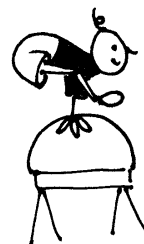
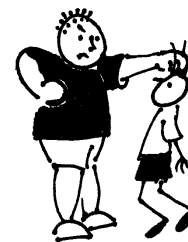


De 1111 svaren

Kartläggning under 2005 av insatser avseende 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.

Föreliggande rapport är en sammanställning av resultaten från kartläggningen som genomfördes våren och sommaren 2005. I rapporten dras också slutsatser för kommande arbete. Arbetet med kartläggningen har engagerat många med olika uppgifter i regionen. En styrgrupp, en arbetsgrupp och en referensgrupp har bildats, där berörda professioner i kommunernas och regionens verksamheter från alla delar av Västra Götaland deltagit.

Informationen från kartläggningen skall användas som underlag för långsiktig vägledning för utveckling av

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

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

Vi vill tacka samtliga medverkande för det genomförda arbetet. Vi hoppas att kartläggningen ger nödvändigt stöd, tillsammans med andra kunskapsunderlag, för att utveckla övergripande strategier, handlingsprogram och vårdprogram, för ett långsiktigt och hållbart arbete.

Johan Jonsson
Folkhälsochef
Folkhälsokommitténs kansli

Axel Bergh
Chef Strategisk utveckling
Hälso- och sjukvårdsavdelningen

Sammanfattning

Utvecklingen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Sverige ökar kraftigt och är jämförbar med den internationella utvecklingen. En markant ökad förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar har också rapporterats för Västra Götaland.

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.

Gruppen genomförde under våren 2005 en kartläggning för att beskriva befintliga insatser och arbetsmetoder inom området i avsikt att få en grund för en strategi och ett handlingsprogram för Västra Götalandsregionen. Enkäter distribuerades till personal i kommunal och regional anställning, vid förskolor, i skolor, mödra- barn- och skolhälsovård, inom medicinsk vård samt vid hälso- och sjukvårdsnämnderna. Totalt inkom 1111 svar.

Kartläggningen visar att problemen med övervikt och fetma hos barn och ungdomar är aktuella i samtliga verksamheter och tas upp i Hälso- och Sjukvårdsnämndernas måldokument. Policydokument, riktlinjer och vårdprogram saknas i stort i Västra Götaland. Det finns ingen enhetlig struktur och röd tråd för arbetet. Klara definitioner saknas. Hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser sker i projektform eller inom ramen för befintliga rutiner och basprogram, som inte är helt avpassade för detta ändamål. Geografiska olikheter i beslut på politisk nivå och i verksamheter påverkar insatserna.

Utvärdering av insatser sker inte systematiskt. Övergripande insamling av statistik och data saknas. Samverkan sker mycket lite över verksamhetsgränserna och det förekommer brister i ledning, organisation och kunskaper på området.

Det behövs policydokument, riktlinjer och vårdprogram, såväl övergripande som för lokala verksamheter i regionen. Alla insatser blir effektivare om det finns gemensamma utgångspunkter, definitioner, kvalitetsmått och mål för arbetet samt klarhet i hur insatserna skall samverka. Geografiska olikheter behöver studeras vidare. Olika behov i olika områden måste beaktas, men rätten till god hälsa och likvärdiga möjligheter till insatser inom regionen måste finnas.

Det är viktigt att ta tillvara de initiativ som redan pågår och föra över erfarenheterna till ordinarie verksamhet. Initiativ till skapandet av professionella nätverk för utvecklingsarbete och samverkan kring centrala frågor bör tas. Eftersom få evidensbaserade metoder finns för både främjande, förebyggande och behandlande insatser, är det närmast ett obligatorium att alla insatser utvärderas.

Prevalensdata bör följas kontinuerligt med etablerade metoder. Organisation av rutiner kring utvärdering och uppföljning är nödvändig. Kvalitetsindikatorer behöver utvecklas och fastställas. För behandlande insatser föreslås att utvärdering sker via det nationella kvalitetsregistret "BORIS".

Personal i olika positioner efterfrågar utbildning. Kunskapsnivån behöver höjas. Det finns stor efterfrågan på goda metoder och enkla konkreta verktyg för insatser kring kost, fysisk aktivitet och gränssättningsfrågor. Speciellt betonas metoder för bemötande av barn, ungdomar och föräldrar. Motiverande samtal och andra konsultationsredskap är viktiga att

föra ut i utbildningar av god kvalitet. Kartläggningen visar att fungerande metoder redan finns på några ställen i regionen. De kan bli en gemensam tillgång.

Eftersom få evidensbaserade metoder finns för både främjande, förebyggande och behandlande insatser bör alla insatser utvärderas och prevalensdata följas kontinuerligt. Organisation av rutiner kring utvärdering och uppföljning är också nödvändig.

I regionen bör finnas kanaler för effektiv kommunikation och samverkan. Samordning saknas i regionen för att möta de många behov som påvisats. Utvecklingsarbete behövs för bättre samverkan, att hävda barns rätt och att belysa och beakta hälsoekonomiska aspekter.

Barns och ungdomars rätt till hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser på lika villkor i hela Västra Götaland behöver lyftas fram.

Innehållsförteckning

Inledning	sid 7
Bakgrund	sid 7
Syfte	sid 9
Hur rapporten tagits fram	sid 9
Resultat	sid 12
Analys	sid 27
Diskussion	sid 34
Slutsatser	sid 40
Referenser	sid 42
Bilagor	sid 47

Inledning

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. Ett första steg i arbetet har varit att kartlägga pågående insatser i kommunerna och i Västra Götalandsregionen.

Föreliggande rapport är en sammanställning av de preliminära resultaten från kartläggningen som genomfördes våren och sommaren 2005. I rapporten dras också slutsatser för kommande arbete.

Bakgrund

Trygga och goda uppväxtvillkor, goda matvanor och ökad fysisk aktivitet är tre av de elva målområdena för folkhälsoarbetet som riksdagen antog under 2003. Arbetet utgår från bestämningsfaktorer, dvs. de faktorer i samhällsorganisationen och människors livsvillkor samt levnadsvanor som bidrar till hälsa och ohälsa. De socioekonomiska och kulturella skillnaderna är betydande, samtidigt som det finns en individuellt varierande känslighet för att utveckla övervikt och fetma. Genetiska faktorer anses interagera med miljöfaktorer. Nationella rapporter bekräftar att övervikt och fetma är ett problem för barn och unga i Sverige. Regeringen har 2004 givit 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. Förslag till riktlinjer har tagits fram nationellt såväl som för kommuner och landsting.

Denna rapport är begränsad till en kartläggning av insatser som rör barn och ungdomar. I budgetskrivningen för Västra Götalandsregionen för 2004 fastslår man: *”Människors hälsa grundläggs redan i tidiga år, därför skall barn och unga vara en prioriterad grupp inom folkhälsoarbetet. Allt fler barn och unga lider av kraftig övervikt. Folkhälsoarbetet i Västra Götaland skall verka för information och aktiviteter kring kost- och motionsvanor.”*

I många verksamheter i kommuner och i Regionen i Västra Götaland pågår redan idag insatser för att förebygga övervikt och behandla fetma hos barn och ungdomar. Med stöd av FoU-medel startades i januari år 2000 ”Rundabarnteamet”, ett forsknings- och behandlingsteam vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Teamet initierade och genomförde under 2000- 2001 en vetenskaplig studie rörande förekomst av övervikt och fetma. BMI kartlades i en population på drygt 6000 tioåringar i Göteborg, Lerum och Borås. Studien visade att övervikt inklusive fetma förekom hos 18 %, och fetma hos 3 %. Jämfört med tioåringar 1984 var detta en fördubbling i förekomst av övervikt och en sexfaldig ökning av fetma. Efter detta har arbetet med att följa förekomst av övervikt och fetma fortsatt i ett samarbete inom Sahlgrenska akademien.

