgång till ett vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma. På regionens hemsida finns ett vårdprogram som klinikerna borde informeras om. Vårdgivare som ingår i VG Primärvård och som behandlar barn och ungdomar med fetma skall enligt Krav- och Kvalitetsboken också följa de riktlinjer som finns i beslutstödet.

Samtliga samverkade under 2011 med andra verksamheter i det förebyggande och behandlande arbetet med övervikt och fetma. Mottagningarna bör enligt beslutstödet sträva efter att ingå i lokala nätverk. Specialisterna har kunskaper och erfarenheter som utgör värdefulla tillgångar i det lokala utvecklingsarbetet.

Behandling skall enligt beslutstödet ske i form av motiverande samtal, kostbehandling, kostråd, råd om fysisk aktivitet (inklusive Fysisk aktivitet på recept) samt vid behov psykologisk terapi. Kostbehandlingen skall en dietist eller en specialutbildad sjuksköterska ansvara för. Denna undersökning visar att kostråd, kostbehandling och råd om fysisk aktivitet utgjorde stommen i behandlingsarbetet under 2011. Fokus tycks ha legat på kostråd och kostbehandling. Det var dock endast 11 mottagningar av 30 som erbjöd någon form av beteendemodifierande behandling, exempelvis motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi.

De flesta kände till det webbaserade beslutstödet. Verksamheter som förväntas arbeta hälsofrämjande, förebyggande och behandlande avseende övervikt och fetma behöver informeras om att beslutstödet finns och vad det innehåller. I Västra Götalandsregionens budget för 2011 anges att andelen barn med övervikt och fetma skall minska. Beslutstödet är ett mycket viktigt verktyg i detta arbete.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	1
1.1 Förekomsten av övervikt och fetma är fortfarande alltför hög	1
1.2 Hälsöfrämjande, förebyggande och behandlande insatser i Västra Götaland	1
2. Uppdrag	2
3. Metod	3
4. Resultat	5
5. Slutsatser	13
6. Litteraturförteckning	15
Bilaga A: Informationsbrevet	17
Bilaga B: Enkäten	18
Bilaga C: Resultat	22

1. Bakgrund

1.1 Förekomsten av övervikt och fetma är fortfarande alltför hög

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har ökat kraftigt alltsedan 1980-talet. År 1984 var prevalensen av övervikt och fetma sju procent bland tioåriga barn i Västra Götaland. En halv procent av dessa barn hade fetma (Mårild et al. 2004). I Göteborg hade 20 procent av flickorna i årskurs fyra övervikt och fetma år 2010 (Renman, Nordström & Mangelus 2011). Av dessa hade fyra procent fetma. 19 procent av pojkarna hade övervikt och fetma, av dessa hade tre procent fetma.

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

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

1.2 Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i Västra Götaland

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

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

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

Studien visade även att det saknades en gemensam insamling av statistik och att befintliga insatser inte följdes upp och utvärderades systematiskt. Samverkan mellan verksamheter och förvaltningar bedrevs i liten omfattning och det förekom brister i

ledning och organisation av arbetet. Det saknades i allmänhet kunskap i de olika verksamheterna för att kunna bedriva ett mer medvetet och målinriktat arbete.

Slutsatserna i ”De 1111 svaren” låg till grund för ”Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland” (Västra Götalandsregionen 2007). Det arbetades även fram ett handlingsprogram för insatser mot övervikt och fetma i hela befolkningen (Västra Götalandsregionen 2008). Avsikten med handlingsprogrammet är att alla berörda skall ha tillgång till samma kunskap, ha gemensamma mål och arbeta utifrån en gemensam handlingsplan. Råden och rekommendationerna återfinns även på regionens hemsida i form av ett användarvänligt beslutstöd (www.vgregion.se/beslutstodfetma).

Under 2009 och 2010 gjordes en uppföljning av kartläggningen; ”De 1042 svaren” (Västra Götalandsregionen 2010a). Urvalet var dock inte identiskt. *Den andra mätningen omfattade inte primärvårdsmrådeschefer, vårdcentraler samt barn- och ungdomsmottagningar.*

Uppföljningen visade att det överlag hade skett en förbättring alltsedan 2005. Det hälsofrämjande och förebyggande arbetet hade alltså ökat i omfattning. Skillnaderna var emellertid stora mellan olika organisationer, verksamheter och geografiska områden.

I Västra Götalandsregionens budget för 2011 anges att andelen barn med övervikt och fetma skall minska (Västra Götalandsregionen 2010b). Än så länge har detta mål inte uppnåtts. Förekomsten av övervikt och fetma bland barn och ungdomar tycks snarare öka (Renman, Nordström & Mangelus 2011, Sjöberg & Moraeus 2011). Ytterligare ansträngningar måste alltså till för att uppnå målet.

2. Uppdrag

Uppdraget var att kartlägga vilka förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar som gjordes under 2011 på regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar. Kartläggningen är en uppföljning av undersökningen som gjordes 2005: ”De 1111 svaren” (Västra Götalandsregionen 2006).

Studien avsåg att besvara följande frågeställningar:

- På vilket sätt bedömer personalen patienternas viktstatus och viktutveckling?
- Vilka insatser erbjuds barn och ungdomar som har fetma?
- Bedrivs samverkan med andra verksamheter?
- Känner personalen till rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet?
- Vilka förändringar har skett alltsedan 2005?

3. Metod

Samma enkät som användes 2005 låg till grund även för denna kartläggning, se bilaga B. Ett antal ändringar gjordes i det befintliga frågeformuläret, se nedan.

7) Har ni vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma?

ja nej vet ej

Borttaget: Om ja: sänd in ett exemplar till oss!

Tillägg: Kommentrar:

8) Hur sker behandling av barn och ungdomar med fetma?

sätt ett eller flera x för det som gäller

vid mottagning för läkare
 vid mottagning för sjuksköterska
 vid mottagning för dietist
 vid mottagning för annan:

om teamverksamhet:

ange vilka som ingår i teamet:

läkare sjuksköterska dietist sjukgymnast
 psykolog hälsopedagog kurator

Borttaget: Annan i teamet:

Borttaget: På annat sätt:

Borttaget: Det sker ej

Ny fråga:

17) Under 2008 togs rekommendationer fram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar inom Västra Götaland. Känner du till rekommendationerna?

ja nej

Ny fråga:

18) 2009 togs det även fram ett webbaserat beslutsstöd för ett regionalt handlingsprogram mot övervikt och fetma inom Västra Götaland (www.vgregion.se/beslutstodfetma). Känner du till det webbaserade beslutsstödet?

ja nej

Enkäten skickades till de 30 barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna i regionen, varav två drivs i privat regi. Enheterna identifierades med hjälp av verksamhetscheferna i Göteborg, Södra Bohuslän, Skaraborg, Södra Älvsborg och Fyrbodal.

