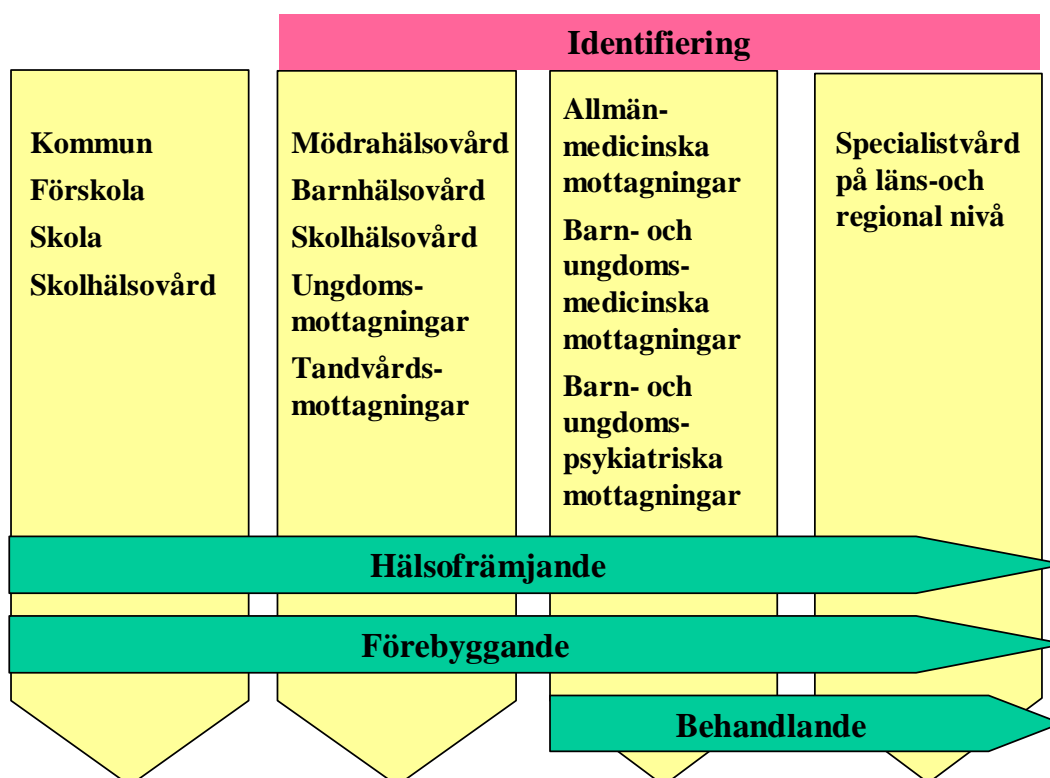


Rekommendationer

*för hälsofrämjande, förebyggande och
behandlande insatser mot övervikt och fetma hos
barn och ungdomar i Västra Götaland*



Förord

Förekomsten av barn och ungdomar som har övervikt och fetma ökar i Sverige och omvärlden. I Västra Götalandsregionen har initiativ tagits för att uppmärksamma frågan.

Folkhälsokommittén och Hälso- och sjukvårdsavdelningen i Västra Götalandsregionen har uppdrag att i samarbete med kommunerna i regionen minska förekomsten av övervikt och fetma hos barn och unga. Uppdragen överlappar varandra och har tydliga beröringspunkter, varför arbetet bedrivs gemensamt.

Ett första steg har varit att göra en kartläggning av pågående insatser i kommunerna och i Västra Götalandsregionen samt en kunskapsinventering, ”De 1111 svaren”.

Informationen från kartläggningen används som underlag i föreliggande rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland.

Många i berörda verksamheter och professioner i kommuner och regionen har bidragit till att arbetet har kunnat genomföras och i dialogmöten tillfört synpunkter.

Vi vill tacka samtliga medverkande för det genomförda arbetet. Vi hoppas att rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland ger nödvändigt stöd för ett långsiktigt och hållbart arbete.

Johan Jonsson
Folkhälsochef
Folkhälsokommitténs kansli

Axel Bergh
Chef Strategisk utveckling
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Innehållsförteckning

| | |
|--|----|
| Inledning | 5 |
| Bakgrund..... | 5 |
| Förekomst | 5 |
| Orsaker till utveckling av övervikt och fetma..... | 5 |
| Strukturella faktorer | 6 |
| Hälsoeffekter av övervikt och fetma hos barn och ungdomar | 6 |
| Hälsoekonomi | 7 |
| Barnperspektivet | 7 |
| Nationella riktlinjer och förslag | 7 |
| Definitioner | 7 |
| Visionen | 8 |
| Strategier | 8 |
| Rekommendationer för kommuner och region | 9 |
| Några konkreta områden som bör uppmärksammas:..... | 9 |
| Föräldrar har huvudansvaret för sina barns hälsa. | 10 |
| Samverkan..... | 10 |
| Förslag till hur samverkan skall ske på kommunal och regional nivå:..... | 10 |
| Slutsatser | 10 |
| Åtgärder | 11 |
| Identifiering..... | 11 |
| Hälsofrämjande åtgärder..... | 11 |
| När miljön | 12 |
| Föreningslivet | 12 |
| Förskola och skola | 12 |
| Beställning av hälsofrämjande sjukvård | 13 |
| Mödrahälsovård och barnhälsovård | 13 |
| Ungdomsmottagningen | 13 |
| Barn och ungdomstandvård | 13 |
| Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, ungdomsmottagningar, primärvård och specialistvård..... | 14 |
| Förebyggande åtgärder..... | 14 |
| Barnhälsovården | 15 |
| Skolhälsovården..... | 15 |
| Ungdomsmottagningen | 16 |
| Barn- och ungdomstandvården | 17 |
| Behandlande åtgärder..... | 17 |
| Fetma är en sjukdom..... | 17 |
| Naturalförlopp..... | 18 |
| Behandlingsansvar inom sjukvården | 18 |
| Stödjande miljöer i lokalsamhället..... | 18 |
| Några viktiga principer för behandlingsinsatser | 18 |
| Personal och vårdprocess | 19 |
| Primärvården..... | 20 |
| Specialistsjukvården | 21 |
| Regionalt team | 21 |
| Prioriteringar och vidareremiss..... | 22 |
| Högsta prioritet vid fetma och samtidig annan sjukdom. | 22 |
| Sociala och psykiska faktorer | 22 |
| Behandlingsutfall som motiverar vidareremiss. | 23 |
| Hjälpmiddel..... | 23 |
| Uppföljning | 23 |

| | |
|--|----|
| Uppföljning kan ske på flera sätt: | 23 |
| Uppföljning på individnivå | 23 |
| Uppföljning av konkreta förslag till livsstilsförändringar | 23 |
| Utvärdering | 24 |
| Hälsoekonomiska analyser..... | 24 |
| Referenser | 25 |
| Referenser | 25 |
| Bilaga | 27 |
| Stora arbetsgruppen | 27 |
| Barnperspektivet | 28 |
| Exempel på redskap i arbetet | 28 |
| Nordiska och Svenska Näringsrekommendationer | 30 |
| Tabell där BMI-värden listas som motsvarar gränserna för fetma (isoBMI-30) | 31 |
| Förkortningar | 32 |

Inledning

Barn och ungdomars hälsa och levnadsvanor är samhällsfrågor av stor betydelse för folkhälsan i vårt land framöver. Övervikt och fetma hos barn och ungdomar har ökat dramatiskt.

I Västra Götalandsregionen finns sedan 2003 ett tjänstemannauppdrag och sedan 2005 ett politikeruppdrag med anledning av denna utveckling. Det första är ett uppdrag att utveckla ett regionalt handlingsprogram med riktlinjer för hälsofrämjande och förebyggande åtgärder mot övervikt och fetma samt ett regionalt vårdprogram för behandling av fetma hos barn och ungdomar. Arbetet utgår från Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus och sker i samarbete med Folkhälsokommitténs kansli. Det andra är ett uppdrag från Regionfullmäktige till Folkhälsokommittén att utarbeta en strategi för hur regionen aktivt skall arbeta för att bryta utvecklingen med allt fler överviktiga barn. En kartläggning, "De 1111 svaren", genomfördes 2005 av då befintliga hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i kommunal och regional verksamhet i Västra Götaland. Arbetet med strategin som påbörjats under 2006 är ett övergripande uppdrag.

En utgångspunkt i arbetet för att ta fram rekommendationer har varit visionsdokumentet "Visionen Västra Götaland - Det Goda Livet". Visionen är en överenskommelse med bland annat kommuner och Västra Götalandsregionen och är därmed den övergripande ramen för ett gemensamt utvecklingsarbete i Västra Götaland. Det tvärsektoriala arbetet ger med hjälp av visionen plats åt olika kunskapstraditioner.

Målgruppen för rekommendationerna är politiker och tjänstemän inom kommunal och regional verksamhet i Västra Götaland samt personal i olika professioner. En utgångspunkt är synen på hälsa som en resurs för individen.. Bättre hälsa för barn och ungdomar är det yttersta målet för dessa rekommendationer.

Syftet med de rekommendationer som ges här är att utifrån resultaten av kartläggningen starta ett långsiktigt arbete med att utveckla

- en strategi för att främja god hälsa
- riktlinjer för det förebyggande arbetet inom hälso- och sjukvård samt
- ett vårdprogram för behandlande insatser.

Bakgrund

Förekomst

Ett flertal internationella studier visar att fetma bland barn ökar i hela världen, även i utvecklingsländerna. En ökning sker även i Sverige och i Västra Götaland. En studie på tio år gamla barn bosatta i Göteborg, Lerum och Borås under läsåret 2000-2001 visade att det bland de drygt 6300 undersökta barnen fanns övervikt hos 18 % och fetma hos 3 % av barnen. Jämfört med tillförlitliga data från Göteborg på drygt 4000 barn som var 10 år i mitten av 80-talet, är detta en ökning på fyra till fem gånger för fetma och två och en halv gång för övervikt.

Orsaker till utveckling av övervikt och fetma

Det finns många faktorer som anses orsaka övervikt och fetma hos barn. Den viktigaste orsaken är den nya och förändrade miljön som mot slutet av nittonhundratalet uppstått i de flesta samhällen på jorden. Man talar om en obesogen miljö dvs. en miljö som kan framkalla fetma. Med detta menas att samhället gynnar konsumtion av lättillgänglig energität föda, inaktivitet och orsakar stress. Vissa individer och befolk-

ningsgrupper tycks vara mycket känsligare för att utveckla fetma pga. arvsanlag eller påverkan på kroppsfunktioner tidigt i livet. Vidare inverkar psykiska och sociala faktorer.