Uppdragshandling år 2003

I september 2003 riktade dåvarande hälso- och sjukvårdschef och folkhälsochef ett uppdrag till ansvarig överläkare vid Rundabarnteamet vid Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus att i samarbete med Folkhälsokommitténs kansli

”utveckla ett regionalt handlingsprogram med riktlinjer för hälsobefrämjande och förebyggande åtgärder mot övervikt och fetma samt ett regionalt vårdprogram för behandling av fetma hos barn och ungdomar”.

Budgetuppdrag till Folkhälsokommitténs kansli inför 2005

I Regionfullmäktiges budget inför 2005 fick Folkhälsokommittén i

”uppdrag att utarbeta en strategi för hur regionen aktivt skall arbeta för att bryta utvecklingen med allt fler överviktiga barn”.

Arbetet med strategin som genomförs under 2006 är ett övergripande uppdrag. Folkhälsokommittén vill också införliva regionfullmäktiges uppdrag att arbeta med konventionen om barnets rättigheter i detta arbete.

Gemensamt arbete

De båda uppdragen överlappar varandra och har tydliga beröringspunkter, varför arbetet bedrivs i en gemensam arbetsgrupp. Ett första steg har varit att göra en gemensam kartläggning av pågående insatser samt en kunskapsinventering.

Informationen från kartläggningen skall användas som ett underlag för regionen i arbetet med att ta fram:

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

Kartläggningen ger oss en gemensam kunskapskälla som kan bidra till utvecklingen i kommunernas och i regionens verksamheter samt stimulera till initiativ inom respektive förvaltnings uppdrag.

Syfte

Kartläggningen vill ge svar på grundläggande frågor, t ex vilka olika typer av insatser på kommunal och regional nivå som görs idag inom all verksamhet för barn och ungdomar upp till 18 års ålder inom Västra Götaland.

Syftet är att i Västra Götaland

- ♦ kartlägga förekomst av målbeskrivningar, övergripande policydokument, riktlinjer eller vårdprogram
- ♦ kartlägga hur det hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbetet bedrivs idag inom kommuner och i regionen
- ♦ kartlägga om det finns geografiska olikheter
- ♦ beskriva om samverkan sker mellan förvaltningar
- ♦ analysera möjligheter och hinder i det nuvarande arbetet
- ♦ ta tillvara på insatser i nuvarande verksamheter
- ♦ sammanställa enkla konkreta 'verktyg' för insatser i olika verksamheter
- ♦ ge förslag till utvecklingsarbete och kompetenskrav
- ♦ beskriva hur förekomst av övervikt och fetma följs
- ♦ ge förslag till hur uppföljningar och utvärderingar kan utföras.

Målgrupp för rapporten

- beslutsfattare dvs. politiker och högre tjänstemän
- berörda professioner inom kommunal och regional verksamhet
- samarbetspartners inom t ex frivilliga organisationer

Hur rapporten tagits fram

Organisering av arbetet

Den 7 november 2003 inleddes arbetet med en konferens med cirka 100 inbjudna deltagare. Deltagarna kom från hela Västra Götaland och företrädde olika förvaltningar och yrkesgrupper som arbetar med barn och ungdomar. Denna grupp konstituerades som en referensgrupp för det fortsatta arbetet. Via grupparbeten utsåg referensgruppen inom sig 17 personer till en arbetsgrupp för projektet. Arbetsgruppens sammansättning speglar såväl berörda professioner som organisationer och regionens geografiska utbredning. Denna arbetsgrupp har via regelbundna träffar fört arbetet vidare. Från arbetsgruppen har en styrgrupp bildats för att driva och leda arbetet.

Förutom hälso- och sjukvårdens organisationer är kommunerna i Västra Götaland genom förskola/skola samt skolhälsovården viktiga samverkanspartner. En nära kontakt med forskningen inom området är viktig för projektets vetenskapliga förankring. Samverkan sker med organisationer som på nationell nivå bedriver utvecklingsarbete inom detta område.

Bilaga 1 Stora arbetsgruppen

Bilaga 2 Styrgruppen

Tidsplan för de första tre åren

Arbetet med det ursprungliga uppdraget startade i januari 2004 och har en första tidsplan på 3 år. Under denna tid skall en framtagning och förankring ske av riktlinjer för det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet samt av ett regionalt vårdprogram för behandling. Det andra uppdraget startade år 2005 där Folkhälsokommittén under 2006 skall ta fram en strategi för hälsofrämjande insatser. Regelbunden årlig rapportering har skett till uppdragsgivarna.

En schematisk tidsplan för arbetsgruppernas insatser de första tre åren framgår nedan:

2004:

Efter ett inledande skede av förankring och mobilisering följde beslut om och arbete med kartläggningen.

2005:

Under våren arbetade styr- och arbetsgruppen fram och testade enkäter.

April- maj: enkäter sändes ut till olika verksamheter (se bilaga)

Juni-september: enkäter insamlades och databearbetning inleddes

Oktober-december: en första sammanställning gjordes av enkäterna. Referensgruppen tog del av sammanställningen och gav synpunkter vid möte i november.

2006:

Kartläggningen bearbetades ytterligare

Ett första utkast görs nu till en handlingsplan med riktlinjer för hälsofrämjande/ förebyggande insatser samt vårdprogram för behandlande arbete.

Fyra regionala konferenser under april och maj genomförs för dialog kring kartläggning och utkast.

Under andra delen av 2006 skall slutrapporter för de första tre årens arbete göras.

Arbetet har rapporterats till Västkom, sektorsråden, regionens hälso- och sjukvårdsplaneringsgrupp, Folkhälsokommittén samt andra politikergrupperingar.

Metod

Elva frågeformulär, olika för varje verksamhet, utarbetades. Några frågor blev gemensamma för flera enkäter. Enkäterna testades i verksamheterna och distribuerades under april 2005 enligt Tabell 1 (se bilaga om antal utskick och svar). Enkäterna riktades i vissa fall till samtliga enheter inom en verksamhet och i andra fall slumpades utskicket. Distributionen gjordes via centrala samordningsenheter eller direkt.

Enkäterna besvarades i första hand via en webbapplikation. Det fanns även möjlighet att besvara enkäten i pappersform. Påminnelser utgick i maj 2005 och insamling av svar avslutades i juni 2005. Bearbetning och analys av det insamlade materialet pågick under hösten 2005 och tidig vår 2006. Analyserna gjordes utifrån tre perspektiv: hälsofrämjande, förebyggande och behandlande.

Nedan visas enkätsvarens fördelning över de olika geografiska områden som hälso- och sjukvårdsnämnderna svarar för. Orter är postnummerorter inom dessa. Antal entäksvar från folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare, från skolor, skolsköterskor, BHV och vårdcentraler används som exempel.

HSN	Orter	Enkäter totalt	Enkäter från Folkhälso- planerare	Enkäter från skolorna
1	6	61	6	11
2	5	44	4	10
3	4	111	4	11
4	5	85	4	19
5	9	122	3	30
6	4	54	4	9
7	4	76	3	9
8	6	127	6	16
9	7	93	6	14
10	8	129	7	18
11	7	78	5	1
12	6	81	7	5

HSN	Enkäter från skolsköterskor	Enkäter från BVC	Enkäter från vårdcentraler mm
1	8	7	13
2	7	6	6
3	13	37	8
4	25	12	11
5	40	18	8
6	22	7	7
7	20	21	12
8	38	22	18
9	11	24	6
10	22	32	9
11	34	15	5
12	32	7	9

Resultat

Hälsofrämjande arbete i kommunerna

Folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare (59 svar av 69)

Av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna uppger majoriteten (50/59) att den ökande förekomsten av övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordningen i kommunens arbete.