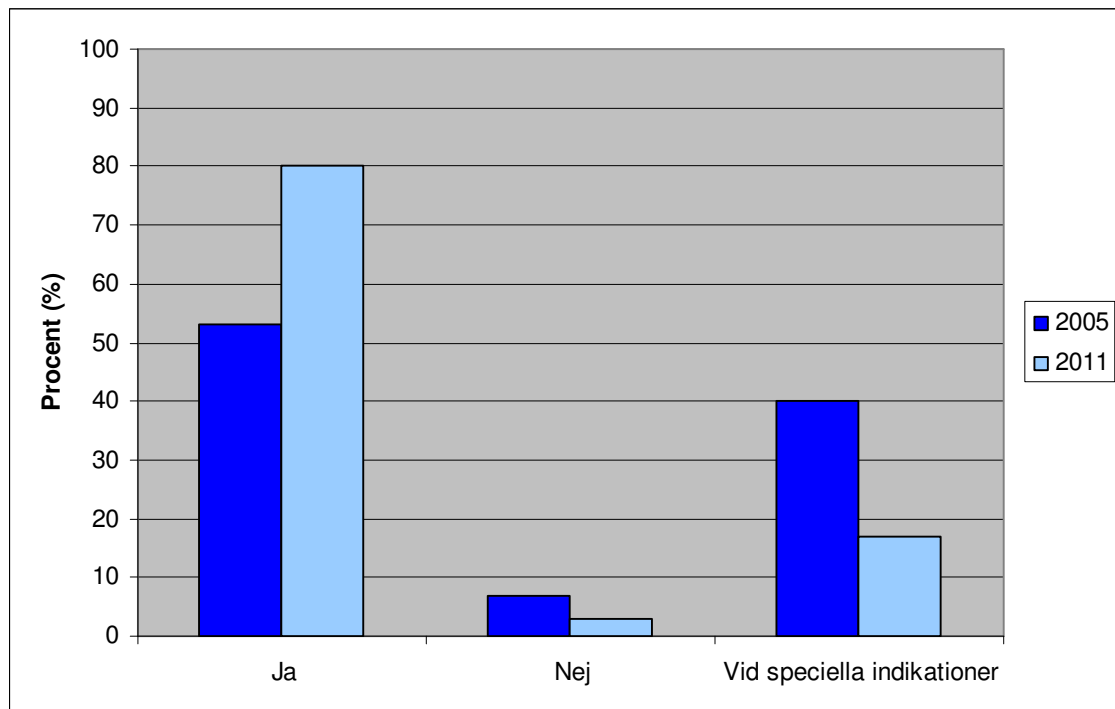
Enkäten skickades ut via e-post ihop med ett informationsbrev, se bilaga A. Utskicket gjordes i slutet av maj 2011. Efter några dagar skickades en påminnelse ut. Respondenter som då inte hade besvarat enkäten kontaktades via telefon. Tack vare detta tillvägagångssätt inkom svar från samtliga mottagningar.

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

I nästa avsnitt redovisas resultaten från undersökningen. Uppgifterna återfinns även i bilaga C. I redovisningen ingår både resultaten från den första mätningen 2005 och resultaten från den andra mätningen 2011. Även om kvantiteterna är små redovisas samtliga resultat i procent, detta för att möjliggöra en jämförelse mellan 2005 och 2011. Med anledning av att det är så få mottagningar i varje nämndområde redovisas resultaten endast på övergripande nivå, inte per nämndområde (HSN).

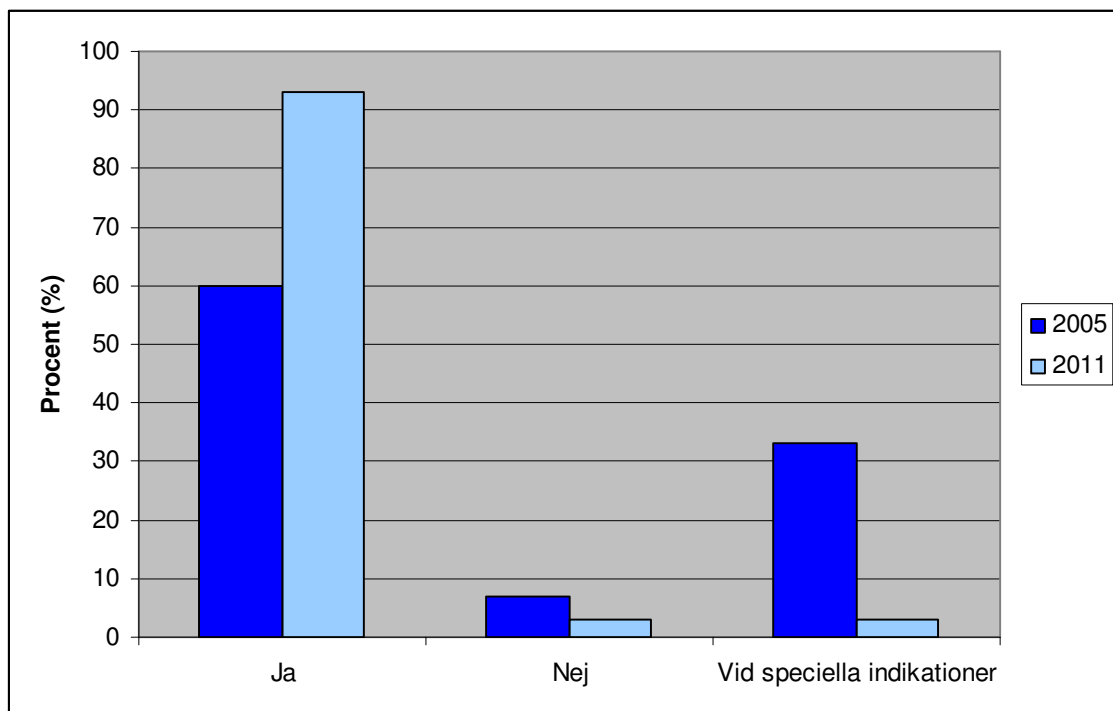
4. Resultat

Majoriteten av barn- och ungdomsmottagningarna kontrollerade rutinmässigt patienternas längd och vikt under 2011, se figur 1. När den första mätningen genomfördes år 2005 var det bara hälften som vägde och mätte samtliga patienter (2005: 53 procent, 2011: 80 procent). Andelen mottagningar som bara kontrollerar längd och vikt vid speciella indikationer minskade mellan den första och andra mätningen (2005: 40 procent, 2011: 17 procent).

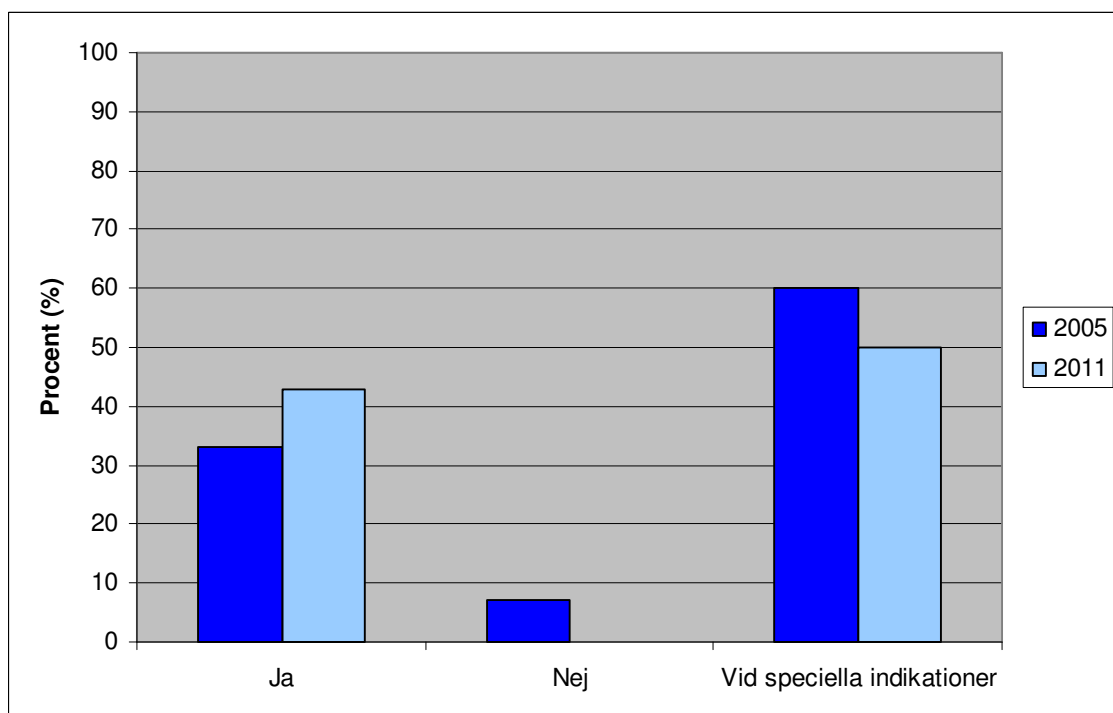


Figur 1: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 vägde och mätte sina patienter.