Strukturella faktorer

Många avgörande faktorer som påverkar vår hälsa står att finna i vår omgivande "fetmaframkallande" miljö, i vid bemärkelse. En viktig möjlighet att motverka övervikt och fetma är att påverka denna miljö så att människor har lätt att fatta hälsosamma beslut i vardagen.

Ett bra hjälpmedel i sådant arbete är nedanstående matris:

| Miljöfaktorer | Fysisk miljö | Ekonomiska Förhållanden | Policy | Sociokulturella Förhållanden |
|---------------------|--|---------------------------|---|---|
| Familjen | Boendeform och trångboddhet, tillgänglighet till nyttig respektive onyttig mat TV/video. | Inkomst | Normer, regler | Moderns utbildningsnivå, etnicitet, familjetyp, stöd från föräldrar. |
| Skolan | Skolgård, idrottsutrymmen, skolmatsal, kaféer | Skolpeng | Läroplaner, Kommunala skolplaner, lokala skolplaner, riktlinjer för skolmåltider och skolhälsovården | Psykosocial miljö |
| Lokalsamhället | Idrotts- och friluftsanläggningar, promenad- och cykelvägar, grönområden | Stöd till föreningslivet. | Mål för barn och ungdomars hälsa, idrottspolitiska program. Regler för föreningsbidrag, grönstrukturprogram, cykelstrategi. | Föreningslivets värderingar, kommunala insatser för barn och ungdomar, sociokulturella särdrag. |
| Nationell nivå | Samhälls-planering Tv-reklam till barn Affärer | Subventioner Skatter | Plan och byggnorm "De 79 punkterna" Näringsdeklarationer | |
| Internationell nivå | | Subventioner Skatter | EUs grönbok EU vitbok | |

Enligt modell av Swinburn och Egger

Hälsoeffekter av övervikt och fetma hos barn och ungdomar

Övervikt/fetma hos barn och ungdomar ger många negativa hälsoeffekter. För mycket fettväv ökar belastningen på lederna, med påverkan på fötter, knän och höfter. Vid ökad andel fettväv är fettomsättningen förhöjd, vilket gör att blodfetterna ökar, blodkärlen blir mindre elastiska, vilket i sin tur påverkar hela cirkulationen. Barn och ungdomar med fetma har oftare högt blodtryck och belastningspåverkan på hjärtat. Den ökade omsättningen av fettväv bidrar även till insulinresistens, dvs. att hormonet insulin får en nedsatt effekt. Detta i sin tur ökar risken för utveckling av typ 2 diabetes och hjärtkärlsjukdomar. Barn och ungdomar som har fetma har även ökad förekomst av en rad andra symtom, t ex astma, pubertetsstörningar, svår huvudvärk eller gallbesvär.

Ett stort problem för unga individer som har fetma är låg självkänsla och dålig livskvalitet. Det finns studier på barn som visar att de som har fetma har lika dålig livskvalitet som barn med cancersjukdomar. Barn från 4-års ålder med fetma förblir feta i mycket stor utsträckning om inga åtgärder vidtas. Det betyder att de olika symtomen och svårigheterna kvarstår och ofta förvärras med åren. Livslängden hos ungdomar som har fetma har visats vara förkortad och sjuklighet i vuxenlivet är ökad. Dessa hälsoeffekter förklarar varför den ökade förekomsten av fetma och övervikt har stor hälsoekonomiska effekter.

Hälsoekonomi

Kostnaderna för samhället för övervikt och fetma är omfattande. Om antalet överviktiga ökar med samma takt som på 1990-talet uppskattas att 60 % kommer att vara överviktiga och feta 2030, vilket skulle innebära en sjukvårdskostnadsökning med 120 %. Kostnader för sjukfrånvaro och sjukersättning är sannolikt flerfaldt högre. Det är ohållbart både hälsomässigt för individen och för samhällsekonomin.

Barnperspektivet

FN:s konvention om barnets rättigheter är den konvention om mänskliga rättigheter som fått mest gensvar i världens länder. Konventionen är inriktad på individen, det enskilda barnet och omfattar alla barn tom 17 års ålder.

Barnkonventionen berör alla och alla kommuner och regioner/landsting har ett ansvar för arbetet. FN:s barnrättskommitté januari 2005 ger uttryck för oro över det ökade antalet barn med övervikt och fetma och man rekommenderar Sverige att angripa detta problem.

Nationella riktlinjer och förslag

Regeringen har 2004 gett Livsmedelsverket och Statens Folkhälsoinstitut i gemensamt uppdrag att ta fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen med förslag till åtgärder, ”de 79 punkterna”. Den nya folkhälsopolitiken beskriver det övergripande målet som är att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa för hela befolkningen och att folkhälsan förbättras för de grupper som är mest utsatta för ohälsa.

I Regeringens regleringsbrev för 2007 avseende Statens folkhälsoinstitut skall särskilda uppdrag skapas för att öka kunskaper om hälsofrämjande levnadsvanor.

Definitioner

Hälsa. Enligt WHO (1948) är hälsa ett tillstånd av fullständigt, fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande.

Folkhälsa är ett uttryck för befolkningens hälsotillstånd, som tar hänsyn till såväl nivå som fördelning av hälsan. En god folkhälsa bör vara jämlikt fördelad.

Folkhälsoarbete (health promotion) är systematiska målinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser för att åstadkomma en god och jämlik hälsa för hela befolkningen.

Salutogent synsätt beskriver förmågan hos människor att upprätthålla hälsa trots påfrestningar. Man vill stärka faktorer eller omständigheter som bidrar till bibehållen eller bättre hälsa.

Promotion hälsofrämjande arbete är den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den. Hälsofrämjande arbete utgår från ett salutogent synsätt.

Prevention åtgärder för att förebygga ohälsa.

BMI, body mass index, beräknas som vikt (kg) dividerat med längd(m) i kvadrat.

Fetma definieras som en sjukdom medan övervikt definieras som ett risktillstånd. Numera används BMI i internationell definition av fetma för både barn och vuxna. Gränserna för övervikt och fetma hos barn (Iso-BMI) definieras så att de motsvarar BMI-gränserna för vuxna. Se tabell. Sid 31.

Vårdprogram definieras för Västra Götalandsregionen som gemensamma underlag för likvärdig evidensbaserad vård och omvårdnad samt ett medel att nyttja tillgängliga resurser effektivt. Ett vårdprogram belyser vårdkedjan av förebyggande och behandlande insatser för individer samt ger ett översiktligt underlag till politiker, ledning och beställare av vård.

Indikator Ett förhållande eller ämne som används som markör för ett visst annat förhållande t ex utbildning som indikator på socioekonomisk position.

Visionen

Visionen för Västra Götalandsregionen är ”Det Goda Livet” I det här arbetet innebär det att: Alla barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen skall växa upp i en miljö som ger förutsättningar för en hälsosam viktutveckling som en del av god fysisk och psykisk hälsa.

Ett långsiktigt mål skulle vara att mindre än 5% av barn har utvecklat övervikt och fetma vid 10 års ålder, dvs. som i början på 1980-talet..

Strategier

Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser bör ha en gemensam kunskapsgrund, gemensamma definitioner, budskap, verktyg och regler. Insatser och åtgärder bör vara kunskaps-/evidensbaserade så långt det går och uppföljning och utvärdering bör ske. Samtidigt bör så många sektorer i samhället som möjligt involveras och ett tvärprofessionellt arbetssätt bör tillämpas.

Främjande och förebyggande insatser bör ske så tidigt i livet som möjligt, dvs. det är viktigt att arbeta med barn. En viktig strategi är att förhindra att normalviktiga utvecklar övervikt, att överviktiga utvecklar fetma och att de som har fetma får behandling.

”Det är viktigt att beakta de olika förhållande som gäller för pojkar och flickor. De psykiska och sociala dimensionerna skiljer. Flickor drabbas mycket mer på detta område. Det förefaller, å andra sidan, som om pojkar far mer illa medicinskt.”

Man bör verka för kompetenshöjning av all personal, förvaltningschefer och andra i ledningsfunktion samt politiker. Resurser och insatser bör ta hänsyn till socioekonomiska faktorer.

Samarbete med medicinsk, psykologisk, samhällsvetenskaplig, ekonomisk och etnologisk forskning bör ske för att höja kvalitet och effektivitet av insatser.

Rekommendationer för kommuner och region

Dessa rekommendationer som kan ses som vägledande för huvudmännens arbete.

| Vad | Ansvar | Indikator | Mål | Uppföljning |
|--|--|---|---|--|
| Skapa policy och handlingsprogram | Kommuner Regionen | % av förvaltningar med policy eller handlingsprogram | 75% inom en mandatperioden | Sammanställning av årliga uppföljningar av verksamheter |
| Införa gemensamma IT-system för att följa barns hälsoläge | Kommuner Regionen | % av förvaltningar med helt datoriserad verksamhet. Följa utvecklingen på nationell nivå | 100% | Sammanställning av årliga uppföljningar av verksamheter |
| Höja kompetensen bland personal vad gäller övervikt och fetma bland barn och ungdomar | Kommuner Regionen Sahlgrenska Akademin Göteborgs universitet | % av personalen som genomgått relevant utbildningar. Förslag utarbetas för att definiera lämplig kompetensnivå | 50%, Arbetsgrupp bildas för att utarbeta förslag | Enkäter |
| Höja kompetensen i befolkningen med inriktning på föräldrar och barn (se även nedan på konkreta förslag) | Kommuner Regionen Sahlgrenska Akademin Göteborgs universitet i samarbete med föreningsliv, näringsliv, ideella organisationer | Fokusgrupper Livsmedelsval och konsumtionsmönster (Jordbruksverket) | Medvetenhet bland föräldrar om god livsstil och hälsosamma val Ökad konsumtion av hälsosamma produkter | Medborgarundersökningar Upphandlingar i offentlig verksamhet Statistik |
| Arbeta aktivt för att öka barns och ungas rätt att komma till tals och påverka | Kommuner Regionen | Barns delaktighet enligt kommunernas policys och handlingsplaner. | 100% | Barnombudsmannens enkäter |
| Gemensamt vårdprogram | Regionen | Publikation Lokala tillämpningar för att förebygga och behandla | Finns inom mandatperioden Finns publicerade eller används | Hälsö- och sjukvårdsavdelningen |

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 och skola. | Kommunala och regionala verksamheter för barn och ungdom | Livsmedelsverkets rekommendationer Andel barn som ammas vid 6 månaders ålder God måltidsordning, ex intag av frukost | Rekommendationerna är kända av alla ansvariga 80% 100% | De kostansvariga via enkäter Nationellt amningsregister BVC och hälsosamtal i skolan |
| Att aktivt bidra till att förskola, skola utvecklas som stödande miljöer för fysisk aktivitet, exempelvis stimulera rörelseglädje ute och inne och att flickornas och de mindre aktiva elevernas behov uppmärksammas och tillgodoses i högre grad än tidigare. | Kommunala verksamheter för barn och ungdom och för fysisk planering | Vardaglig fysisk aktivitet Lpf -94, läroplanen för frivilliga skolformer, gymnasieelevernas fysiska aktivitet Ännet Idrott och hälsa | 60 minuter per dag och barn/ungdom | Nationell uppföljning läroplanen via skolverket Skolverket och via lokala skolplaner Idrottslärare |

Föräldrar har huvudansvaret för sina barns hälsa.