Endast ett fåtal (7/59) uppger att de har ett handlingsprogram, men cirka hälften anger att de har påbörjat ett arbete med att ta fram ett handlingsprogram. Över hälften (37/59) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna säger att det pågår projekt inom området och var femte kommun/stadsdel har planer på att starta sådant arbete.

Endast var fjärde kommun (15/59) har någon form av utvärdering av projekt eller insatser. Uppföljning/utvärdering planeras i många fall (23/59).

Hälften av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna har tillgång till statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Majoriteten (45/59) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna samverkar med andra enheter utanför den egna förvaltningen kring dessa frågor.

Förskolorna (78 svar av 130 slumpvis valda)

I förskolan arbetar en majoritet (57/78) med att förebygga uppkomst av övervikt.

Beträffande policy/handlingsprogram svarar merparten att de saknar detta för hur bemöta och informera barn (63/78), föräldrar (58/78) och personal (50/78). Cirka en fjärdedel anger att de har policy.

Drygt två tredjedelar (53/78) har svarat att det finns rekommendationer/riktlinjer för vad som lämpligen kan servas som mellanmål på förskolan.

Merparten (68/78) svarar positivt på frågan om barnen får minst en timmas fysisk aktivitet per dag.

Enbart en femtedel (15/78) av förskolorna samverkar med andra utanför den egna förvaltningen i dessa frågor.

Skolorna (165 svarade, drygt hälften av dessa för grundskola och resterande för gymnasiet av 260 slumpvis utvalda rektorer).

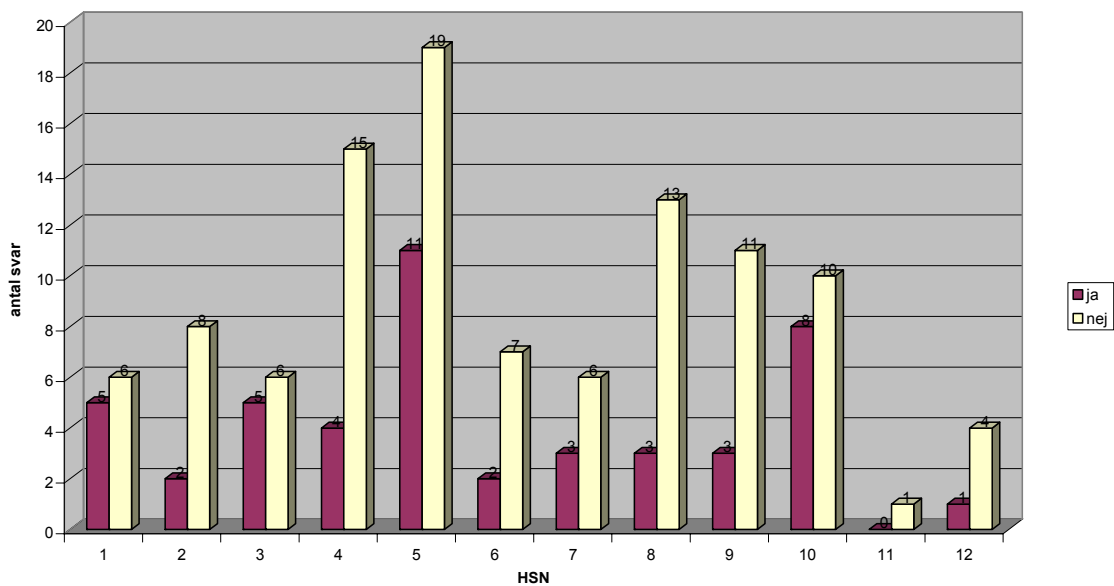
Hälften av rektorerna i de tillfrågade skolorna angav att de arbetar med att motverka övervikt i skolan. Andelen var högst på lågstadiet. Man arbetar främst med fysisk aktivitet (50/165), därefter med beteendeförändrande metoder (23/165) samt i liten utsträckning med kost (8/165).

I de flesta fall saknas en policy för att bemöta och informera i det hälsofrämjande arbetet, avseende såväl elever (129/165), som föräldrar (141/165) och personal (132/165)

”Vad säljs i skolcaféerna?” Svar från 78 skolor gav följande bild:

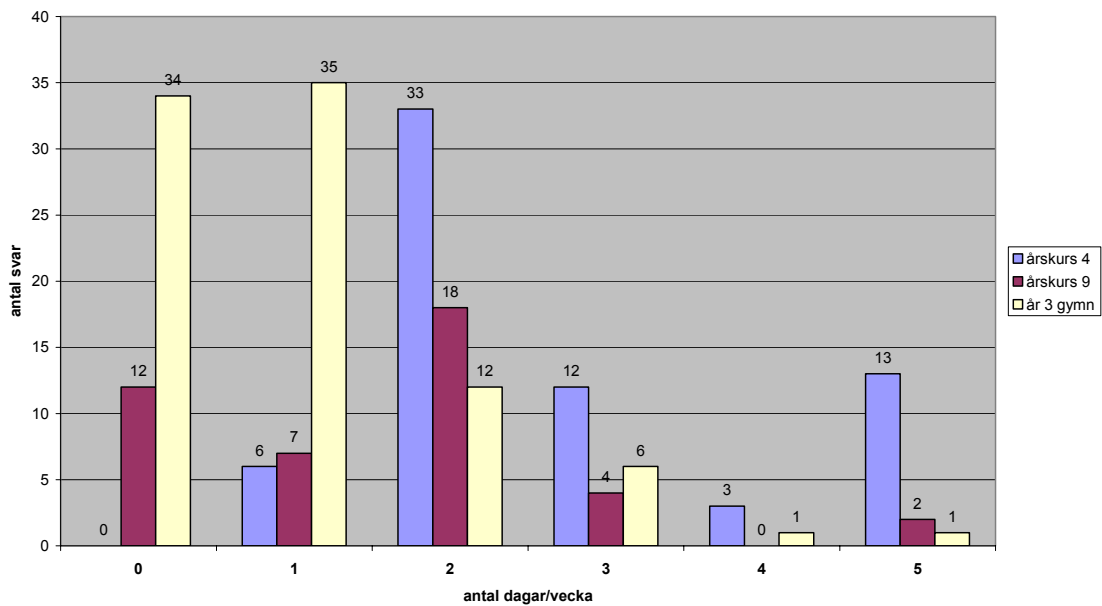
Frukt	75
Smörgås	71
Bullar/kakor	60
Läsk	54
Godis	51
Yoghurt	46
Annat	36
Har läsk+godis+kakor+ yoghurt	26
Har ej läsk/godis/kakor/yoghurt	6
Har inget av det vi frågar om	1
Har rektor rekommendationer?	44 ja