Nästan alla hade under 2011 som rutin att lägga in längd- och viktuppgifter i tillväxtkurvan, se figur 2. När den första mätningen genomfördes var det bara drygt hälften (2005: 60 procent, 2011: 93 procent). Andelen som gjorde det endast vid speciella indikationer minskade under samma period (2005: 33 procent, 2011: 3 procent).



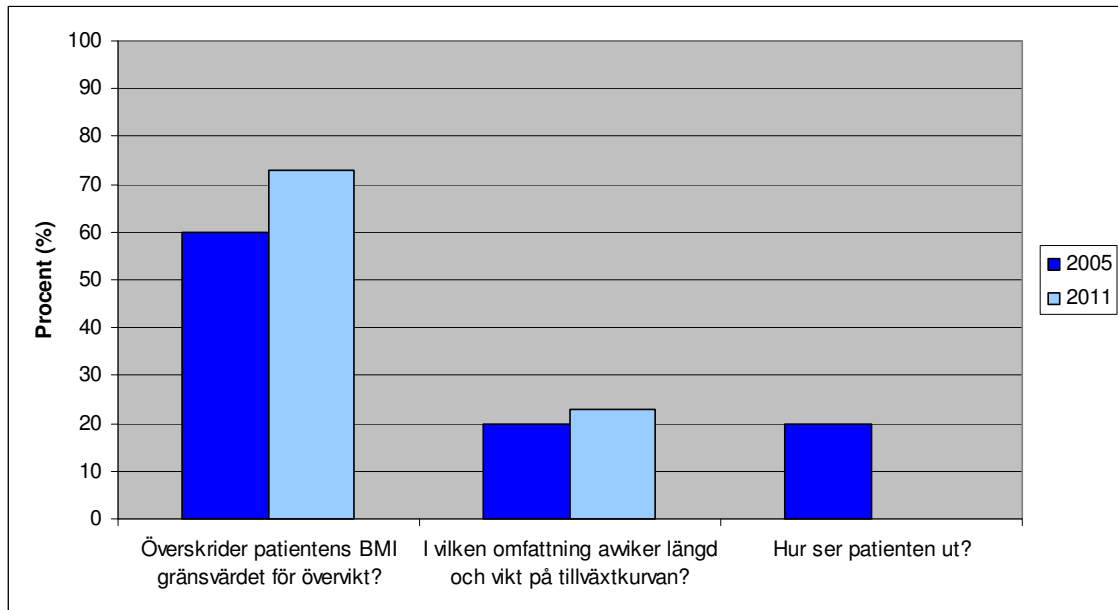
Figur 2: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 lade in längd- och viktuppgifterna i tillväxtkurvan.



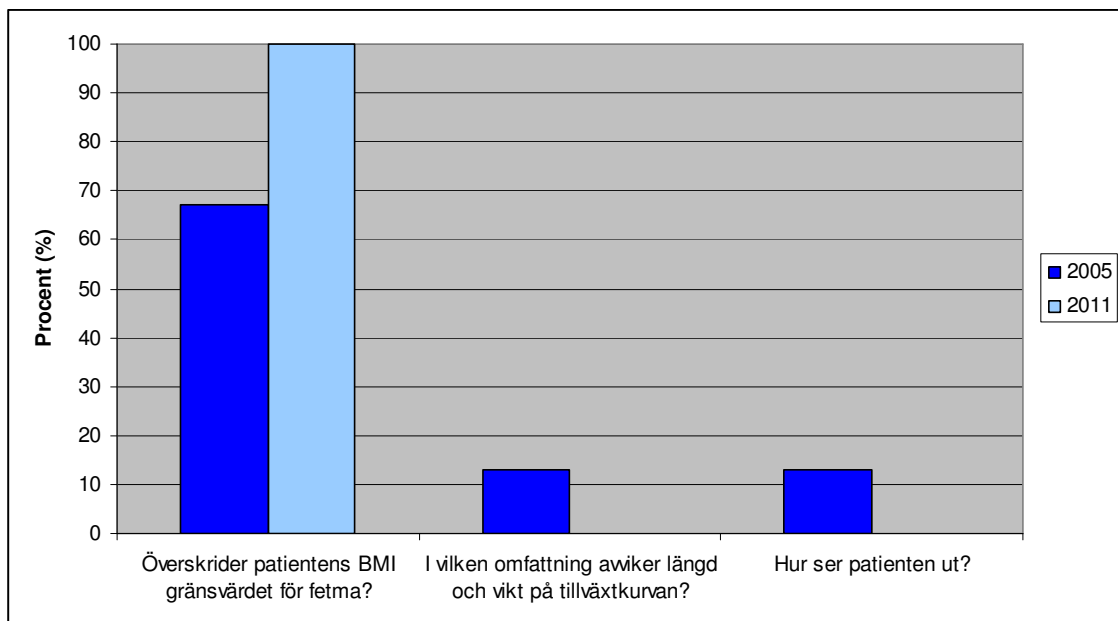
Figur 3: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 räknade ut patienternas BMI-status.

Knappt hälften av barn- och ungdomsmottagningarna hade under 2011 som rutin att räkna ut patienternas BMI-status, se figur 3. Denna andel hade ökat något alltsedan

2005 (2005: 33 procent, 2011: 43 procent). Hälften av mottagningarna kontrollerade patienternas BMI-status vid speciella indikationer (2005: 60 procent, 2011: 50 procent).



Figur 4: På vilket sätt diagnostiserade barn- och ungdomsmottagningarna (%) övervikt under 2005 och 2011?



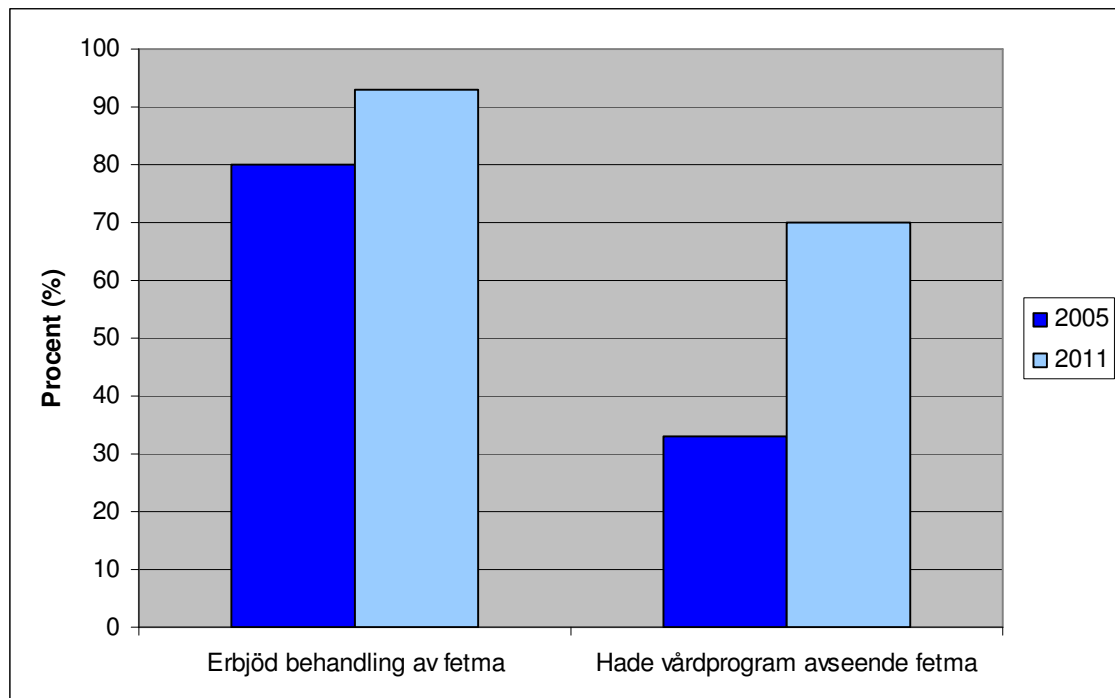
Figur 5: På vilket sätt diagnostiserade barn- och ungdomsmottagningarna (%) fetma under 2005 och 2011?