Regionen och kommunen har ett ansvar att stödja föräldrarna och medvetandegöra dem om hälsosamma val, se rekommendationerna ovan.

De konkreta förslag till livsstilförändringar som är viktiga att arbeta med är:

- Att nyfödda barn ammas i största möjliga mån de första 6 månaderna av livet och att sedan en god måltidsordning introduceras för barnet.
- Konsumtionen av frukt och grönsaker per dag bör uppgå till 400g (under 10 år) och 500g (över 10 år).
- Öka konsumtionen av omättade fetter från fisk och växtriket och minska intag av mättat fett.
- Konsumtionen av livsmedel av typen godis snacks, glass, söta drycker och kaffebröd bör minskas.
- Att vardaglig fysisk aktivitet hos alla barn och ungdomar uppgår till minst 60 minuter sammanlagt per dag.
- Minska TV-tid/skrämtid till högst 2 timmar/dygn för barn och ungdomar.

Samverkan

Samverkan är en förutsättning för att nå målet med att minska övervikt och fetma hos barn och ungdomar och bör utvecklas mellan huvudmännens olika aktörer på olika nivåer.

För att detta ska ske måste de skapa strukturer för samverkan mellan kommuner och regionen. Det är önskvärt att ett gemensamt styrdokument tas fram.

Exempel på styrdokument som underlättar samverkan mellan kommunen och hälso- och sjukvården samt huvudmännens interna arbete är "Gemensamma riktlinjer för kommunerna och regionen i Västra Götaland om samverkan avseende barn och ungdomar med sammansatt psykisk/psykiatrisk och social problematik" (Väst Bus) samt Hälso- och sjukvårdens Utvecklingsstrategi från 2004.

Förslag till hur samverkan skall ske på kommunal och regional nivå:

- Generella hälsoprogram/planer på kommunnivå som samordnar samtliga arenor inom kommuner och regionen som idag har ett ansvar för barn och ungdomars hälsa från -9 mån till 18 år
- Folkhälsoråden som en tydlig lokal arena för samverkan
- Familjecentraler där bl.a. Mödravården, Barnhälsovården och Öppna förskolan ingår
- Tvärprofessionella team för behandlingsinsatser
- Gemensamt formulerade mål för samverkan
- Tvärsektoriell samverkan i hälsofrämjande och förebyggande insatser t ex inom kommun ex vis skola – fritidsgårdar - föreningsliv
- Samverkan med idrotts- och föreningslivet.

Slutsatser

Ett tvärprofessionellt regionövergripande nätverk bör få ansvar för utbildning, kommunikation, samordning och uppföljning av hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot barns och ungdomars övervikt och fetma.

Det bör skapas återkommande utbildningar för personal, politiker och chefer kring kost, fysisk aktivitet och beteendefrågor kring hälsa för barn/ungdomar.

En kommunikationsplan bör formuleras för arbetet kring barns och ungdomars övervikt och fetma.

Behandlingsinsatser skall rapporteras till behandlingsregistret BORIS av alla vårdgivare.

Regionen bör svara för utveckling av regionalt och nationellt samarbete kring utvärdering och epidemiologiska data, såsom prevalensdata på förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar samt skapa förutsättningar för att följa upp resultat av nya projekt.

Åtgärder

Det finns ett flertal sammanställningar av studier och insatser av förebyggande natur. Många av de studier som internationellt kallas förebyggande har även många hälsofrämjande komponenter. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2004 sammanfattar för barn och ungdomar att insatser i förskola, skola och liknande resulterat minskar viktökning och fetmautveckling. Detta trots att 2/3 av de 24 studierna inte hade påvisbar effekt. Man såg inte några negativa effekter av insatserna. Cochrane (2006) har gått igenom 22 studier, även de flesta av dessa skolbaserade, konstaterar att det finns studier med en mycket måttlig effekt på BMI, medan kostvanor och fysisk aktivitet påverkades gynnsamt och i större grad. Det finns studier som fokuserat på enstaka faktorer, t.ex. läskedryckskonsumtion eller TV-tittande och som har haft positiva effekter på BMI bland skolbarn vid ett års uppföljning. Det finns också observationsstudier som visar att helamning under första halvåret har en måttligt skyddande effekt mot utveckling av övervikt och fetma.

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. Bland vårdpersonal liksom bland befolkningen i övrigt finns också uppfattningar om att den som inte är smal har misskött sin hälsa och att fetma hör ihop med dumhet, dålig karaktär, frosseri och lättja. En fortlöpande diskussion är värdefull för att öka trygghet och arbetstillfredsställelse och för att utveckla arbetet även på detta område.

Identifiering

Att identifiera barn och ungdomar som har övervikt och fetma kan i sig vara en förebyggande insats. De beskrivna definitionerna skall användas. Identifieringen sker genom beräkning av BMI och jämförelse med Iso-BMI-gränser. Identifieringen skall ske via barnhälsovården, skolhälsovården, ungdomsmottagningar och medicinska mottagningar.

Hälsofrämjande åtgärder

Kommuner och regionen bör arbeta för att fysisk aktivitet, goda matvanor och välbefinnande införlivas i skolplanen för förskola, i familjecentraler och i skola.

De hälsofrämjande insatserna skall inriktas på att få befolkningen att ändra vanor i riktning mot mindre stillasittande samt hälsofrämjande måltidsvanor och livsmedelsval. För de yngsta barnen har också föräldrars förmåga till positiv gränssättning en nyckelroll. När det gäller små barn så är det effektivast att påverka deras föräldrar via MVC och BVC. Utformningen av måltider och fysisk aktivitet inom barnomsorg och skola har, förutom direkt inverkan på barnens hälsa, en viktig indirekt påverkan på

föräldrarna genom det budskap som förmedlas. För att man ska kunna förmedla ett gemensamt budskap och genomföra en kontinuerlig kunskapsutveckling krävs att personal med kompetens inom kost och motion finns att tillgå inom både kommun och landsting. Detta kan genomföras genom samarbete över förvaltningsgränserna. För att man ska kunna bygga upp ett långsiktigt arbete måste detta vara förankrat på politiker- och chefsnivå. På politisk nivå krävs strategiska satsningar på att barnomsorgen har förutsättningar att låta barnet tillbringa stor andel av tiden utomhus oberoende av årstid, samt ordna att lekytor som gynnar spontan lek.

I förskola såväl som grundskola bör principerna för arbetet anpassas till lokala förhållanden hos all personal lämpligen genom föredrag om hälsa, kost och motion på personalmöten. Barnens arbetsmiljö bör prioriteras. Mycket vistelse inomhus i bullrig miljö bidrar till stress som kan bidra till viktökning.

Det är en fördel om man kan utveckla lokala hälsoplaner som kontinuerligt stäms av mot praktiken.

Personal med kompetens inom området och med avsatt tid för detta i sina tjänster behövs för att ge stöd, handledning och fortbildning till personal och föräldrar. För att uppnå sunda levnadsvanor bör familjer, närmiljö, fritid och hela samhället dra åt samma håll. Barnens arbetsmiljö bör prioriteras. Mycket vistelse inomhus i bullrig miljö bidrar till stress som kan bidra till viktökning.

Närmiljön

Hela miljön kring barn och ungdomar har betydelse och bör utformas så den gynnar god hälsa. Parker, trafikmiljö och säkerhet är viktiga aspekter att ta hänsyn till i planeringen. Tillgång till gång- cykelvägar och allmänna kommunikationer ökar benägenheten att röra sig. ”Vandrande skolbussar” kan vara ett bra alternativ, dvs. barnen vandrar i grupp tillsammans med en vuxen till skolan. Människors upplevelse av trygghet där de vistas och miljös utformning rent estetiskt spelar in. Det är viktigt att ta tillvara vardagsmotionens möjligheter, t ex att gå i trappor istället för att ta hissen. Konsumentupplysningar inom kommunen har genom sin rådgivning möjlighet att påverka till hälsosamma val.

Föreningslivet

Föreningslivet och idrottsanläggningar bör vara aktivt och inspirera till fysisk aktivitet och gynna goda kostvanor. Idrotten skall vara kul. Barnen skall få lyckas utifrån sina egna förutsättningar. Lustfylld hälsofrämjande aktivitet kan locka de annars inaktiva.

Förskola och skola

Förskola och skola bör utveckla stödjande miljöer med kunskapsbaserade metoder. Utemiljön är en viktig del av barns uppväxtvillkor och skolgårdens utformning har betydelse för barns lek och aktivitet. Förskolemiljöer och skolgårdar bör utformas så att de inspirerar till lek, rörelse och idrott.

Förskolan och skolan bör aktivt verka för att måltidsverksamheten följer Livsmedelsverkets riktlinjer och Nordiska näringsrekommendationer. Maten bör vara näringsrik och lockande och kunna intas i lugn miljö och vid rätt tidpunkt på dagen. Skolcafeteriorna bör inte saluföra glass, godis, snacks, söta drycker och bakverk.

Förskolan och skolan bör underlätta för barn och ungdomar att vara fysiskt aktiva varje dag och se till att vardaglig fysisk aktivitet skall uppnås med minst 60 minuter per dag. Det är viktigt att barn får utlopp för sin spontana rörelseglädje. I skolans lokala kursplaner för ämnet idrott och hälsa bör flickornas och de mindre aktiva elevernas behov och önskemål uppmärksammas och tillgodoses i högre grad än tidigare. Ämnet hem- och konsumentkunskap bör få större utrymme i skolans hälsofrämjande arbete.