Säljes läsk på skolcaféet?
SGR



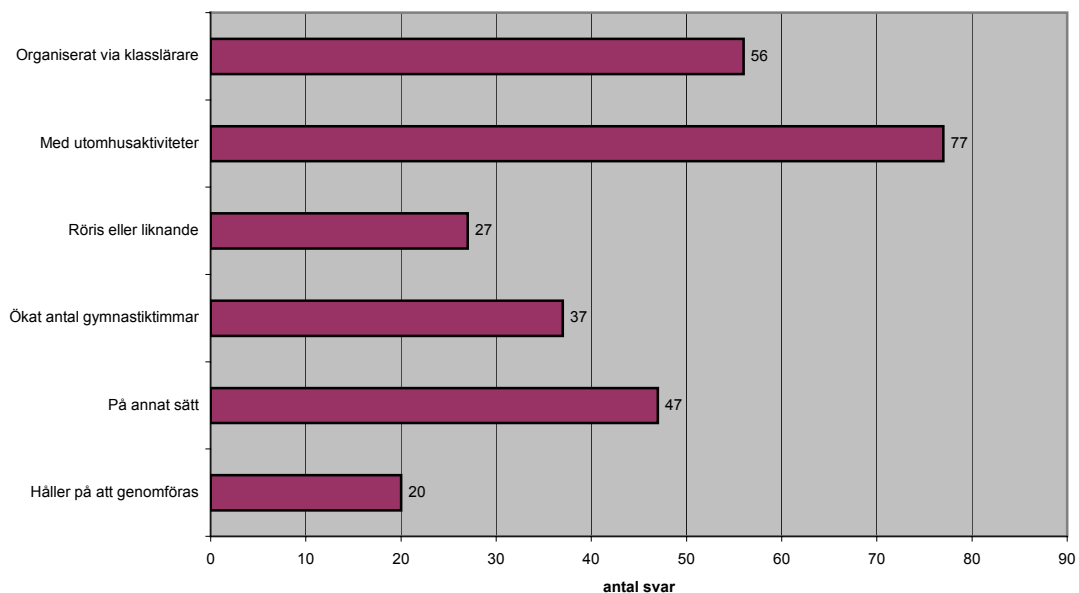
Nedan är svaren om antal dagar per vecka med schemalagd fysisk aktivitet i grundskola och på gymnasiet (antal anges på y-axeln):

Finns det i skolan schemalagd fysisk aktivitet för elever i årskurs 4/ årskurs9/ år 3 på gymnasiet?



Genomförande av läroplanens nya riktlinjer för fysisk aktivitet sker så här:

Läroplanens nya riktlinjer för fysisk aktivitet genomförs enligt nedan (flera svarsalternativ , 165 svar):



Samverkan med andra utanför den egna förvaltningen förekom hos en tredjedel (49/165).

Kostansvariga i kommunerna (43 svar av 57)

Två tredjedelar (29/43) svarade att de deltar i arbetet med att förebygga uppkomst av övervikt hos eleverna. (t ex genom matråd eller kostgrupper, erbjuda tallriksmodellen till lunch, bra frukost och mellanmål på fritids, föreläsningar och dialog med elever och personal inklusive skolhälsovården).

Majoriteten (36/43) av kostcheferna svarar att man arbetar på att öka förståelse av kostens betydelse för elevernas hälsa. (Mestadels sker detta via föreläsningar och information och medverkan i skolans arbetsplatsträffar).

Merparten (37/43) saknar kompetensutvecklingsplan för detta arbete.

I stort sett alla (41/43) anser sig följa Livsmedelverkets riktlinjer för skollunch och riktlinjer för barnomsorgen, men enbart cirka en tredjedel (16/43) näringsberäknar skolluncherna.

Hälften (20/43) samverkar med andra utanför den egna förvaltningen om barns övervikt och fetma.

Skolhälsovård (279 svar, antal tillfrågade cirka 500)

(se även nedan under förebyggande)

Hälsosamtalen är hälsofrämjande. En majoritet (215/279) av skolorna som helhet arbetar med att påverka fysisk aktivitet och matvanor. Skolsköterskorna var delaktiga i utformandet av fysisk aktivitet i relativt liten omfattning (113/279 ja 112/279 nej).

En fjärdedel (79/279) svarade att de deltar på föräldramöten för information om kost/motion. Hög arbetsbelastning, tidsbrist, låg föräldranärvaro, många olika matkulturer och tolkbehov angavs som hinder.

Cirka hälften (128/279) svarade att de samverkar med andra utanför den egna förvaltningen.

Hälsofrämjande arbete inom regional verksamhet

Mödrhälsovård, MVC (53 svar, antal tillfrågade cirka 100)

(se även nedan under förebyggande).

MHV har i allmänhet (51/53) inte riktlinjer/handlingsplan för arbetet mot övervikt/fetma. Barnmorskorna arbetar hälsofrämjande och förebyggande i enlighet med basprogrammet som t ex med kostrådgivning.

Barnhälsovård, BVC (totalt 216 svar, antal tillfrågade cirka 270)

Det är ca 270 BVC-sköterskor (dvs. alla i regionen) som fått enkäterna via sina samordnare.

(se även nedan under förebyggande).

En fjärdedel (47/216) har handlingsplan/riktlinjer. Hälften uppger att de har allmänna åtgärder i hälsofrämjande/förebyggande syfte, bland dessa ingår att ge information om kost och motion.

Majoriteten har inte samverkan (152/216). Samverkan med andra enheter utanför den egna förvaltningen sker hos 55/216, främst med kommun, primärvård och folktandvård.

Folk tandvården (88 svar, antal utskick var cirka 100)

(se även nedan under förebyggande).

Inom barn- och ungdomstandvården bedrivs kostrådgivning till i stort sett alla. Alla får detta som hälsofrämjande/förebyggande insats, hälften i behandlande syfte vid sjukdom. I hög grad arbetar man hälsofrämjande lokalt inom området kost genom att alla ettåringar kallas till klinken och då får kostinformation. Man samverkar (76/88) också med andra aktörer, främst BHV, förskola, skola (låg- och mellanstadium). Mer sällan med följande samarbetsparter och arenor: skolmatsal, skolcafeteria, familjecentral, kommunens hälsosamordnare, apoteket, föreningar i området, föräldragrupper, kommunens dietist och andra. Tre fjärdedelar (66/88) anser att folk tandvården är en lämplig aktör i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

Hälsofrämjande arbete via hälso- och sjukvårdsnämnderna

(12 svar på 12 utsända enkäter)

Elva (av tolv) svarade att de tagit upp hälsofrämjande och förebyggande insatser i måldokument. Sju svarar att de stöder förebyggande projekt mot fetma eller stöder behandlingsinriktade insatser. Fyra svarar att uppföljning/utvärderingar av insatser görs, två att detta planeras. Fem svarar nej på frågan om uppföljning/utvärderingar.

Förebyggande perspektiv

Mödrahälsovården (53 svar, antal tillfrågade cirka 100)

Majoriteten (51/53) saknar handlingsplan och riktlinjer för arbete mot övervikt och fetma hos gravida. Tre MVC svarar att de har speciella projekt inom området.

Alla tar viktuppgifter, men längd mäts inte alltid. Bedömning om övervikt eller fetma föreligger görs med hjälp av BMI (41/53). Ungefär hälften (24/53) uppger att de bedömer övervikt och fetma genom att "se på" den gravida. Här har alltså dessa båda svarsalternativ använts av vissa, troligtvis dem som använder båda metoderna.

Statistik på gravidas längd och vikt skickas oftast (39/53) in till det nationella registret, några 'nej-svar' förekom inte.

De flesta försöker förebygga övervikt hos gravida (51/53), oftast med kostinformation (46/53). Färre ger råd om fysisk aktivitet (31/53) och beteendeförändring (4/53). Endast ett fåtal gör riktade insatser (8/53) till gravida kvinnor med övervikt.

Samverkan med andra enheter utanför den egna förvaltningen förekom sällan (14/53).

Barnhälsovården (totalt 216 svar, antal tillfrågade cirka 270)

De flesta saknar handlingsplan/riktlinjer eller rekommendationer för arbete mot övervikt och fetma hos barn (47/216 har, 157/216 har ej).

På BVC mäts längd och vikt på alla barn regelmässigt vid 1½, 4, och 5½ års ålder. BMI räknas inte ut regelmässigt (2/216 ja-svar) och BMI används inte för att se om barn har övervikt (9/216) / fetma (19/216). Metoden som används av nästan alla är att se på skillnaden i avvikelserna mellan längd och vikt på tillväxtkurvan. Relativt få (37/216) anger att mätningarna finns i datoriserad form. Även där datoriserade hälsojournaler finns saknas i tillväxtkurvan tillgång till BMI.