Tre fjärdedelar av barn- och ungdomsmottagningarna diagnostiserade övervikt genom att se om patientens BMI överskrider gränsvärdet för övervikt, se figur 4. Denna andel hade ökat något alltsedan 2005 (2005: 60 procent, 2011: 73 procent). En fjärdedel diagnostiserade övervikt genom att jämföra i vilken omfattning längd och vikt avviker

på tillväxtkurvan (2005: 20 procent, 2011: 23 procent). Det var ingen som enbart tittade på patienten (2005: 20 procent, 2011: 0 procent).

Samtliga diagnostiserade fetma genom att se om patientens BMI överskrider gränsvärdet för fetma, se figur 5. Även denna andel hade ökat alltsedan 2005 (2005: 67 procent, 2011: 100 procent). Ingen diagnostiserade fetma genom att jämföra i vilken omfattning längd och vikt avviker på tillväxtkurvan (2005: 13 procent, 2011: 0 procent). Det var inte heller någon som enbart tittade på patienten (2005: 13 procent, 2011: 0 procent).

Nästan alla tog emot patienter för behandling av fetma under 2011, se figur 6 (2005: 80 procent, 2011: 93 procent). Mottagningar som inte erbjuder behandling remitterar patienterna vidare till en närliggande klinik. De flesta tar emot barn och ungdomar upp till 18 års ålder.

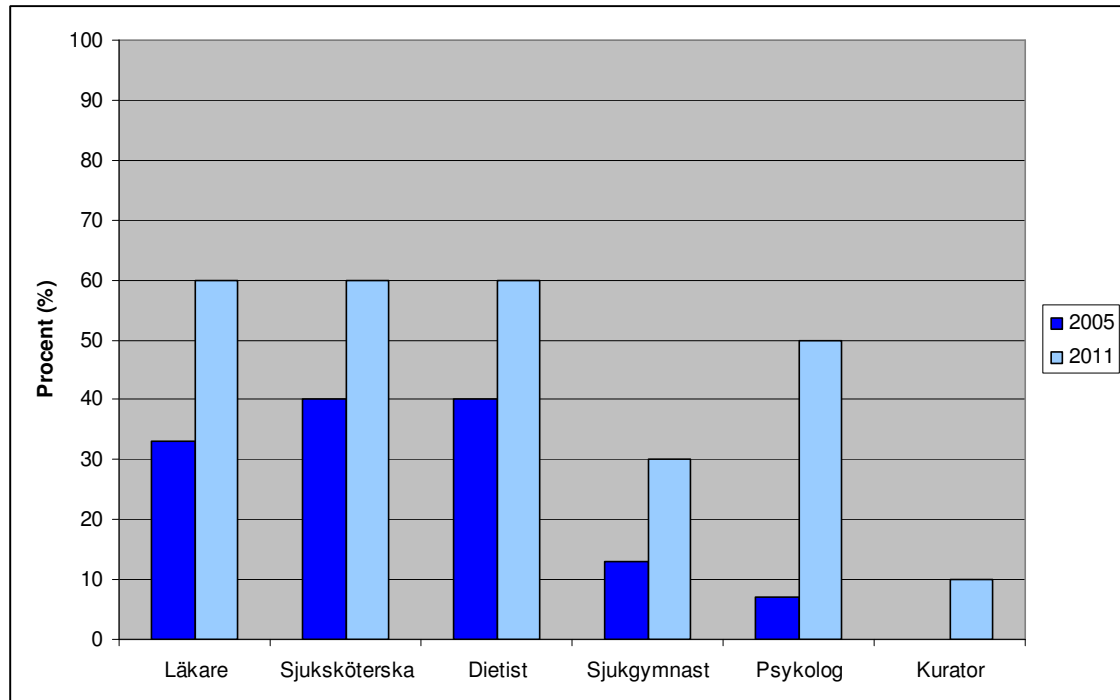


Figur 6: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som erbjöd behandling av fetma under 2005 och 2011. Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som hade tillgång till ett vårdprogram under 2005 och 2011.

De flesta hade under 2011 ett vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma, se figur 6. Denna andel hade fördubblats alltsedan 2005 (2005: 33 procent, 2011: 70 procent). Det är dock fortfarande ett flertal som erbjuder behandling men som inte har tillgång till ett vårdprogram (2011: 27 procent). Det pågår emellertid ett förändringsarbete på flera av mottagningarna.

Det vanligaste var att erbjuda behandling hos en läkare (2005: 53 procent, 2011: 83 procent). Det var även vanligt förekommande att erbjuda behandling hos en dietist (2005: 47 procent, 2011: 77 procent) eller en sjuksköterska (2005: 60 procent, 2011: 67 procent).

Drygt hälften av barn- och ungdomsmottagningarna erbjöd patienter med fetma behandling hos ett team av specialister under 2011. Denna andel hade ökat påtagligt alltsedan den första mätningen (2005: 33 procent, 2011: 60 procent).



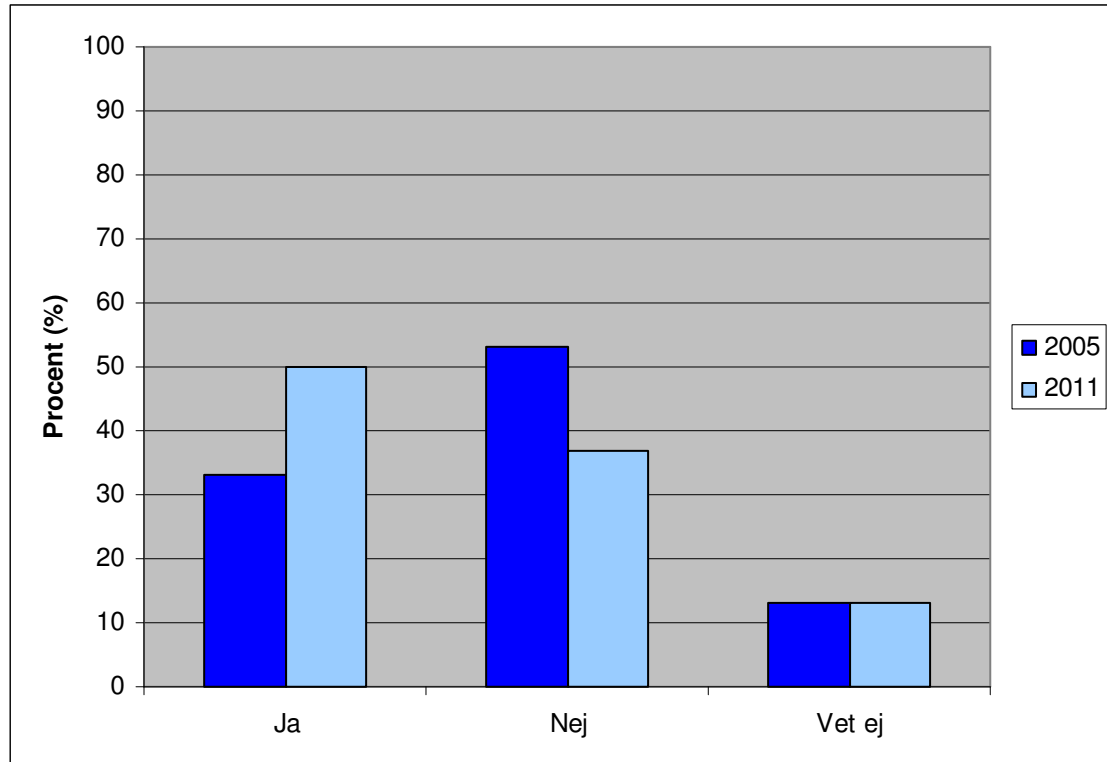
Figur 7: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 erbjöd patienter med fetma behandling hos team av specialister bestående av läkare, sjuksköterskor, dietister, sjukgymnaster, psykologer och kuratorer.