Hälsosamtalet i skolhälsovården bör stärka elevens självkänsla samt medvetandegöra varje enskild om dess egen hälsa kopplad till livsstil.

Föräldrar är viktiga att involvera i hälsofrämjande arbete i förskola och i skola. Föräldramöten är ett bra forum för hälsofrämjande insatser. Skolhälsovården är en viktig resurs i skolans arbete med föräldrar.

Beställning av hälsofrämjande sjukvård

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård är ett prioriterat målområde i den nationella folkhälsopolitiken. I Västra Götaland har hälso- och sjukvården ett hälsofrämjande uppdrag på såväl individ- och gruppnivå som på befolkningsnivå. Genom att formulera vårdens uppdrag och mål i hälsofrämjande termer kan prioritering, samordning och effektivisering som leder till ökade hälsovinster underlättas. Det är i egenskap som befolkningsföreträdare som de lokala hälso- och sjukvårdsnämnderna, genom överenskommelser och avtal, ansvarar för att hälso- och sjukvårdens utförare åtar sig att:

- utveckla ett målinriktat hälsofrämjande- och förebyggandearbete på individ- och gruppnivå som syftar till att ge människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den
- utveckla metoder så att preventiva insatser på ett naturligt sätt integreras i hela sjukvårdens arbete oavsett orsak
- sprida kunskap om sjukdoms- och skadeorsaker
- samverka med såväl kommunerna som andra aktörer i syfte att stödja en jämlik hälsoutveckling i befolkningen

Mödrahälsovård och barnhälsovård

Mödra- och barnhälsovården bör säkerställa att nyfödda barn ammas i största möjliga mån de första 6 månaderna av livet och att sedan en god måltidsordning introduceras för barnet. För att detta skall kunna ske krävs att personalen är utbildad i god samtals- teknik, som exempelvis motiverade samtal och att det finns möjlighet att avsätta tillräckligt med tid. Det kräver att måltalen för barnhälsovårdens arbete i västra Götalandsregionen uppfylls.

Basprogrammen för MVC och BVC bör omfatta folkhälsoproblemet övervikt och fetma, genom manualbaserade insatser vid strategiska åldrar. Föräldrautbildning är även en unik möjlighet påverka familjens framtida hälsovanor, men särskild uppmärksamhet måste sättas på att få pappor och föräldrar som inte är födda i Sverige att delta.

Ungdomsmottagningen

Där kan vara ett bra tillfälle att ta upp livsstilsfrågor.

Barn och ungdomstandvård

Folktandvården möter nästan alla barn och ungdomar upp till 19 års ålder och utgör en naturlig arena för kommunikation, kring ett hälsofrämjande budskap om kost och matvanor. Folktandvården samverkar med skola och kommun för, hälsofrämjande, insatser t.ex. försäljning av sackaroshaltiga varor i skolan. Standardiserat hälsosamtal inom barn- och ungdomstandvården genomförs. Man fokuserar på tre öppna frågor som ställs till föräldrarna till alla barn 0-7 år eller direkt till alla 8-19 åringar om vad man dricker, godisätande och tandborstvanor.

Samverkansprojektet ”mål i mun står för Frisk vikt & Friska tänder” som har ett gemensamt hälsobudskap om matvanor inom Primärvård och Folktandvård. Modellen

bygger på samverkan mellan barnhälsovård och förskolor för att skapa ett gemensamt hälsofrämjande arbets- och förhållningssätt, med rådgivning baserad på motiverande samtalsteknik.

Barn- och ungdomsmedicinska mottagningar, ungdomsmottagningar, primärvård och specialistvård

Barnfamiljer och ungdomar söker vårdenheter av många olika anledningar. Det finns i detta sammanhang många tillfällen att ta upp och diskutera livsstilsfrågor.

Förebyggande åtgärder

Primärprevention

Samtliga blivande mödrar samt barn i åldrarna 4, 6, 8, 10, 13/14 och 16 följs vid allmänna hälsoundersökningar där längd, vikt mäts och BMI beräknas och bedöms. Det är viktigt att sträva efter att mödrar mellan två graviditeter inte har kraftig viktökning. Barn som har övervikt eller fetma skall identifieras vid hälsokontroller och erbjudas åtgärder enligt riktlinjer och verktyg i handlingsprogrammet. Detta skall ske individuellt till barn och föräldrar/vårdnadshavare. Det är mycket viktigt att fokusera på familjens styrkor och resurser och ha ett lärande, motiverande sätt att bemöta föräldrar, barn och ungdomar. Föräldrars ansvar och möjlighet att påverka sitt barns risk för fetma och övervikt bör betonas.

Riskgrupper för utveckling av övervikt och fetma hos barn

- barn som påverkats ogynnsamt i graviditeten (mamman har fetma, dåligt kontrollerad graviditetsdiabetes eller rökning)
- barn med hög födelsevikt (>4 kg) eller låg födelsevikt (<2 kg)
- barn med snabb tillväxt under spädbarnstiden (adiposity rebound före 3,5 års ålder) eller som BMI över 2 standardavvikelser (SD) vid 3,5 års ålder
- barn där någon av föräldrarna har fetma
- barn med mental retardation eller syndrombild
- barn med kort sömnduration
- barn som har lång tid vid datorn och/eller TV
- barn som negligeras

Riskgrupper i övrigt

Barn med psykiska besvär eller sociala problem i familjen utgör en grupp som riskerar att utveckla såväl övervikt och fetma som undervikt.

En graviditet ger en ökad ansvarskänsla och är starkt motiverande för hälsofrämjande åtgärder hos blivande föräldrar. Mödrahälsovårdens möjlighet för kontinuerligt stöd under graviditeten och i den första perioden efter förlossningen utgör ett gyllene tillfälle för livsstilsförändring.

Primärprevention:

Mät längd och vikt på alla.

Kostinformation inkl måltidsordningen.

Avstå från rökning och alkohol.

Måttlig fysisk ansträngande aktivitet dagligen.

Sekundär prevention - riktat stöd till gravida kvinnor med övervikt/fetma

Ta vikt vid varje besök.

Kostråd.

Noggrann kontroll av sockerbalansen, speciellt hos mödrar med graviditetsdiabetes, fetma eller diabetes.

Rökavvänjning.

Måttlig fysisk ansträngande aktivitet dagligen.

Avstå från att använda alkohol

Barnhälsovården

Barn med avvikande BMI- utveckling identifieras vid rutinkontrollerna för tidiga insatser.

Primärprevention gäller alla barn:

Främja gemensamma aktiviteter med familjen.

Hälsosamtal med alla föräldrar och barn exempelvis vid 1,5 år, 2½ och 3-4 år.

Längd och vikt på exempelvis vid 1-2; 3-4 och 5½ år.

BMI beräknas och jämförs med iso-BMI.

Föräldrarna får se tillväxtkurvan. Ge utrymme för frågor.

Kostinformation inkl måltidsordning.

Drycker: Som törstsläckare rekommenderas vatten.

Begränsa intag av sockerhaltiga och feta livsmedel: Söta drycker, godis, chips och snacks bör undvikas hos alla förskolebarn.

Stimulera barns spontana rörelseglädje.

Minska fysisk inaktivitet, barn under två bör inte se på TV och äldre barn högst 2 timmar per dag.

Sekundärprevention - riktat stöd till barn med övervik och fetma/riskgrupper

Inbjud till samtal med föräldrar om barnets helhetssituation.

Innehåll i hälsosamtal samma som vid primärprevention men med ännu mer fokus på familjens vanor, mönster och arv.

Skapa en relation för att kunna vara en långsiktig stödjande kontakt.

Stärk barnet genom skuldavlastning.

Stärk föräldrarna genom skuldavlastning.

Ge råd om gränssättning.

Se över måltidsordningen, mellanmål, småätande, kostens sammansättning.

Anamnes fritidsvanor, måltider, ”sug” och extra intag.

Hereditet: Fetma, Diabetes typ 2, hjärt- kärlsjukdomar

Status: stigmata eller tillväxtavvikelser.

Mät längd, vikt, beräkna BMI enligt basprogram och bedöm tillväxthastighet

Ta ställning till om medicinska/hormonella orsaker till övervikten finns. Bedöm behov av remittering. Det innebär dock inte att BVC kan släppa en långsiktig uppföljning. För remisskriterier se vårdprogram.

Skolhälsovården

Elever med övervikt/fetma identifieras vid rutinkontroller. Längd och vikt följs inom skolhälsovården vart annat år. Eleverna erbjuds hjälp även mellan rutinkontrollerna.

Primärprevention

Hälsobesök elev och förälder i förskoleklassen, elev i år 4, år 7 eller 8 och år 1gy.

Främja gemensamma aktiviteter med familjen.

Längd och vikt och BMI vartannat år från förskoleklassen.

”Elever/föräldrar får se barnens tillväxtkurvor och ges utrymme för dialog.
Kostinformation inkl måltidsordning. Hälsosamtal som innefattar fysisk aktivitet och gemensamma måltider i familjen.
Drycker: Som törstsläckare rekommenderas vatten.
Begränsa intag av sockerhaltiga och feta livsmedel: Söta drycker, godis, snacks högst en gång per vecka.
Uppmuntra fysisk aktivitet och rörelseglädje.
Minska fysisk inaktivitet: begränsa TV/datortid.

Sekundärprevention - riktat stöd till elever med övervikt och fetma

För överviktiga elever ska skolhälsovården ha ett långsiktigt perspektiv med målet att alla ska kunna lämna skolan med bibehållen självkänsla och med ett sunt förhållningssätt till kost och motion, för att på detta sätt förhindra följsjukdomar i vuxen ålder. En förutsättning för detta är att kommunerna satsar på att det finns tillräckligt med tid för elevhälsans personal att arbeta med hälsofrämjande uppföljningsbesök utöver basprogrammet. Inbjud till samtal med föräldrar och elever i grundskolan, elever gymnasiet.