Hälften anger att de utför allmänna förebyggande åtgärder mot övervikt (114/216 ja, 96/216 nej). Endast en tredjedel (68/216) anger att de har riktade insatser mot utveckling av övervikt. Dessa sker via individuella kontakter (58/216) med föräldrar eller med föräldrar och barn, eller mindre ofta gruppvis (27/216). Om fetma identifieras ordnar de flesta besök till sin BVC läkare eller remitterar till dietist eller barnläkare.

Det är sällsynt med insamling av gemensam statistik av längd, vikt eller BMI (9/216 svarar att det görs)

Majoriteten har inte samverkan (152/216). Samverkan med andra enheter utanför den egna förvaltningen sker hos 55/216, främst med kommun, primärvård och folktandvård

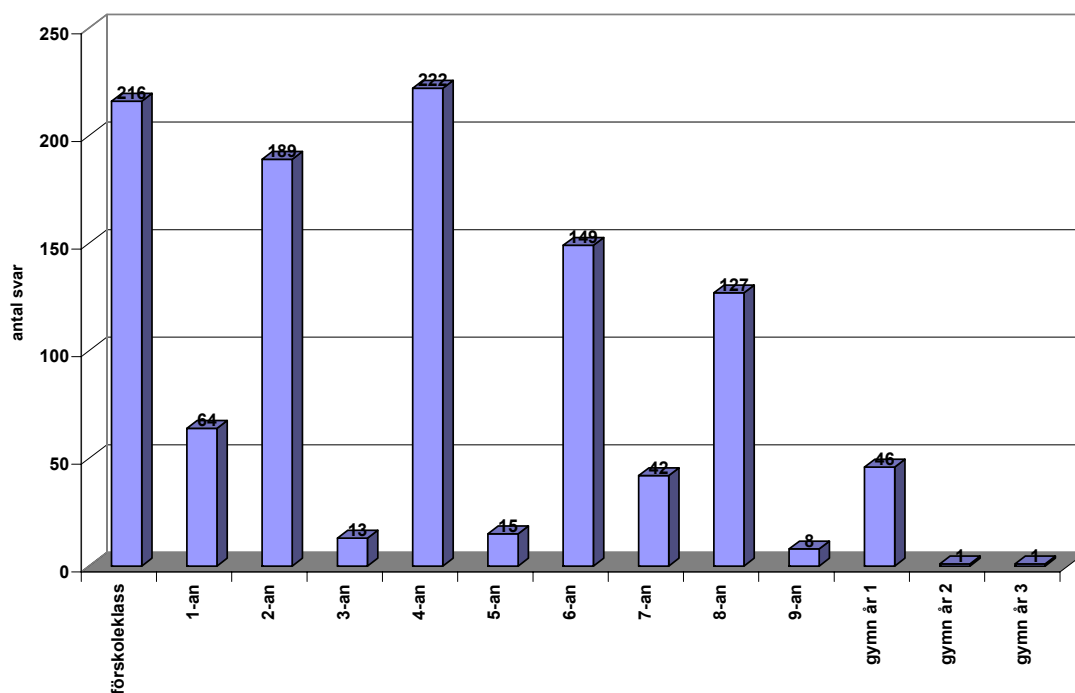
Förebyggande arbete via skolhälsovården (279 svar, antal tillfrågade cirka 500)

Eleverna vägs och mäts regelbundet (se nedanstående figur) inom skolhälsovården. Hälsobesök för alla barn sker i förskoleklass, åk 2, 4 och 8, i vissa fall även i åk 6 och 7. Endast en fjärdedel (68/279) av de svarande har tillväxtuppgifterna i datoriserad form och enligt 78/279 svar sammanställs dessa data i årsrapporter och liknande. Till skillnad mot barnhälsovården, innehåller den datoriserade skolhälsovårdsjournalen och pappersjournalen BMI-kurva.

Exempel på sammanställning av tillväxtdata: I Borås och Strömstad samlar man varje år in statistik över alla 10-åringars (åk 4) BMI för att rapportera i det årliga välfärdsbokslutet i kommunen. Uppgifterna som lämnas dit är hur många elever som har ett BMI mellan 20- 24,99 och hur många som har ett BMI över 25. Liknande sker i Göteborgs SDN med data från förskoleklass, åk 4, åk 7/8 och år 1 gymnasium (se även referens 1 som bygger på denna typ av data).

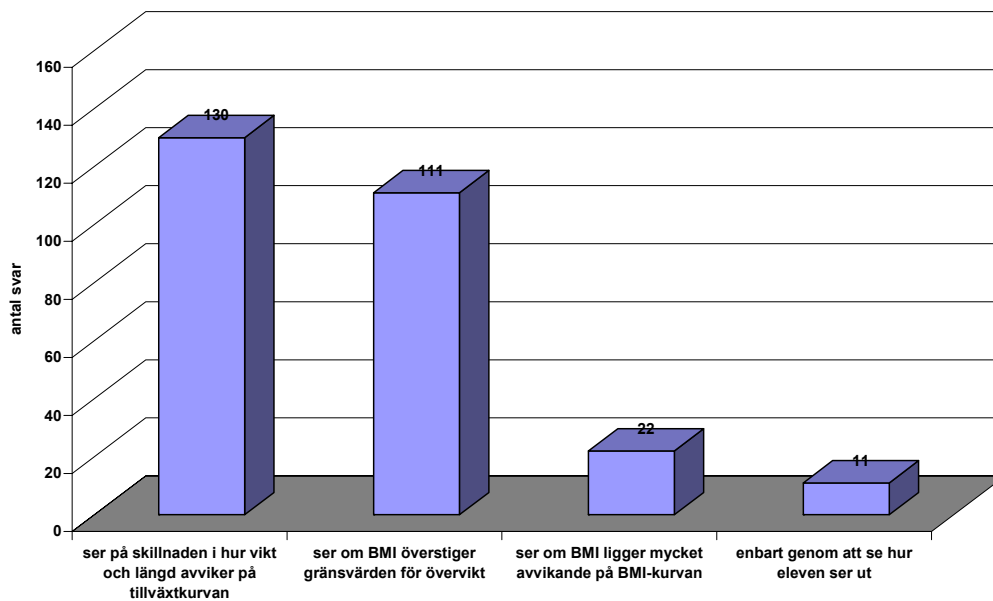
Figurerna illustrerar svar kring tillväxtuppgifter (antal på y-axeln)

I vilka årskurser vägs och mäts alla elever?



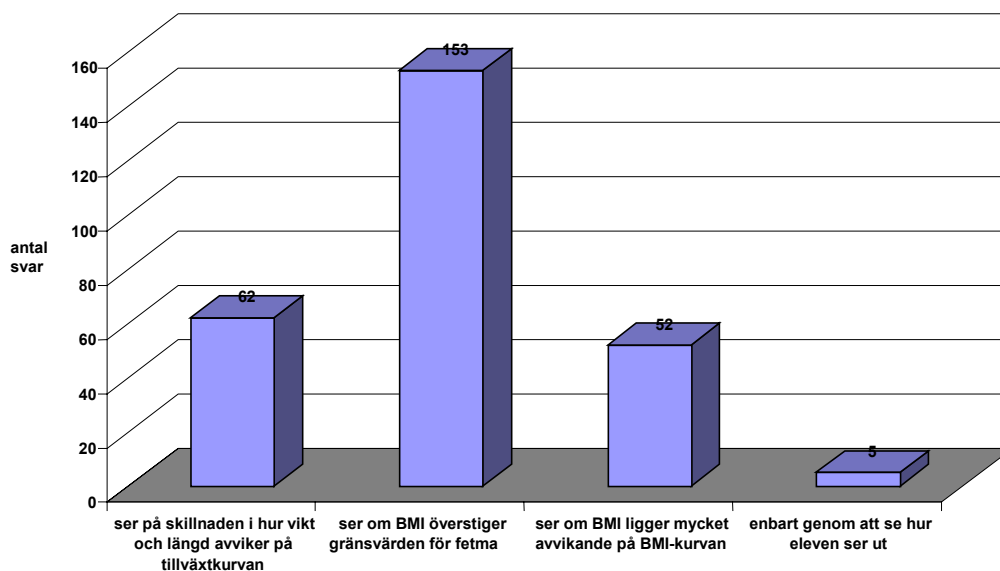
”Hur avgör man i skolhälsovården om en elev har övervikt?” besvarades enligt nedan (antal svar på y-axeln):

Hur avgör du om en elev har övervikt?