Drygt hälften av barn- och ungdomsmottagningarna erbjöd behandling hos ett team bestående av läkare (2005: 33 procent, 2011: 60 procent), sjuksköterskor (2005: 40 procent, 2011: 60 procent) och dietister, se figur 7 (2005: 40 procent, 2011: 60 procent). I hälften av fallen ingick även en psykolog i gruppen. Denna andel hade ökat kraftigt alltsedan 2005 (2005: 7 procent, 2011: 50 procent). Det förekom även att sjukgymnaster deltog i arbetet (2005: 13 procent, 2011: 30 procent). Endast några enstaka mottagningar involverade kuratorer i behandlingsarbetet (2005: 0 procent, 2011: 10 procent). Inte en enda mottagning hade med hälsopedagoger i gruppen (2005: 0 procent, 2011: 0 procent).

Under 2011 hade sju av 30 mottagningar färre än 50 barn inskrivna på grund av fetma. Av dessa sju hade fem färre än 25 inskrivna. Fem mottagningar hade mellan 50 och 100 inskrivna patienter. Sex mottagningar hade fler än 100. Av dessa sex hade fyra fler än 200 inskrivna barn. Dessa resultat redovisas inte i procent med anledning av att 12 mottagningar inte besvarade frågan.

Nästan samtliga använde under 2011 diagnoskoderna för fetma; E66.0 och E66.9. När den första mätningen genomfördes var det bara drygt hälften (2005: 60 procent, 2011: 90 procent).

Under 2011 förde hälften av barn- och ungdomsmottagningarna statistik över patienternas längd, vikt eller BMI-status, se figur 8. Denna andel hade ökat alltsedan 2005 (2005: 33 procent, 2011: 50 procent). Majoriteten av dessa lagrade uppgifterna i datoriserad form (2005: 80 procent, 2011: 93 procent).

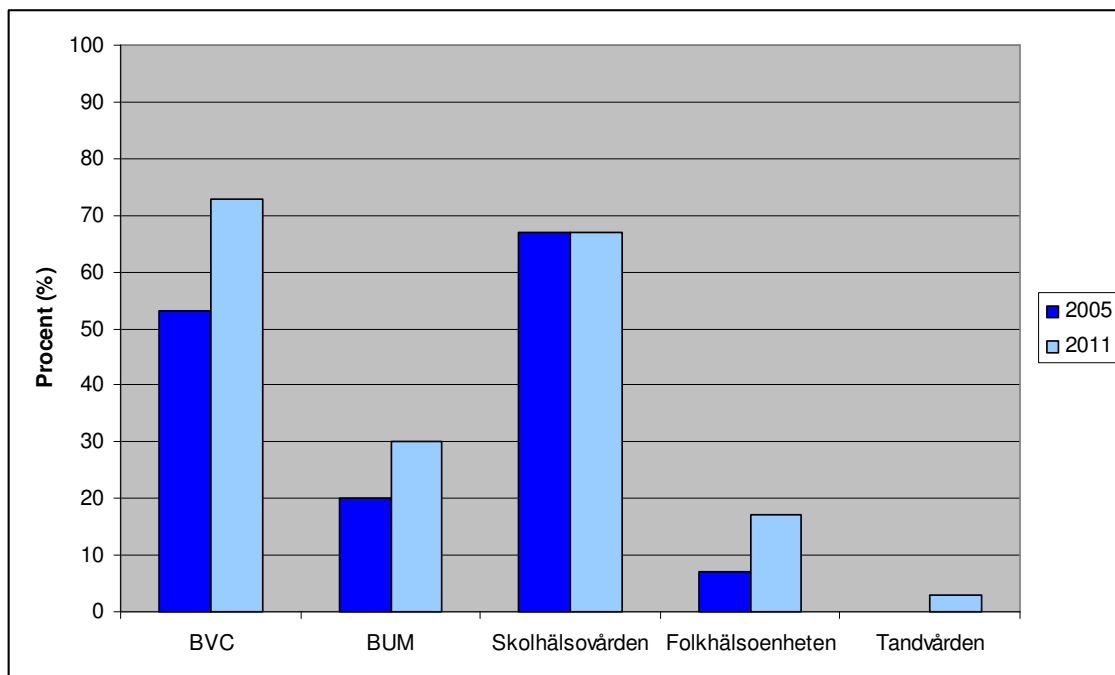


Figur 8: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 förde statistik över patienternas längd, vikt eller BMI-status.

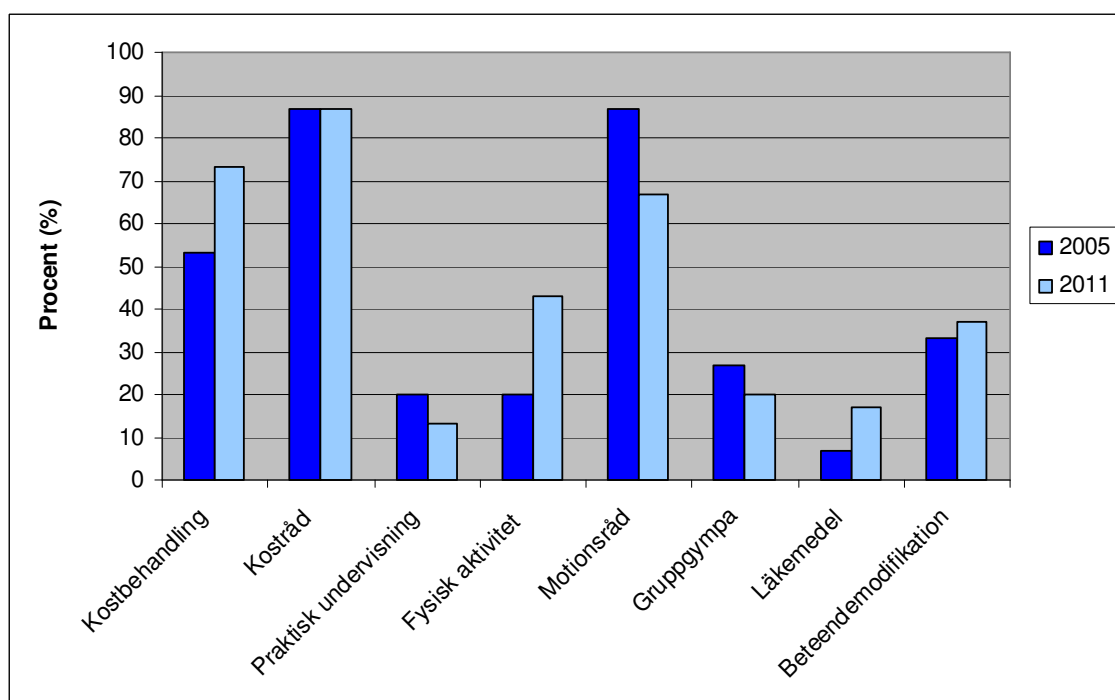
Samtliga samverkade under 2011 med andra verksamheter i arbetet med övervikt och fetma bland barn och ungdomar (2005: 80 procent, 2011: 100 procent). Huvuddelen av mottagningarna samverkade med BVC (2005: 53 procent, 2011: 73 procent) och skolhälsovården, se figur 9 (2005: 67 procent, 2011: 67 procent).