- familjens sociala miljö
- självkänsla
- fritidsintressen/TV/video/data
- Stärka elev/förälder genom skuldavlastning.
- Råd om gränssättning.
- Stoppa kränkande behandling. Ev. kontakt med lärare
- Se över kost och måltidsordningen i skolan och hemmet. Informera och ta hjälp av skolmåltidspersonal
- Skolidrott, friluftsdagar – samverka med idrottsläraren

Anamnes och fysisk aktivitet, måltider ”sug” och extra intag, mensrubbnig.
Inlärningsproblem, neuropsykiatrisk problematik som försämrar förmågan till självkontroll eller att ta till sig information?
Hereditet: Fetma, Diabetes typ 2, hjärt- kärlsjukdomar

Status: Stigmata, längd, vikt och BMI följs regelbundet. Blodtryck kontrolleras pubertetet följs.

Bedömning: längdtillväxt, viktökningstakt Ta ställning till om medicinska/hormonella orsaker till övervikten kan finnas

Bedöma behov av remittering, remittering innebär dock inte att skolhälsovården kan släppa en långsiktig uppföljning. För remisskriterier se vårdprogram.

Ungdomsmottagningen

Ungdomar söker ungdomsmottagningarna av många olika orsaker. Detta kan vara ett bra tillfälle att ta upp livsstilsfrågor.

Primärprevention

Längd och vikt samt uträkning och bedömning av BMI. Ta upp kost och fysisk aktivitet bland övriga livsstilsfrågor

Sekundärprevention för överviktiga ungdomar

Kostrådgivning

Se över måltidsordningen, mellanmål, småätande

Ungdomarnas social miljö

Självkänsla

Fysisk aktivitet

Fritidsintressen/TV/video/data

Remiss för ungdomar med fetma enligt remisskriterier till allmänmedicinsk mottagning/vårdcentral. I mån av möjligheter och förutsättningar följa vårdprogrammet kan även ungdomsmottagningar arbeta behandlande.

Barn- och ungdomstandvården

Standardiserat hälsosamtal inom barn- och ungdomstandvården genomförs. Man fokuserar på tre öppna frågor som ställs till föräldrarna till alla barn 0-7 år eller direkt till alla 8-19 åringar om vad man dricker, godisätande och tandborstvanor.

Samverkansprojektet ”mål i mun” som står för Frisk vikt & Friska tänder för ett gemensamt hälsobudskap i Primärvården och Folktandvården ska utvecklas. En modell som bygger på att man stödjer samverkan med barnhälsovård och förskolor för att skapa ett gemensamt hälsobudskap.

Utställningen ”Det dolda sockret” visas i väntrum eller på BVC eller förskola/skola och bidrar till en ökad medvetenhet hos föräldrar och barn. Samverkan sker med skolorna, där man går ut i klasserna år 5 med ”Kampen om tänderna”.

Behandlande åtgärder

Fetma skiljer sig från många andra sjukdomar genom att det av många uppfattas som ett ganska trivialt tillstånd utan riktigt status som sjukdom. Det är viktigt att behandla i alla professioner har evidensbaserad kunskap om etiologi och behandling samt fortlöpande handledning/vidareutbildning, på samma sätt som vid andra diagnoser.

Effekten av behandlande insatser hos barn och vuxna med fetma har utvärderats av bl a av SBU och Cochrane. Enligt Cochrane är det överhuvudtaget svårt att dra helt säkra slutsatser om att behandling av fetma har effekt. SBU menar att det är svårt att behandla och att få varaktiga resultat, men att några studier visar att det går.

- I en serie av studier av beteendemodifikation kunde en måttlig men säkerställd kvarstående effekt påvisas efter upp till tio års tid.
- Kognitiv beteendeterapi visades ge kvarstående lägre BMI vid uppföljning 5 år efter behandling.
- I USA och Canada har barnkliniker och även öppenvårdsmottaningar i stor skala börjat arbetat med speciella behandlingsprogram (Shapedown- Mellin; Wrap-Wadden; Health works- Hipsey).
- Vid extrem fetma har VLCD (very low calorie diet, ”pulverkostbehandling”) prövats på barn och ungdomar. Denna hade effekt på metabola parametrar och även på BMI, men långtidsuppföljningar saknas.
- Fetmakirurgi har i USA använts på ungdomar med extrem fetma och anses ha effekt men formella studier med god vetenskaplig kvalitet saknas.

Det finns färskare studier kring effekt av läkemedelsbehandling av fetma. Man har visat säkerställda effekter av orlistat (Xenical®) vid behandling av fetma hos ungdomar. Blygsamma säkerställda positiva effekter finns även visade för sibutramin (Reductil®) med samtidig beteendemodifikation. Ökad fysisk aktivitet hos tonåringar med fetma påverkade inte BMI men visade signifikant effekt på självförtroende och depressiva drag.

Fetma är en sjukdom

Barn över fyra år och ungdomar med ett BMI som överstiger isoBMI-30 gränsen (se

tabell nedan) har fetma och skall erbjudas behandling.

Utgångspunkten för behandlingsinsatser är att fetma definieras som en sjukdom (WHO, ICD 10). Identifieringen av barn/ungdomar med fetma kan ske vid de rutinemässiga hälsokontrollerna vid BVC eller inom skolhälsovården där längd och vikt mäts ungefär vartannat år eller vid besök på mottagningar inom sjukvården.

Det är viktigt att inte tala om feta barn utan tala om att barn har övervikt eller fetma, på samma sätt som man säger att ett barn har andra sjukdomar eller tillstånd, t ex att ett barn har astma.

Naturalförlopp

Fetma är en kronisk sjukdom även hos barn och ungdomar. Ju äldre barnet med fetma är desto mera sannolikt är det att sjukdomen består till vuxen ålder. För en tioåring med iso BMI över 30 är risken att ha fetma vid vuxen ålder 22 gånger större än för ett normalviktigt barn. För en fyraåring med fetma är risken cirka 5 gånger förhöjd.

Behandlingsansvar inom sjukvården

Fetma är en sjukdom och det är sjukvården som har behandlingsansvar. Barn och ungdomar med fetma har rätt till en patientansvarig läkare. Utredning och behandling kräver långvariga insatser, ofta från förskoleålder till vuxen ålder. En medicinsk utredning behövs för att identifiera ytterligare riskfaktorer samt eventuella andra sjukdomar associerade med fetma.

Stödande miljöer i lokalsamhället

Ärftligheten spelar större roll för barn och ungdomar med fetma än för vuxna med fetma. Ett mycket stort antal olika genetiska mekanismer inverkar, men allmänt kan den beskrivas som att dessa barn och ungdomar har en ökad benägenhet att utveckla fetma även om kaloriintaget tycks vara normalt. Därför är det extra viktigt för dem att den mat som erbjuds i förskola och skola följer allmänna näringsrekommendationer och att goda val underlättas när det gäller mat och fysisk aktivitet.

Några viktiga principer för behandlingsinsatser

Tidiga insatser är viktiga! Starta behandling så tidigt som möjligt. Före puberteten är resultatet bättre än efter, och i allmänhet är uppföljning och påverkan på barns miljö enklare än för vuxna. Behandling av barn och unga har fördelar: de kan vara lättare motivera, barn lär fort och familjen kan användas för att stödja och modifiera beteendet. Samtidigt är det viktigt att driva arbetet på mycket lång sikt eftersom det kan ta år att varaktigt införa nya vanor och beteenden.

Betydelsen av ett helhetstänkande

Det är viktigt att beakta livskvalitet. Fetma kanske bekymrar mindre än andra problem som kan hänga ihop med den. Det är alltså bra att lägga in helhetstänkandet i behandlingen och stödja barn och familj i att åtgärda så många ev. problem som möjligt. Genom samtliga insatser, vilka syftar till att successivt ändra vanor kring kost, motion och beteende, är det av grundläggande betydelse att verka för en bibehållen/stärkt självkänsla hos barnet.

Motiverande samtalsteknik och stegvisa förändringar

Att motivera handlar inte om *hur* en förändring ska ske; utan *om* den ska ske och i så fall *varför*. Utan motiverade barn och föräldrar kan en framgång aldrig bli mer än tillfällig. Små stegvisa förändringar är en viktig princip, förändringar skall ske med 'myrsteg'. Försök till att ändra beteenden skall lockas fram av barn (och familj) och bara ett eller några få beteenden skall tas upp vid varje besök. Dessa är viktiga att föl-

ja upp nästa gång. Återbesök ”Face to face” är bättre än indirekta uppföljningar via telefon, dator eller annan vårdgivare.

Kostbehandling

Barn med fetma ska i princip följa allmänna näringsrekommendationer. Utmaningen för behandlaren ligger i att anpassa och förmedla dess rekommendationer med fokus på bl.a. sötsaker och snabbmat.

Behandling med fysisk aktivitet

Vissa studier tyder på att ökad fysisk aktivitet i sig inte ger sänkt BMI. Det finns dock en gynnsam effekt metabolt och framför allt är det visat att självkänslan växer, vilket i sin tur kan gynna behandlingen. Det är även för barn mer naturligt än för vuxna att vara fysiskt aktiva. Beakta dock de problem som tonåringar kan ha med den samhällsliga normen för utseende. Specialgrupper för barn som har fetma kan vara viktigt ordna och ibland kan det vara viktigt att barnen får duscha hemma eller enligt eget förslag på rutiner för detta.

Mål för individuell behandling

Långsiktiga mål:

Mål för prepubertala barn med fetma är i första hand viktstabilitet, alternativt kan målet vara BMI-stabilitet, dvs. att vikten ökar i proportion till längden, vilket gör att graden av fetma minskar allteftersom barnet blir äldre. Eftersom barn växer på längden är ökande vikt och sjunkande BMI fullt möjligt.

Etappmål:

Sätt upp några enkla mål som kan röra ett eller flera av de områden som behandlingen är inriktad på dvs. kost, motion och beteende. Målen skall vara få, tydliga och alltid följas upp. Hos barn och ungdomar som bedöms behöva gå ner i vikt är 0.5–1.0 kg viktminskning per månad en lagom takt. Sätt även upp mål för fysisk aktivitet (t ex att gå av bussen en hållplats tidigare på hemvägen från skolan) och kost (t ex att äta frukost). Målen skall sättas upp av barnet med stöd av behandlaren. De kan vid behov omformuleras eller få tillägg.

Personal och vårdprocess

Personalkategorier

Sjuksköterska, dietist, sjukgymnast, psykolog och läkare är de viktigaste yrkesgrupperna som kan medverka i behandlingsinsatser inom sina olika kompetensområden. Detta innebär dock inte att det måste finnas ett komplett obesitasteam på varje vårdcentral. Personal med de grundläggande kompetenserna skall finnas tillgängliga i organisationen och kunna medverka i behandlingen beroende på patienternas behov och de lokala förutsättningarna. De nämnda yrkesgrupperna bör även bidra till kontinuerlig kunskapsutveckling för övrig personal. Personal i behandlande arbete skall ha utbildning i motiverande samtal, gränssättning samt i basala metoder för att påverka kost och fysisk aktivitet mot en hälsosam livsstil.