”Hur avgör man i skolhälsovården om en elev har fetma?” besvarades enligt nedan (antal svar på y-axeln):

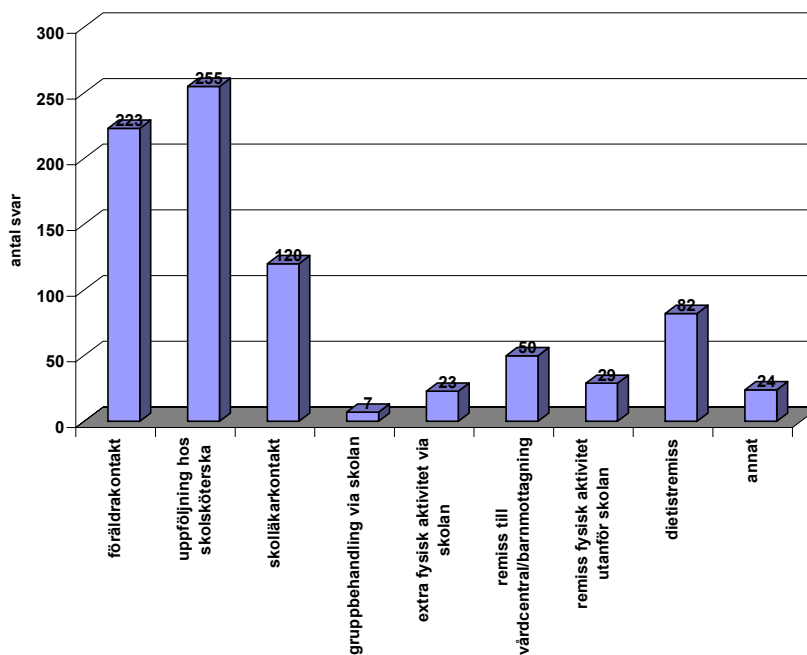
Hur avgör du om en elev har fetma?



De flesta (194/279) svarar att de arbetar med att förebygga övervikt. De kan i allmänhet följa upp barn med övervikt (267/279) eller fetma (264/279). Besök var tredje månad, kost och motionsråd på individnivå till barn och föräldrar var de tre vanligaste åtgärderna som markerats. Sällan (9/279) fanns stödgrupper för barn med övervikt eller fetma.

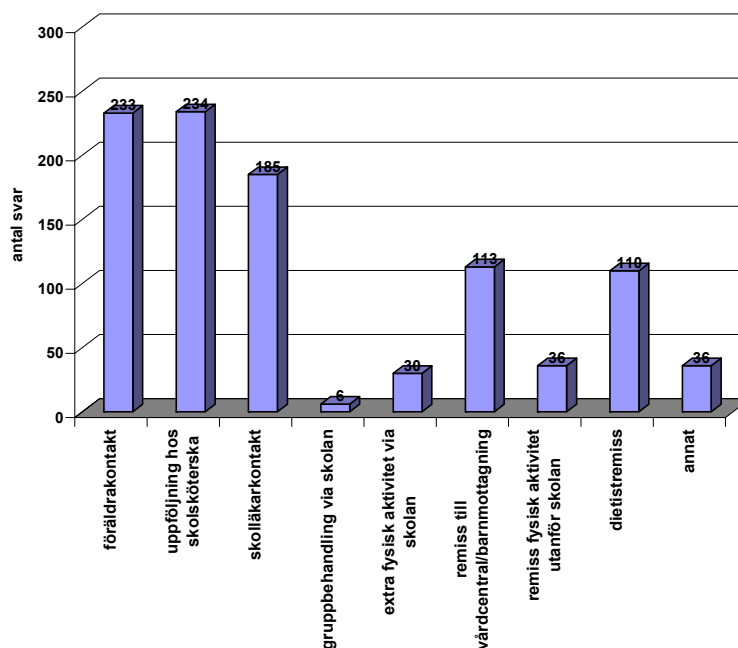
I nedanstående figur visas vilka åtgärder som förekommer i skolhälsovården för elever med övervikt (antal svar på y-axeln)

Vidtas åtgärder för de elever som bedöms vara överviktiga?



I figuren nedan visas de åtgärder skolhälsovården använder för elever med fetma (antal svar på y-axeln):

Vidtas åtgärder för de elever som bedöms vara feta?



Nära hälften samverkar (128/279) med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma.

Förebyggande arbete inom folktandvården (88 svar, antal utskick var cirka 100)

Den absoluta majoriteten anger i svaren att de i sina måldokument tar upp hälsofrämjande/förebyggande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Kostråd ges i hälsofrämjande/förebyggande syfte. Man arbetar för att minska intag av godis och läsk.

En tredjedel (28/88 ja, 59/88 nej) svarade att de arbetar/inte arbetar förebyggande vid övervikt. De flesta (76/88) anser att folktandvården är en lämplig aktör i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma.

Behandlande insatser

Enkäter gick till läkare och sjuksköterskor vid 114 slumpvis utvalda vårdcentraler (VC), till alla 24 befintliga barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUM) samt till personal (oftast barnmorska) vid samtliga 47 ungdomsmottagningar (UM). Svar har inkommit från 115 enheter, varav 66/114 vårdcentraler, 15/24 barn och ungdomsmedicinska mottagningar och 34/47 ungdomsmottagningar.

Diagnos och statistik

Tillväxtbedömning ingår i den allmänna medicinska bedömningen. Längd och vikt kontrolleras sällan som rutin, utan på speciella indikationer (63/114 svar). Vid BUM svarade hälften att de gjorde mätningar vid alla besök.

Längd och vikt läggs inte in rutinemässigt i tillväxtkurvan (54/111 'nej-svar'). En minoritet (8/111) räknar alltid ut BMI-värdet. Man använder dessa verktyg bara på speciella indikationer, 25/111 använder då längd- viktkurva och 82/111 använder BMI.

På frågorna hur man avgör om ett barn har övervikt (de översta fyra raderna) eller fetma (de fyra nedre raderna) blev svaren enligt tabellen:

	<i>Längd och viktmaßen i tillväxtkurvan används</i>	BMI ligger över gränsvärden	BMI högt	Se på barnet
BUM	3	9		3
UM		15	14	3
VC	21	11	10	17
Totalt vid övervikt	24	35	24	23
BUM	2	10	1	2
UM		17	11	4
VC	16	18	15	12
Totalt vid fetma	18	45	27	18

Diagnoskoden (enligt Socialstyrelsen) E66.0 eller E66.9 används sällan (26/105). 15/112 svar anger att det finns statistik på längd och vikt eller BMI, varav 12 ligger i datoriserad form.