Samverkan bedrevs även med andra barn- och ungdomsmottagningar (2005: 20 procent, 2011: 30 procent). De flesta kände till andra enheter inom upptagningsområdet som behandlar barn och ungdomar med fetma (2005: 40 procent, 2011: 70 procent).

Det var ytterst få som samverkade med folkhälsoenheten (2005: 7 procent, 2011: 17 procent) eller tandvården (2005: 0 procent, 2011: 3 procent).



Figur 9: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 samverkade med BVC, andra barn- och ungdomsmottagningar (BUM), skolhälsovården, regionens/kommunens folkhälsoenhet eller tandvården.



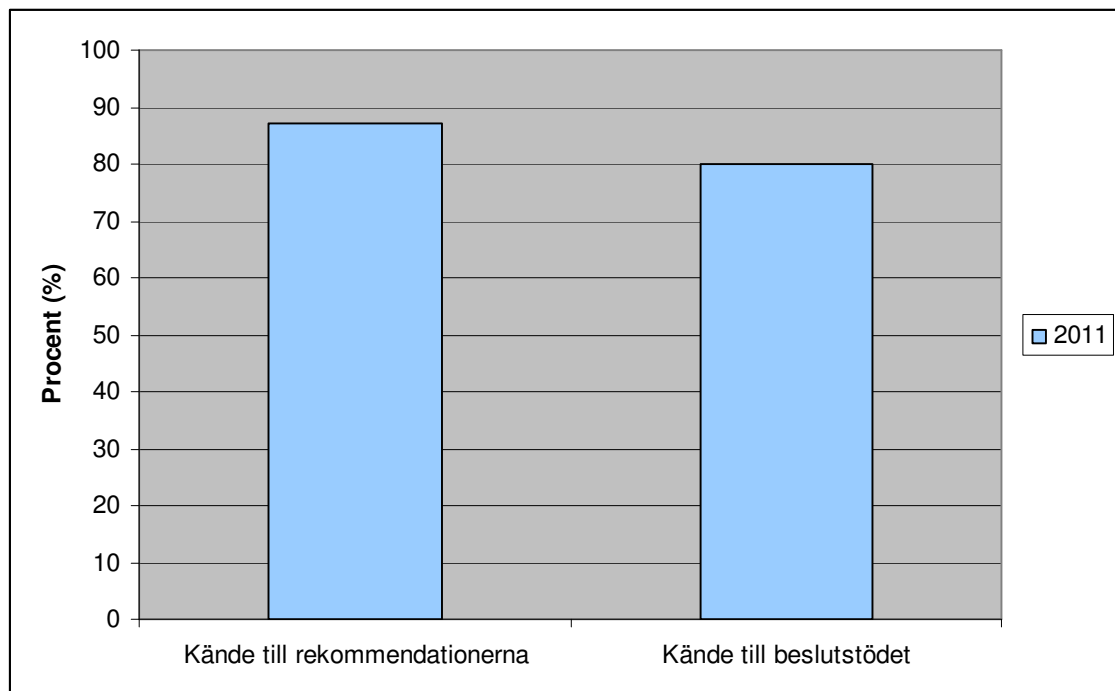
Figur 10: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2005 och 2011 erbjöd olika typer av behandlingar: kostbehandling, kostrådgivning, praktisk undervisning, fysisk aktivitet, motionsråd, fysisk aktivitet i grupp, läkemedelsbehandling och beteendemodifikation.

Nästan alla erbjöd under 2011 kostrådgivning, se figur 10 (2005: 87 procent, 2011: 87 procent). Det var även vanligt att erbjuda kostbehandling (2005: 53 procent, 2011: 73 procent), motionsråd (2005: 87 procent, 2011: 67 procent) och fysisk aktivitet (2005: 20 procent, 2011: 43 procent).

Det var mindre vanligt förekommande att erbjuda praktisk undervisning (2005: 20 procent, 2011: 13 procent), fysisk aktivitet i grupp (2005: 27 procent, 2011: 20 procent), läkemedelsbehandling (2005: 7 procent, 2011: 17 procent) och beteendemodifikation (2005: 33 procent, 2011: 37 procent). Praktisk undervisning inbegriper bland annat matlagning och butiksvandring. Beteendemodifikation omfattar exempelvis kognitiv beteendeterapi och motiverande samtal.

Alla utom en hade någon att remittera vidare till under 2011. Denna andel hade ökat alltsedan 2005 (2005: 53 procent, 2011: 97 procent).

Majoriteten av barn- och ungdomsmottagningarna hade under 2011 minst en kontaktperson på mottagningen som arbetade särskilt med barn och ungdomar med fetma (2011: 70 procent). Det var dock ett flertal som inte hade detta trots att man erbjöd den typen av behandling.



Figur 11: Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (%) som under 2011 kände till rekommendationerna och det webbaserade beslutstödet.

Nästan alla kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar, se figur 11 (2011: 87 procent). Majoriteten kände även till det webbaserade beslutstödet (2011: 80 procent).

5. Slutsatser

Det har överlag skett en förbättring alltsedan 2005. Denna kartläggning visar att de förebyggande och behandlande insatserna har ökat i omfattning. Även om det var jämförelsevis få som besvarade enkäten 2005 så utgör detta resultat ändå en indikation. Att samtliga mottagningar valde att delta i denna undersökning är även det ett positivt resultat.

Att identifiera övervikt och fetma är enligt beslutstödet i sig en förebyggande insats. Regionens barn- och ungdomsmedicinska mottagningar förväntas kontrollera samtliga patienters längd och vikt. BMI-statusen jämförs därefter med gränsvärdena för övervikt och fetma (www.vgregion.se/beslutstodfetma, se Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning).

Denna undersökning visar att 24 mottagningar av 30 hade som rutin att väga och mäta samtliga patienter. Det var emellertid bara 13 som rutinmässigt räknade ut patientens BMI. Samtliga diagnostiserade fetma genom att jämföra patientens BMI-status med det aktuella gränsvärdet för fetma. Det var dock bara 22 av 30 som diagnostiserade övervikt på samma sätt. Det var ingen som enbart tittade på patienten.

Målet bör naturligtvis vara att samtliga mottagningar har som rutin dels att väga och mäta alla patienter, dels att beräkna patienternas BMI. Mottagningarna bör även ha som rutin att jämföra BMI-statusen med gränsvärdena för övervikt och fetma. Dessa insatser är viktiga i det förebyggande arbetet. Även om det har skett en förbättring alltsedan 2005 så finns det fortfarande mycket kvar att göra.

Under 2011 var det 28 mottagningar av 30 som erbjöd behandling av fetma. Med tanke på att behandlingen inbegriper regelbundna besök på mottagningen under en lång tidsperiod så vore det utifrån ett patientperspektiv önskvärt att samtliga erbjöd behandling. Det vore dessutom bra om så många som möjligt fick träffa ett team av specialister. Under 2011 var det 18 mottagningar av 30 som organiserade arbetet på detta sätt. När den första mätningen genomfördes var det bara ett fåtal.

Endast 21 mottagningar av 30 hade tillgång till ett vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma. Det var alltså sju som erbjöd behandling men som inte hade något vårdprogram. På regionens hemsida finns ett vårdprogram som klinikerna borde informeras om (www.vgregion.se/beslutstodfetma, se Vårdkedja/Lathund barn). Det finns även ett motsvarande för vuxna patienter. Vårdgivare som ingår i VG Primärvård och som behandlar barn och ungdomar med fetma skall enligt Krav- och Kvalitetsboken också följa de riktlinjer som finns i beslutstödet (Västra Götalandsregionen 2010c).