Vårdprocess

Alla behandlande verksamheter som ansvarar medicinskt för barn och ungdomar måste medverka i en vårdprocess. Barn och ungdomar med fetma skall kunna få råd och insatser i det geografiska närområdet.

Behandlingsprocessens delar:

Barnhälsovård och skolhälsovård.

Barn och ungdomar med fetma identifieras oftast inom hälsovården, som remitterar

till närmaste enhet i primärvården. Hälsovården har inte behandlingsansvar för barn och ungdomar med fetma, men bör, i samverkan med vårdenhet, arbeta med uppföljande kontroller och beteendemodifikation. Förskolebarn och skolbarn med fetma erbjuds samma hälsofrämjande och förebyggande åtgärder som alla övriga barn.

Primärvård, allmänläkarmottagningar eller barn- och ungdomsmedicinska mottagningar.

Primärvården är startpunkten för behandlingsdelen i vårdprocessen och det är där patientansvaret ligger. Enklare utredning, en första bedömning och behandling av fetma skall ske där. Här erbjuds goda möjligheter att skapa stödjande miljöer i skola och i närområde. Sjukvården ska ge regelbunden återkoppling till remitterande instans.

Specialistvård.

I Västra Götalandsregionen bör det finnas flera team som svarar för behandling av barn och ungdomar med fetma. Det gäller barn där tidigare behandlingsinsatser inte haft effekt, eller vars riskfaktorer motiverar prioritering.

Regionsjukvård.

Ett team på regionnivå skall finnas inom Västra Götalandsregionen. Uppgiften för detta är att vara ett stöd för specialist-teamens insatser, utan att alltid ta över patientansvaret, och att arbeta med speciella patientgrupper. Det regionala teamet skall även svara för särskilda behandlingsinsatser och utredningar av patienter med uttalad fetma, svår behandlingsresistent fetma, syndromfetma, fetma med associerade sjukdomstillstånd eller svår riskprofil. Utvecklingsarbete kring diagnostik och behandling samt ett övergripande ansvar för innehållet i det förebyggande och behandlande arbetet i regionen skall ingå i uppdraget. Teamet skall i regionen leda och samordna utbildningar, utvärderingar, kvalitetsarbete och forskning på området.

Primärvården

Den är den första viktiga delen i behandlingskedjan. Den beskrivs därför här i mer detalj. Specialistvård och regionvård behandlas endast översiktligt i denna skrivelse.

En viktig uppgift för primärvården är att svara för en sortering av barn och ungdomar med fetma, dvs. att kartlägga riskprofil och utifrån denna bestämma och föreslå den fortsatta handläggningen. Det finns en grupp av barn/ungdomar med fetma där primärvården i samarbete med t ex. skolhälsovården erbjuder det bästa behandlingsalternativet.

Kriterier för behandling

Barn som har fetma enligt definitionen ovan och som är fyra år eller äldre. Vidare barn som återremitteras från specialistvård.

Behandlingens genomförande i primärvården

Nybesök sker hos läkare i syfte att avgöra grad av fetma samt huruvida det finns tecken på ökad risk enligt anamnes och status. Lägg in längd, vikt och BMI itillväxtkurvor. Bedömning av prioritet (se nedan) för remittering skall göras. Motivation hos barn och föräldrar samt vilka resurser familjen och dess omgivning har för att arbeta med problemet skall undersökas. Om inte vidareremiss skall ske är det viktigt att sätta upp långsiktiga mål och delmål samt svara för kontinuitet och patientansvar, såvida inte detta tydligt flyttas över till annan enhet i vårdprocessen. En plan bör göras för de kommande åren. Besöksintervall i behandlingen kan variera mellan 1-3 månader. Behandlingsinsatser kan med fördel ske i samråd med skolhälsovård och skolmåltidspersonal. Det är önskvärt att samarbete utvecklas med idrottslärare och lokala idrottsfö-

reningar och andra arenor för utövande av fysisk aktivitet.

Behandling kan genomföras på mottagningen av läkare eller sjuksköterska. Då dessa svarar för behandlingsinsatser skall de ha grundläggande kunskaper kring barnfetma. De skall även ha fortlöpande kunna konsultera eller ha tillgång till dietist, psykolog och sjukgymnast, t ex inom primärvården eller via samarbete med team inom specialistsjukvården. Detta för att kunna utveckla och bibehålla allsidig kompetens och för möjlighet till remittering av patienter.

Specialistsjukvården

Ett team som är specialiserat på behandling av barn och ungdomar med fetma bör finnas inom de fyra delarna av Västra Götalandsregionen. Följande yrkesgrupper bör ingå i sådana team: sjuksköterska, läkare, dietist, sjukgymnast och psykolog.

Remisskriterier

Remisser: Prioriterade barn/ungdomar enligt nedan. Vidare barn/ungdomar med fetma där behandlingsinsatser inom primärvården under minst ett års tid inte gett resultat. I första hand bör ett besök för ett andra övervägande(second opinion) ske. Barn som återremitteras från regional enhet kan även tas hand om vid enheten.

Utredningar

Utredning med genetiska analyser, OGTT (oralt glucostoleranstest) och mer ingående undersökningar av de symtom eller avvikelser som finns i prioritetslistan.

Behandlingens genomförande

Behandling genomförs av specialiserat team där läkare, sjuksköterska, dietist, psykolog/beteendevetare och sjukgymnast ingår. Behandling med farmaka och kognitiv beteendeterapi bör kunna ske på denna nivå.

Samarbete med mottagningar i primärvården samt med lämpliga partners i lokalsamhället och barnet/ungdomens närmaste sociala miljö är lika viktigt här.

Regionalt team

En mottagning som är specialiserad på behandling av de svåraste problemen kring barn och ungdomar med fetma måste finnas för den regionala vårdprocessen. Personal är samma som för specialistsjukvårdsteamet.

Remisskriterier

Remisser: från primärvården i högt prioriterade fall, specialistsjukvårdsenhet enligt prioriteringslista eller externa remitterter för specialistvård.

Utredningar

Mer avancerade genetiska analyser, utredningar av syndrom och endokrinologisk utredning, ofta i samverkan med subspecialiser. Utredning av fetmaassocierade sjukdomar

Behandlingens genomförande

Det regionala teamet skall driva behandling i alla former, från beteendemodifikation och livsstilsförändrande insatser till speciella behandlingsformer. Främst är det behandlingsinsatser och utredningar av patienter som har uttalad fetma, svår riskprofil eller behandlingsresistent fetma, syndromfetma eller sjukdomstillstånd associerade till fetma. Fetmakirurgi, pulverkostbehandling och användande av farmaka skall i regionen enbart ske eller ske i samarbete med teamet. Det regionala teamet skall kunna bidra med sin kunskap till behandlande insatser som sker via andra enheter, sk 'second opinion'-besök. Utvecklingsarbete kring diagnostik, med nya behandlingsformer skall

ske eller samordnas regionalt via teamet. Teamet skall ha ett samordningsansvar för innehållet i det regionala vårdprogrammet kring förebyggande och behandlande insatser. Teamet skall samarbeta med Folkhälsokommittén i regionen i att leda och samordna information, utbildningar, utvärderingar, kvalitetsarbete och forskning på området.

Prioriteringar och vidareremiss

Primärvården kan med en noggrann anamnes, undersökning och laboratorieutredning göra en bedömning av om barn/ungdomar som har fetma har ökade risker och bör remitteras vidare. Vid högsta prioritet skall remiss skrivas omedelbart. I övriga fall bör en första bedömning ske och remissen gå efter ett halvt till ett år, detta beroende på hur stora problemen är, hur utfallet av pågående behandling värderas och hur fullständig bilden är av de medicinska frågorna.

Högsta prioritet vid fetma och samtidig annan sjukdom.

Remittera direkt till regionala teamet de som har fetma samt dessutom:

- Typ 2 diabetes
- Svår huvudvärk (Pseudotumor cerebri)
- Sömnrubningar, sömnapné eller Pickwicksyndrom
- Blodtryck \geq 95 percentilen för längd systoliskt eller diastoliskt
- Misstänkt syndromfetma

Prioritering vid uttalad fetma eller fetma samt andra symtom.

Remittera till eller samråd med team i specialistsjukvården:

- Mensrubningar, (Polycystiska ovarier) samt fetma
- Acanthosis Nigricans (mörkpigmentering runt hals och under armar, talar för insulinresistens) samt fetma
- Gallstensbesvär samt fetma
- Svåra ortopediska problem samt fetma
- IsoBMI-30 + 10 BMI-enheter
- IsoBMI-30 + 5 BMI-enheter **samt** ytterligare en riskfaktor enligt nedan

Riskfaktorer motiverar remiss eller samråd med team i specialistsjukvården vid uttalad fetma eller svårbehandlad fetma samt

Avvikande laboratorieprover :

- Fasteblodsocker (plasma) \geq 5.5mmol/L
- Triglycerider \geq 1.7 mmol/l
- Ldl-kolesterol $>$ 3.5 mmol/L
- Hdl-kolesterol $<$ 1.0 mmol/L
- Avvikande leverenzzymer
- Förhöjt fasteinsulin $>$ 20

Övriga avvikelser som motiverar extra observans, intensivare insatser, eventuellt vidareremiss

Ärftliga faktorer, dvs. om någon av biologiska föräldrar och syskon har:

- Fetma
- Tecken på kardiovaskulär sjukdom före 50 års ålder
- Diabetes typ2 före 60 års ålder i familjen och hos mor- farföräldrar

Sociala och psykiska faktorer

Här finns många olika situationer med barn/ungdomar som är försummade, missbruk i familjen eller där mentala/psykiska avvikelser föreligger. Denna grupp är prioriterad, men sociala eller andra nätverk som behövs och finns lokalt måste medverka. Därför kan ofta behandlingsinsatser ske bäst i primärvården. Enstaka besök vid specialiserat team eller regionalt (second opinion) kan vara ett sätt att få stöd för behandlingsinsatser.

Behandlingsutfall som motiverar vidareremiss.

Ålder och grad av fetma spelar in. Barn före och efter puberteten måste handläggas olika. Se behandlingsmål ovan. Första året är BMI-stabilitet ett rimligt mål. Vid fetma på \geq isoBMI-30 + 5 bör därefter BMI sjunka minst en enhet per år till dess fetmagräns uppnås. Hos yngre barn kan sedan BMI-stabilitet vara ett mål.

Barn och ungdomar som första året ökar i BMI med $>5-10\%$ från utgångsläget bör remitteras vidare i processen, med större krav vid BMI \geq isoBMI-30+5. Fortsättningsvis är rimligt remittera om BMI ökar $0-5\%$ vid BMI under isoBMI30+5, remittera vid BMI-stabilitet om BMI är högre än detta.

Hjälpmedel

Nedan i bilaga finns tabell med BMI gränser för övervikt och fetma för barn i olika åldrar. Vidare finns enkla råd för kost och fysisk aktivitet som kan användas såväl vid förebyggande och behandlande insatser.

Uppföljning

I arbetet med att förverkliga rekommendationerna i Västra Götaland inom området barns övervikt och fetma är uppföljning och utvärdering speciellt angeläget. Många metoder och verktyg har bristande evidens. Samtidigt är det viktigt att påbörja arbetet. Uppföljningen bör finnas med tidigt i planeringen.

Uppföljning kan ske på flera sätt:

Uppföljning sker via den aktör som har ansvar för ett område t ex i verksamhetsuppföljning eller uppföljning av projekt. Insatserna kan vara t ex enkäter eller fokusgrupper.

Uppföljning på individnivå

Förslag på kvalitetsindikatorer på individnivå (1, 2, 3, 4, 5 år efter insatt åtgärd) för förebyggande eller behandlande insatser: Hur många som finns kvar i insatser/behandling? Hur många underviktiga har blivit normalviktiga? Hur många normalviktiga har blivit överviktiga? Hur många överviktiga har drabbats av fetma? Hur många med fetma har blivit ”bara” överviktiga? Hur många överviktiga har blivit normalviktiga? Hur många normalviktiga har blivit underviktiga? Hur många med fetma har uppnått bestående vikt nedgång på minst 10% ? Förändring av matvanor, fysisk aktivitet och beteende? Kvantitativa och kvalitativa metoder kan användas. En förutsättning är att alla insatser dokumenteras och följs upp. För behandling av barn med fetma bör det nationella kvalitetsregistret BORIS användas.

Uppföljning av konkreta förslag till livsstilsförändringar

Epidemiologisk bevakning kan ske genom att längd, vikt, (BMI) och ev. midjeomfång följs i upprepade mätningar av barn i olika åldrar, exempel: 4 års ålder via barnhälsovården, i förskoleklass, år 4, år 8, år 1 gymnasiet via skolhälsovården. För att möjliggöra detta är IT-hjälpmedel samt en organisation för datainsamling viktiga. Enkäter kan användas för att följa andra mått i målbeskrivningarna. Det kan gälla levnadsva-

nor: fysisk aktivitet, kost, beteende, konsumtion av frukt och grönsaker, fisk eller av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk. Måltidsordning eller andelar av elever som äter skolmåltider kan studeras.

Kvantitativa och kvalitativa metoder kan användas. Indikatorer, mått och mätetal som speglar det hälsofrämjande arbetssättet kan belysas med uppföljningsenkäter, kostenkäter, mätning av fysisk aktivitet eller studier av hur processer och beslut genomförs. På detta område är det speciellt viktigt att ha med forskarstöd i arbetet.

Utvärdering

Utvärdering av rekommendationer för kommuner och region ska genomföras vart fjärde år (en mandatperiod). Det bör skapas en gemensam utvärderingsstruktur och finnas tillgång till FoU kompetens via Västra Götalandsregionen för både kommunal och regional verksamhet. Utvärdering skall vara både humanistisk och naturvetenskaplig. Socialstyrelsen har i ett regleringsbrev för år 2006 getts i uppdrag att utreda förutsättningar för en nationell databas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt med flera uppgifter samt hur uppgifter om amningsfrekvens kan inkluderas.

Hälsoekonomiska analyser

Insatser som ger långsiktiga effekter måste värderas högre än vad de gör idag. Samverkan mellan kommuner, landsting/region och stat är av stor vikt. För att använda resurserna på bästa sätt krävs ett sektorsövergripande och långsiktigt hälsoekonomiskt perspektiv.

Det är rimligt att anta att främjande och förebyggande insatser som sätts in på barn och tidigt i livet har stort hälsoekonomiskt värde. Kan sjukdomsutveckling hindras tidigt innebär detta inte bara att det personliga lidandet undviks, utan att samhället ”sparar” de direkta och indirekta kostnader som sjukdom innebär, både i tid och i omfattning.

FoU-stöd måste utvecklas för analys för denna typ av insatser. Det behövs ett resurscentrum för utvärdering för verksamheter och projekt som vill ha hjälp med metodik, handledning eller hela utvärderingsprocessen.

Referenser

World Health Organisation Technical report series No 894. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation.* World Health Organization, Geneva 2000.

Vision Västra Götaland. www.vgregion.se/visionvastragotaland

De 1111 svaren, Västra Götalandsregionen, 2006. Kartläggning under 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen www.vgregion.se/folkhalsa

Janlert U. Folkhälsovetenskapligt lexikon. Natur och Kultur 2000

Cole T, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey.* BMJ 2000; 320: 1-6

Mårild S, Bondestam M, Bergström R, Ehnberg S, Hollsing A, Albertsson-Wikland K. Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatr* 2004;93(12):1588-95.

Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Mårild S. Recent developments in overweight and obesity among Swedish children: Evidence of decreasing prevalence in girls. Submitted *Acta Paediatrica* 2007.

Fetma. Red. S. Rössner, AK Lindroos. Studentlitteratur 2007

COMPASS- en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland barn och ungdomar. Samhällsmedicin och Statens folkhälsoinstitut 2004

Egger G, Swinburn B. An 'ecological' approach to the obesity pandemic. *BMJ* 1997;315:477-80.

Föreslagna insatser till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Staten Livsmedelsverk och Statens Folkhälsoinstitut, 2005

Tänk långsiktigt. Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut 2004

Med barnkonventionen som karta och kompass i kommuner och landsting Barnombudsmannen och Kommentus förlag 2001

Ett uppföljningssystem för barnpolitiken, delrapport från arbetsgrupp med uppgift att utveckla indikatorer för barnpolitiken
Regeringskansliet Socialdepartementet DS 2005: 59

Konventionen om barnets rättigheter. Regeringskansliet, Utrikesdepartementet. januari 2006.

Mål för folkhälsan. Riksdagen. Rskr, 2002/03:145.

Regleringsbrev för budgetår 2007 avseende Statens Folkhälsoinstitut. Regeringen So-

cialdepartementet 2006

WHO European Ministerial Conference on counteracting obesity. Diet and physical activity for health. Istanbul, Turkey Nov 15-17 2006. EUR/06/5062700/8

Jakartadeklarationen, WHO. Leading health promotion into the 21st century. Jakarta Indonesien 1997

Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, Dietz WH. *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity*. N Engl J Med 1997; 337: 869-73.

Liss, Per-Erik. *Den goda avsiktens gränser. Etiska konflikter i hälsofrämjande verksamhet*. I Pedagogik i hälsofrämjande arbete. Studentlitteratur, Lund 2001.

vonKreis R, Kolentzko B, Sauerwald T et. al.. *Breast feeding and obesity :cross sectional study*. BMJ 1999;319:147-50.

Statens beredning för medicinsk utvärdering(The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). Fetma – Problem och åtgärder. nr 160, 2002.

Statens beredning för medicinsk utvärdering(The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). Förebyggande åtgärder mot fetma nr173, 2004.

Statens beredning för medicinsk utvärdering(The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). Metoder för att främja fysisk aktivitet nr181, 2004.

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar.Skolhälsovård. Gothia nr3 2005-2006

Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Bruce A, Shenkin J, Ogden C, Marshall T, Levy S, Kanellis MJ: The relationship between healthful eating practices and dental caries in children aged 2–5 years in the United States, 1988–1994. J Am Dent Assoc, 2005: 55-66.

Willershausen B, HaasG, Krummenauer F, Hohenfellner K. Relationship between High weight and caries frequency in German Elementary School Children. Eur J Med Res 2004;9:400-4

Bilaga

Stora arbetsgruppen

| | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Björn, Maria | Skolsköterska | Bergdalaskolan, Borås |
| Djäken, Christina | Samordnande barnsjukskötersk | BHV, Skaraborg |
| Falck, Rosa | Förest. tillagning kök | Ekdalaskolan, Härryda |
| Gelander, Lars | Bitr. barnhälsovårdsöverläkare | BHV, Södra Bohuslän |
| Haga, Fatima | Lärare | Grundskolan, Partille |
| Ljungkrona-Falk, Lena | Dietist | BHV, Skaraborg |
| Mattson- Elofson, Eva | Utvecklingsledare/folkhälsa | Folkhälsokommitténs kansli |
| Mårild, Staffan | Överläkare | Rundabarnteamet, DSBUS |
| Nilsson-Green, Annika | Utvecklingsledare/folkhälsa | Folkhälsokommitténs kansli |
| Nordström, Margareth | Samordnande skolsköterska | Göteborgs stad |
| Palm, Lis | Folkhälsoplanerare | Miljöförvaltningen, Strömstad |
| Osland-Johansson Turid | Dietist | Centrala Barnhälsovården Primärvården FyrBoDal |
| Rubinstein, Barbara | Epidemiolog | Hälso- och sjukvårdskansliet, Gbg |
| Renman Cecilia | Skolhälsovårdsöverläkare | Göteborgs stad |
| Toivonen, Henri | Bitr.barnhälsovårdsöverläk. | BHV, Skaraborg |
| Nordenberg, Jessica | Dietist | Primärvården, Kungälv |
| Magnusson, Maria | Dietist och sjuksköterska | Primärvården NÖ Gbg |
| Holtz, Bie | Tandläkare | Folktandvården |
| Lindgren, Annelie | Folkhälsoplanerare | Folkhälsoenheten, Skaraborg |

Styrgruppen

Annika Nilsson-Green, projektledare, politikeruppdrag
Staffan Mårild, projektledare, tjänstemannauppdrag

Eva Mattsson-Elofson
Henri Toivonen
Barbara Rubinstein
Margareth Nordström

Barnperspektivet

Konventionen omfattar 54 artiklar. Fyra av dessa är grundläggande principer utifrån vilka övriga artiklar tolkas. Barnets rätt till likvärdiga villkor, artikel 2, har som grundtanke att barn har fullt och lika människovärde. Idén om jämställdhet gäller också mellan barn; alla barn har lika värde. En annan bärande princip är den som handlar om "Barnets bästa" artikel 3. Vid alla åtgärder som rör barn, skall barnets bästa komma i främsta rummet". Den praktiska tolkningen av principen om barnets bästa är en helt avgörande aspekt i diskussionen om konventionens efterlevnad. En uppgift är att främja användningen av inte bara ett barnperspektiv, utan även barnets perspektiv. En rädsla med all rätt är att just barnaspekten skall köras över när olika intressen kolliderar i samhället. I Sverige är principen om barnets bästa av grundläggande betydelse vid utformning av de åtgärder som rör barnet. Artikel 6 om rätten till liv och utveckling, har i barnkonventionen en framåtsträvande formulering, den går längre än till att kräva skydd för barn mot att bli dödade. Den betonar såväl överlevnad som barns rätt till utveckling. Barnets rätt att komma till tals uttrycks i artikel 12. Tanken om barns fulla och lika människovärde leder också till slutsatsen att barn måste få en möjlighet att göra sig hörda och få påverka sin situation.