Samtliga samverkade under 2011 med andra verksamheter i det förebyggande och behandlande arbetet med övervikt och fetma. De barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna kan exempelvis samverka med BVC, skolhälsovården, tandvården, BUP, förskolor, skolor och idrottsföreningar. Mottagningarna bör enligt beslutstödet sträva efter att ingå i lokala nätverk. Specialisterna har kunskaper och erfarenheter som utgör värdefulla tillgångar i det lokala utvecklingsarbetet (www.vgregion.se/beslutstodfetma, se Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning). Det framgår dock inte av resultaten från undersökningen hur många som deltog i lokala nätverk under 2011.

Behandling skall enligt beslutstödet ske i form av motiverande samtal, kostbehandling, kostråd, råd om fysisk aktivitet (inklusive Fysisk aktivitet på recept) samt vid behov psykologisk terapi ([www.vgregion.se/beslutstodfetma](http://www.vgregion.se/ beslutstodfetma), se Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning). Kostbehandlingen skall en dietist eller en specialutbildad sjuksköterska ansvara för.

Denna undersökning visar att kostråd, kostbehandling och råd om fysisk aktivitet utgjorde stommen i behandlingsarbetet under 2011. Fokus tycks ha legat på kostråd och kostbehandling. Det var dock endast 11 mottagningar av 30 som erbjöd någon form av beteendemodifierande behandling, exempelvis motiverande samtal och kognitiv beteendeterapi. Med tanke på att begreppet beteendemodifikation inte definierades i enkäten så kan det i själva verket ha varit fler än 11.

De flesta kände till det webbaserade beslutstödet. Det var dock sex som inte kände till det. Verksamheter som förväntas arbeta hälsofrämjande, förebyggande och behandlande avseende övervikt och fetma behöver informeras om att beslutstödet finns och vad det innehåller. I Västra Götalandsregionens budget för 2011 anges att andelen barn med övervikt och fetma skall minska. Beslutstödet är ett mycket viktigt verktyg i detta arbete.

6. Litteraturförteckning

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

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

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

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

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

Renman C, Nordström M & Mangelus L (2011). *Sammanställning av årsredogörelser 2010 för skolhälsovården i Göteborg* (Elektronisk). Tillgänglig: <<http://www.goteborg.se/wps/portal/skolhalsan> > /Dokument (2011-06-21).

Sjöberg A & Moraeus L (2011). *Resultat från nationell och regional studie om förekomst av övervikt och fetma hos skolbarn 2008-2010* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se> /Startsida/Vård och hälsa/Folkhälsa/Beviljade projekt/Beviljade bidrag till forskning (2011-06-23).

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

Västra Götalandsregionen (2006). *De 1111 svaren. Kartläggning under 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/ beslutstodfetma> /Dokument och övrigt (2011-06-09).

Västra Götalandsregionen (2007). *Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/ beslutstodfetma> /Dokument och övrigt (2011-06-09).

Västra Götalandsregionen (2008). *Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen. Sammanfattning och förslag till genomförande* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se/ beslutstodfetma> /Dokument och övrigt (2011-06-09).

Västra Götalandsregionen (2010a). *De 1042 svaren. Uppföljning under 2009-2010 av kartläggningen från 2005 av insatser avseende övervikt och fetma bland barn och*

ungdomar i Västra Götaland (Elektronisk). Tillgänglig:
<www.vgregion.se/beslutstodfetma> /Dokument och övrigt (2011-06-09).

Västra Götalandsregionen (2010b). *Samverkan och kvalitet. Västra Götalandsregionens budget 2011* (Elektronisk). Tillgänglig: <www.vgregion.se> /Politik/Budget (2011-06-09).

Västra Götalandsregionen (2010c). *Krav- och kvalitetsbok – 2011* (Elektronisk).
Tillgänglig: <www.vgregion.se> Startside/Vård och hälsa/För vårdgivare/VG
Primärvård/Krav- och kvalitetsbok (2011-07-14)

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

Bilaga A: Informationsbrevet

Till läkare och sjuksköterskor vid barn- och ungdomsmottagningar eller sjukhus

Förekomsten av barn som har övervikt och fetma i Sverige och omvärlden är idag oacceptabelt hög. I regionens budget för 2011 anges att andelen barn med övervikt och fetma ska minska. Västra Götalandsregionen har ett politiskt uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande mot övervikt och fetma. Dessa insatser är i den regionala handlingsplanen sammankopplade med behandlande insatser för barn med fetma (se www.vgregion.se/beslutstodfetma). En vårdkedja finns för barn med fetma. Samtliga barnmottagningar i regionen är en länk i denna kedja.

Västra Götaland genomförde en kartläggning 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland. I denna kartläggning ingick de flesta barnmottagningar i regionen. Resultaten presenterades i rapporten "De 1111 svaren" som finns att läsa på www.vgregion.se/beslutstodfetma (/Dokument).

En ny kartläggning skall nu genomföras för att få en möjlighet att utvärdera förändringar. Frågorna i enkäten är desamma som 2005 och två nya frågor har tillkommit. Svaren kommer att sammanställas, analyseras och presenteras i en rapport. För att kunna jämföra med resultaten från kartläggningen 2005 krävs en hög svarsfrekvens. Att fylla i enkäten tar cirka 10 minuter. Din medverkan är därför mycket värdefull.

Önskemålet är att en person, läkare eller sjuksköterska, som arbetar med dessa frågor, svarar för varje mottagning. Vi vill ha ett svar från alla befintliga vårdenheter som jobbar med barn i regionen, vare sig dessa är organiserad inom primärvård eller specialiserad vård.

Var vänlig spara ner enkäten som du har fått som bilaga. Fyll därefter i enkäten och spara dina svar. Skicka enkätsvaret till följande e-post-adresser:
staffan.marild@vgregion.se
katarina.englund@vgregion.se

Vi emotser ditt svar senast den 31 maj. Tack för din medverkan!

Staffan Mårild	Björn Wettergren
Barnläkare, Överläkare	Barnläkare, Verksamhetschef
Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus	Primärvårdskansli Södra Bohuslän
Mobil:	Mobil:
E-post:	E-post:

Bilaga B: Enkäten

Enkät till läkare och sjuksköterska vid barn- och ungdomsmottagning eller sjukhus.

1) Kontrolleras längd och vikt rutinmässigt på barn/ungdomar som söker?

ja, alla besök nej på speciella indikationer

2) Läggs längd- och viktuppgifter in i tillväxtkurvan

ja, alltid nej på speciella indikationer

3) Räknar ni ut BMI på barn och ungdom?

ja, alltid nej på speciella indikationer

4) Hur avgör du om ett barn/ungdom har **övervikt**?

OBS: Använd endast ett x nedan för det viktigaste alternativet:

- ser på skillnaden i hur vikt och längd avviker på tillväxtkurvan
- ser om BMI överstiger gränsvärden för övervikt
- ser om BMI ligger mycket avvikande på BMI-kurvan
- enbart genom att se hur barnet/ungdomen ser ut
- läkarkonsult
- annat sätt
- vet ej

5) Hur avgör du om ett barn/ungdom har **fetma**?

OBS: Använd endast ett x nedan för det viktigaste alternativet:

- ser på skillnaden i hur vikt och längd avviker på tillväxtkurvan
- ser om BMI överstiger gränsvärden för fetma
- ser om BMI ligger mycket avvikande på BMI-kurvan
- enbart genom att se hur barnet/ungdomen ser ut
- läkarkonsult
- annat sätt
- vet ej

6) Tar ni emot barn och ungdomar för behandling av fetma?

ja nej vet ej

Om ja: vilka åldrar? _____

7) Har ni vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma?

ja nej vet ej

Kommentar: _____

8) Hur sker behandling av barn och ungdomar med fetma?
sätt ett eller flera x för det som gäller

vid mottagning för läkare
 vid mottagning för sjuksköterska
 vid mottagning för dietist
 vid mottagning för annan: _____

om teamverksamhet:

ange vilka som ingår i teamet:

läkare sjuksköterska dietist sjukgymnast
 psykolog hälsopedagog kurator

9) Hur många barn och ungdomar med fetma har ni under behandling eller kontroll? _____

10) Använder ni i er verksamhet diagnos-koden för "fetma", E66.0 eller E66.9 på barn/ungdomar?

ja nej vet ej

11) Finns statistik på er mottagning över besökande barn och ungdomars längd, vikt eller BMI?

ja nej vet ej

Om ja: finns uppgifterna i datoriserad form?

ja nej vet ej

12) Samverkar ni med andra i arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Om ja, med vilka?:

BVC Barn/ungdomsklinik Skolhälsovård

Folkhälsan Tandvården

Annan, ange: _____

13) Känner ni till andra enheter med behandlande insatser mot fetma hos barn och ungdomar inom ert upptagningsområde?

ja nej vet ej

Om Ja, vilka ? _____

14) Om det finns behandling, vilken behandling kan erbjudas:

Ja det finns behandling; svara med x nedan:

a. "Livsstilsbehandling"

- Kost
- Rådgivning om lämplig kost
- Praktisk undervisning, matlagning
- Fysisk aktivitet
- Rådgivning om motion
- Grupp-gympa eller liknande

b. Farmakologisk behandling

c. Beteendemodifikation

d. Annat; _____

15) Har du/ni någon att remittera vidare till?

ja nej vet ej

16) Finns det hos er någon kontaktperson som arbetar speciellt med fetma hos barn och ungdomar?

Ange vem: _____

17) Under 2008 togs rekommendationer fram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar inom Västra Götaland. Känner du till rekommendationerna?

ja nej

18) 2009 togs det även fram ett webbaserat beslutsstöd för ett regionalt handlingsprogram mot övervikt och fetma inom Västra Götaland (www.vgregion.se/beslutstodfetma). Känner du till det webbaserade beslutsstödet?

ja nej

Bilaga C: Resultat

Fråga 1

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 rutinmässigt vägde och mätte alla patienter.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
8 av 15	53 %	24 av 30	80 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 endast vägde och mätte vid speciella indikationer.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
6 av 15	40 %	5 av 30	17 %	-

Fråga 2

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 rutinmässigt lade in längd- och viktuppgifter i tillväxtkurvan.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
9 av 15	60 %	28 av 30	93 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 endast lade in längd- och viktuppgifter i tillväxtkurvan vid speciella indikationer.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	1 av 30	3 %	-

Fråga 3

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 rutinmässigt räknade ut patienternas BMI.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	13 av 30	43 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 endast räknade ut BMI vid speciella indikationer.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
9 av 15	60 %	15 av 30	50 %	-

Fråga 4

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade övervikt genom att jämföra i vilken omfattning längd och vikt avviker på tillväxtkurvan.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
3 av 15	20 %	7 av 30	23 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade övervikt genom att se om patientens BMI överskrider gränsvärdet för övervikt.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
9 av 15	60 %	22 av 30	73 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade övervikt enbart genom att titta på patienten.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
3 av 15	20 %	0 av 30	0 %	-

Fråga 5

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade fetma genom att jämföra i vilken omfattning längd och vikt avviker på tillväxtkurvan.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
2 av 15	13 %	0 av 30	0 %	-

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade fetma genom att se om patientens BMI överskrider gränsvärdet för fetma.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
10 av 15	67 %	30 av 30	100 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 diagnostiserade fetma enbart genom att titta på patienten.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
2 av 15	13 %	0 av 30	0 %	-

Fråga 6

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 tog emot barn och ungdomar för behandling av fetma.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
12 av 15	80 %	28 av 30	93 %	+

Fråga 7

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 hade vårdprogram för behandling av barn och ungdomar med fetma.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	21 av 30	70 %	+

Fråga 8

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma på en läkarmottagning.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
8 av 15	53 %	25 av 30	83 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma på en sjuksköterskemottagning.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
9 av 15	60 %	20 av 30	67 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma på en dietistmottagning.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
7 av 15	47 %	23 av 30	77 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team av specialister.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	18 av 30	60 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket läkare ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	18 av 30	60 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket sjuksköterskor ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
6 av 15	40 %	18 av 30	60 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket dietister ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
6 av 15	40 %	18 av 30	60 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket sjukgymnaster ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
2 av 15	13 %	9 av 30	30 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket psykologer ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
1 av 15	7 %	15 av 30	50 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket hälsopedagoger ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
0 av 15	0 %	0 av 30	0 %	0

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 behandlade barn och ungdomar med fetma med hjälp av ett team i vilket kuratorer ingår.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
0 av 15	0 %	3 av 30	10 %	+

Fråga 10

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 använde diagnoskoderna för fetma; E66.0 och E66.9.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
9 av 15	60 %	27 av 30	90 %	+

Fråga 11

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 förde statistik över patienternas längd, vikt eller BMI-status.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	15 av 30	50 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 förde statistik över patienternas längd, vikt eller BMI-status i datoriserad form.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
4 av 5	80 %	14 av 15	93 %	+

Fråga 12

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med andra i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
12 av 15	80 %	30 av 30	100 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med BVC i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
8 av 15	53 %	22 av 30	73 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med andra barn- och ungdomsmottagningar i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
3 av 15	20 %	9 av 30	30 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med skolhälsovården i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
10 av 15	67 %	20 av 30	67 %	0

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med regionens/kommunens folkhälsoenhet i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
1 av 15	7 %	5 av 30	17 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 samverkade med tandvården i arbetet med övervikt och fetma bland barn.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
0 av 15	0 %	1 av 30	3 %	+

Fråga 13

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 kände till andra enheter inom upptagningsområdet som behandlar barn och ungdomar med fetma.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
6 av 15	40 %	21 av 30	70 %	+

Fråga 14

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma behandling avseende kosthållningen.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
8 av 15	53 %	22 av 30	73 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma kostrådgivning.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
13 av 15	87 %	26 av 30	87 %	0

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma praktisk undervisning i exempelvis matlagning.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
3 av 15	20 %	4 av 30	13 %	-

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma fysisk aktivitet.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
3 av 15	20 %	13 av 30	43 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma motionsråd.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
13 av 15	87 %	20 av 30	67 %	-

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma fysisk aktivitet i grupp.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
4 av 15	27 %	6 av 30	20 %	-

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma läkemedelsbehandling.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
1 av 15	7 %	5 av 30	17 %	+

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 erbjöd barn och ungdomar med fetma beteendemodifierande behandling.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
5 av 15	33 %	11 av 30	37 %	+

Fråga 15

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2005 och 2011 hade någon annan att remittera vidare till.

<u>Antal 2005</u>	<u>Andel 2005</u>	<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>	<u>Förändring</u>
8 av 15	53 %	29 av 30	97 %	+

Fråga 16

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2011 hade minst en kontaktperson på mottagningen som arbetade särskilt med fetma.

<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>
21 av 30	70 %

Fråga 17

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2011 kände till rekommendationerna för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma.

<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>
26 av 30	87 %

Fråga 18

Andel av barn- och ungdomsmottagningarna (antal och procentsats) som under 2011 kände till det webbaserade beslutstödet.

<u>Antal 2011</u>	<u>Andel 2011</u>
24 av 30	80 %

Uppföljningen av kartläggningen av insatser avseende övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Västra Götaland är genomförd av Katarina Englund, Enheten för folkhälsofrågor, Regionkansliet.

Elektronisk kopia finns på:

www.vgregion.se/folkhalsa

Fler exemplar kan beställas från:

adress.distributionscentrum@vgregion.se