I artikel 4 den så kallade genomförande artikeln formuleras konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga lagstiftnings, administrativa och andra åtgärder för att genomföra de rättigheter som erkänns i konventionen. Att konventionsstaterna i fråga om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter till det yttersta av sina tillgängliga resurser och, där så behövs, inom ramen för internationellt samarbete.

Exempel på redskap i arbetet

Utvärderade metoder/material:

- 1 Hälsosamtal vid 1-1½-års samt 3-årskontrollen på BVC.
Checklista och stödmaterial.
Dietist Lena Ljungkrona-Falk, Centrala Barnhälsovården Skaraborg.
Utvärderat som FoU-arbete. Fortsatt utvärderingsarbete pågår.
Kontakt: lena.ljungkrona-falk@vgregion.se
- 2 Metodutveckling för att förebygga övervikt och fetma hos barn, genom föräldrakontakten på MVC och BVC.
Konkreta redskap för personal på MVC och BVC att efter utbildning i handhavande av redskapen använda i matsamtalen med blivande/nyblivna familjer på mottagningen. Tyngdpunkt på bra matvanors betydelse för en hälsosam vikt.
Metodens grundpelare: 1. Utbildning 2. Redskapspärm 3.Handledning
Dietist Jessica Nordenberg, primärvården södra Bohuslän.
Utvärderat som FoU-arbete
Kontakt: jessica.nordenberg@vgregion.se
- 3 Arbetsverktyg för skolsköterskor avseende överviktiga barn.
Dietist Anna Melin, Centrala Barnhälsovården södra Bohuslän
Utvärderat som magisterarbete.
Kontakt: anna.melin@vgregion.se

Andra exempel utvecklade i VGR:

- 4 Mat och lek
Broschyr samt utbyteslista.
Dietist Turid Osland Johansson, Centrala barnhälsovården Primärvården Fyr-

BoDal

Kontakt: turid.osland-johansson@vgregion.se

- 5 Balans mellan mat och motion
Folkhälsogrupp Jämvikt, distriktssköterska Kristina Hesselund och dietist/sjuksköterska Maria Magnusson, Göteborg.
Folder som vänder sig till alla med grundläggande kost-och motionsrekommendationer. Ej specifikt barn eller övervikt. Finns på flera olika språk.
Kontakt: maria.b.magnusson@vgregion.se
 - 6 Lätta och aktiva tips
Folder med förslag till en dags mat samt tips på rörelse.
Runda barn-teamet, Göteborg och dietist Lena Ljungkrona-Falk, Skaraborg
 - 7 Föräldragrupp för att förebygga övervikt hos förskolebarn
Utrednings-och förändringsarbete steg för steg.
Leg psykolog, leg psykoterapeut Unni Bonnedal
 - 8 Mål i mun
Metod med motiverande rådgivande samtal individuellt eller i föräldragrupp på BVC och Folk tandvården, som stödjer hälsosam viktutveckling och god munhälsa. Utbildning och verktygslåda.
Kontakt: bie.holtz@vgregion.se
- Övrigt:
- 9 Hälsomålet
 1. Bra mat och rörelse för dig som väntar barn.
 2. Barn, mat och rörelse. Tips och råd till dig med små barn
 3. Barn, mat och rörelse. Tips och råd till dig med barn som börjar skolan
 4. Samling kring maten

www.halsomalet.se , www.folkhalsoguiden.se
 - 10 Livsmedelsverket
Har fått i uppdrag att utveckla befintligt material, både till personal och direkt info.
www.slv.se

Nordiska och Svenska Näringsrekommendationer

ger riktlinjer för matens betydelse till en god hälsa. Bra matvanor är nödvändigt för att utveckla en hälsosam vikt.

- Tre huvudmål och 1-3 mellanmål jämnt fördelat över dagen, med god näringsmässig sammansättning.
- Högst 10- 15 % av energiintaget ska komma från godis, läsk, kaffebröd, snacks
- Fördubbla konsumtionen frukt o grönt till 400g för barn 4-10 år)
- Öka konsumtionen av bröd och gryn, främst fullkorn
- Potatis/ris/pasta: bibehåll eller öka
- Fisk: öka till 2-3g/v

Personal med barn och ungdomar och deras föräldrar som målgrupp behöver gemensam kunskapsgrund och verktyg för att föra ut budskapet om matens betydelse för en hälsosam vikt. Det är av största vikt att utbildningen sker med kunskapspåfyllning utifrån vetenskaplig grund, inklusive praktiska moment och handledning av personer med gedigen erfarenhet i området. Särskilt bör beaktas:

- Kunskap om betydelsen av helhetstänk kring den unga människan
- Motiverande samtalsteknik
- Förändringsprocessen
- Kostbehandling
- Fysisk aktivitet

Vid hälsofrämjande arbete föreslås följande anamnesverktyg:

- Förenklad kostanamnes från primärvården i södra Bohuslän. Se bilaga.

Vid förebyggande arbete föreslås följande anamnesverktyg:

- Viktkort ur ”Barnövervikt i praktiken” – evidensbaserad familjeviktsskola av Paulina Nowicka och Carl-Erik Flodmark. Bilaga 4, s 269-271. Studentlitteratur, 2006.
- Arbetsverktyg för skolsköterskor – Anna Melin, se bilaga ”Goda exempel”

Tabell där BMI-värden listas som motsvarar gränserna för fetma (isoBMI-30) och övervikt (isoBMI-25) för flickor och pojkar från 2 till 18 års ålder (Cole 2000)

Table 4. International cut off points for body mass index for overweight and obesity by sex between 2 and 18 years, defined to pass through body mass index of 25 and 30 kg/m² at age 18, obtained by averaging data from Brazil, Great Britain, Hong Kong, Netherlands, Singapore, and United States

| | Body mass index 25 kg/m ² | | | Body mass index 30 kg/m ² | |
|------|--------------------------------------|---------|--|--------------------------------------|---------|
| | Males | Females | | Males | Females |
| 2 | 18.41 | 18.02 | | 20.09 | 19.81 |
| 2.5 | 18.13 | 17.76 | | 19.80 | 19.55 |
| 3 | 17.89 | 17.56 | | 19.57 | 19.36 |
| 3.5 | 17.69 | 17.40 | | 19.39 | 19.23 |
| 4 | 17.55 | 17.28 | | 19.29 | 19.15 |
| 4.5 | 17.47 | 17.19 | | 19.26 | 19.12 |
| 5 | 17.42 | 17.15 | | 19.30 | 19.17 |
| 5.5 | 17.45 | 17.20 | | 19.47 | 19.34 |
| 6 | 17.55 | 17.34 | | 19.78 | 19.65 |
| 6.5 | 17.71 | 17.53 | | 20.23 | 20.08 |
| 7 | 17.92 | 17.75 | | 20.63 | 20.51 |
| 7.5 | 18.16 | 18.03 | | 21.09 | 21.01 |
| 8 | 18.44 | 18.35 | | 21.60 | 21.57 |
| 8.5 | 18.76 | 18.69 | | 22.17 | 22.18 |
| 9 | 19.10 | 19.07 | | 22.77 | 22.81 |
| 9.5 | 19.46 | 19.45 | | 23.39 | 23.46 |
| 10 | 19.84 | 19.86 | | 24.00 | 24.11 |
| 10.5 | 20.20 | 20.29 | | 24.57 | 24.77 |
| 11 | 20.55 | 20.74 | | 25.10 | 25.42 |
| 11.5 | 20.89 | 21.20 | | 25.58 | 26.05 |
| 12 | 21.22 | 21.68 | | 26.02 | 26.67 |
| 12.5 | 21.56 | 22.14 | | 26.43 | 27.24 |
| 13 | 21.91 | 22.58 | | 26.84 | 27.76 |
| 13.5 | 22.27 | 22.98 | | 27.25 | 28.20 |
| 14 | 22.62 | 23.34 | | 27.63 | 28.57 |
| 14.5 | 22.96 | 23.66 | | 27.98 | 28.87 |
| 15 | 23.29 | 23.94 | | 28.30 | 29.11 |
| 15.5 | 23.60 | 24.17 | | 28.60 | 29.29 |
| 16 | 23.90 | 24.37 | | 28.88 | 29.43 |
| 16.5 | 24.19 | 24.54 | | 29.14 | 29.56 |
| 17 | 24.46 | 24.70 | | 29.41 | 29.69 |
| 17.5 | 24.73 | 24.85 | | 29.70 | 29.84 |
| 18 | 25 | 25 | | 30 | 30 |

Förkortningar

| | |
|-------|---|
| VC | Vårdcentral |
| BHV | Barnhälsovården |
| BUM | Barn och ungdomsmottagning |
| UM | Ungdomsmottagning |
| BMI | Body mass index (vikt i kilogram/(längden i meter) ² , kg/m ²) |
| MHV | Mödrahälsovård |
| MVC | Mödravårdscentral |
| BVC | Barnavårdscentral |
| SHV | Skolhälsovården |
| BUP | Barn- och ungdomspsykiatri |
| SA | Sahlgrenska Akademin |
| DSBUS | Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus |
| PVO | Primärvårdområde |
| SBU | Statens beredning för medicinsk utvärdering |
| Åk | Årskurs |
| FoU | forskning och utveckling |