Behandlande insatser

På frågan om mottagningar tar emot för behandling svarade 33/114 att de tar emot och 79/114 att de **inte** tar emot. 13/15 BUM tar emot, 2/15 inte, 22/66 VC tar emot, 44/66 inte, 1 UM tar emot, 33/34 gör det inte. Det antal barn som gick på mottagningen för behandling var relativt få: 0 till 10 barn hos 38/63 svar, 10-30 barn hos 23/63 samt över 100 barn hos 2/66; de som ej svarade här har sannolikt få eller inga barn under behandling.

Mottagning för läkare (35/115), för sjuksköterska (32/115) samt för dietist (34/115) är de tre vanligaste typerna av mottagning där behandling sker. Det finns 8 enheter som anser att de har behandlingsteam i VGR enligt enkäten. Bemanningen av teamen varierar mycket. Vanligen ingår där läkare, sjuksköterska, dietist och sjukgymnast, sällan beteendevetare.

Behandlingens innehåll är nästan enbart livsstilsinriktad behandling, dvs. råd om kost och fysisk aktivitet. Gruppgympa och gemensam matlagning förekommer. Få använder farmaka. Kognitiv beteendeterapeutisk behandling verkar inte förekomma vid mottagningarna.

79/102 har möjlighet att remittera för vidare behandling, medan 20 anger att de inte har denna möjlighet. På frågan om man känner till andra enheter med behandlande insatser svarade 50/111 nej och 48/111 ja. De positiva svaren gällde barnmottagningar, ”Rundabarnteamet” samt ätstörningsenheter.

Vårdprogram saknas enligt enkäten hos den absoluta majoriteten (107/114). Vissa enheter har dock en egen klar modell för sitt arbete (Alingsås, ”Rundabarnteamet”). Beträffande samverkan svarar majoriteten (70/110) att de samverkar. Det är främst med skolhälsovård, barnavårdscentral eller med medicinska mottagningsverksamheter. Dietist är den vanligaste yrkesgruppen man samverkar med utöver dessa. De flesta mottagningarna anger att de har någon att remittera vidare till (73 ja 20 nej).

Man svarade i enkäten med namn och adress på totalt 25 kontaktpersoner.

Primärvårdsområdeschefer

Eftersom endast 3 av 9 primärområdeschefer lämnat in svar har vi valt att inte redovisa dessa.

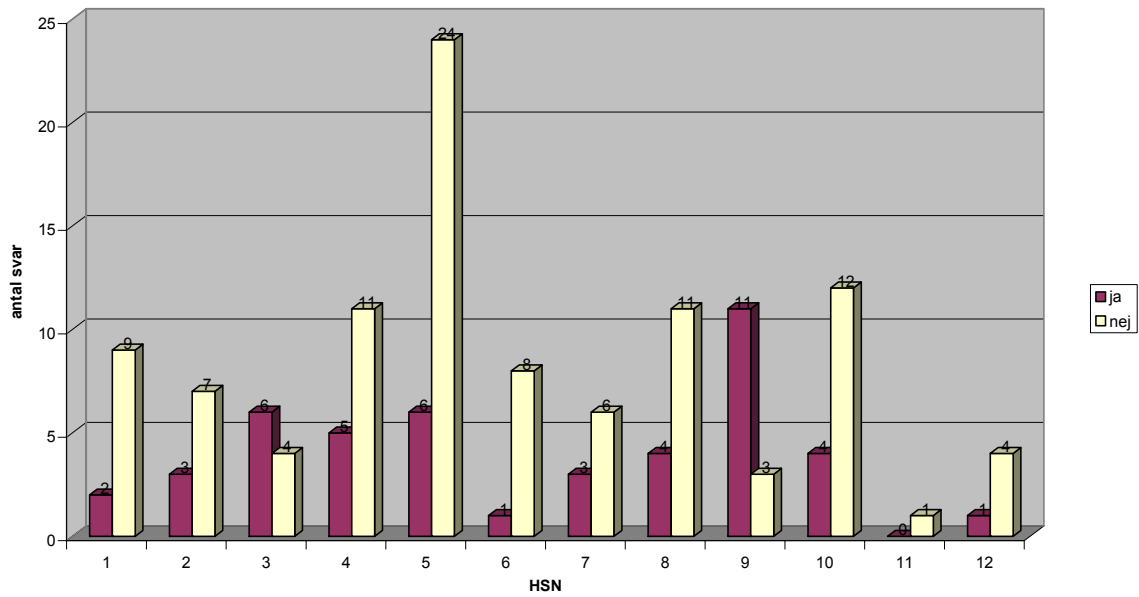
Geografiska likheter och olikheter

(se bilaga över hälso- och sjukvårdsnämndernas områden)

De olika verksamheterna inom de 12 hälso- och sjukvårdsnämndernas geografiska områden har i de flesta fall lämnat mycket likartade svar på frågorna i enkäten och mönstret motsvarar det som redovisas ovan. Svar som var olika geografiskt visas nedan i de fall antalet svar var stort nog för att ge en uppfattning om skillnader.

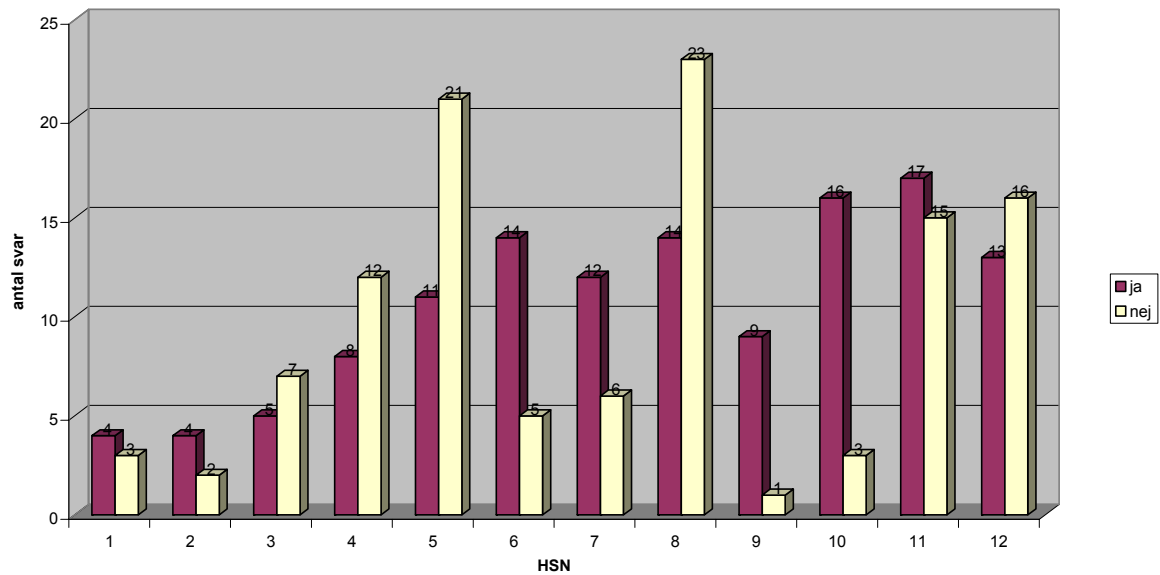
Skolornas (rektorer) svar rörande samverkan:

**Samverkar ni med andra utanför egen förvaltning?
SGR**



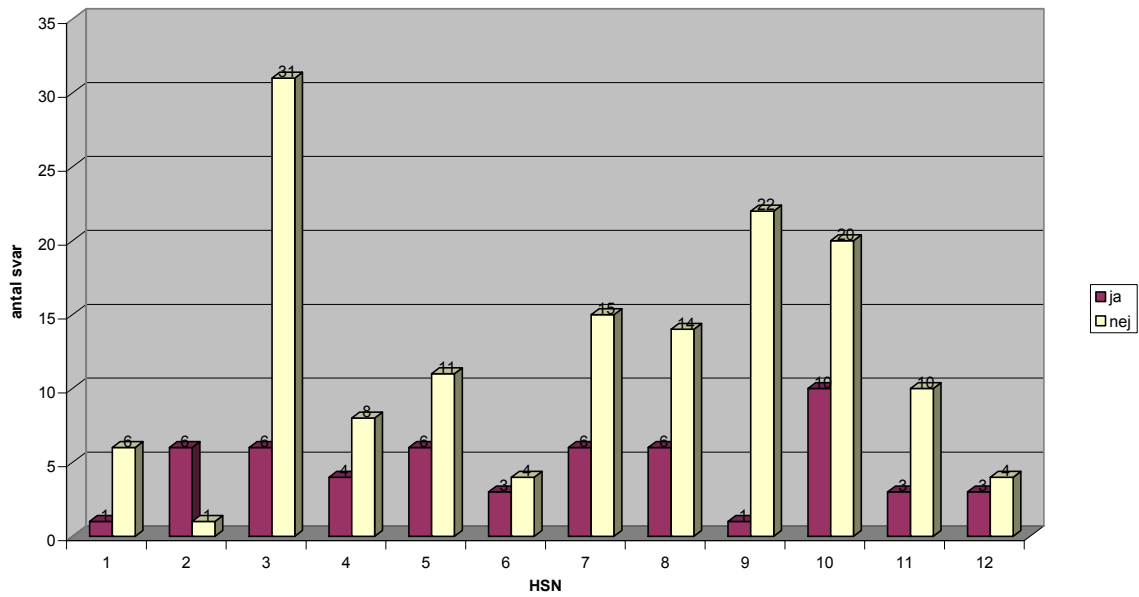
Skolsköterskornas svar om samverkan för olika HSN:

**Samverkar ni i ert arbete med andra ?
SSK**



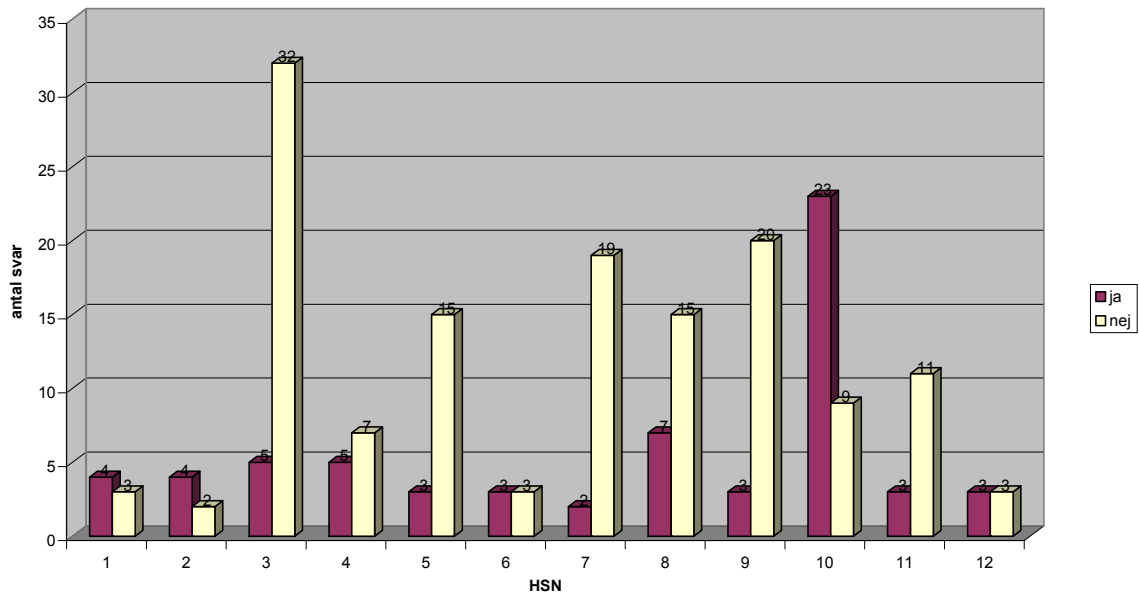
Barnvårdscentralernas svar om samverkan i olika HSN områden:

**Samverkar ni i ert arbete med andra ?
BVC**



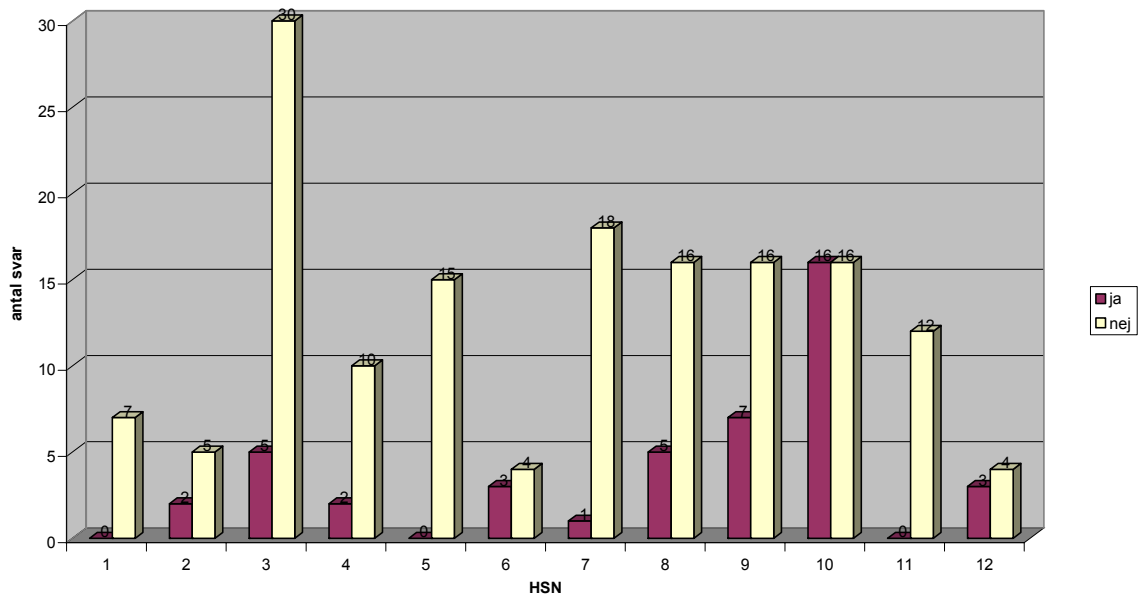
Riktade åtgärder mot övervikt och fetma vid BVC:

**Finns riktade åtgärder på din BVC mot utveckling av övervikt?
BVC**



Förekomst av handlingsplan på BVC för åtgärder mot övervikt:

**Finns det handlingsplan för arbete mot övervikt?
BVC**



Lokala exempel från kommuner och inom regionen

Exempel på hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i olika kommuner

- Herrljunga: har ett kostpolitiskt program.
- Biskopsgården: arbetar med fysisk aktivitet, kost och tänder
- Tynnered: Har många olika mål som berör temat i sin folkhälsoplan allt från mödrahälsovården till planering av cykelbanor.
- Götene: Folkhälsorådet prioriterar goda matvanor.
- Falköping: Har ”Gurkburken”.
- Trollhättan: Ett övervikts- och fetmaprojekt i samarbete mellan skolhälsovård, folkhälsoråd och NU-sjukvården.
- Kortedala: Ett projekt mellan primärvården och stadsdelen. ”Första steget” är ett livsstilsprojekt på förskolorna. Hälsofrämjande arbete med BHV, skola, idrottsrörelse, föräldrar med flera.
- Skövde: Handlingsplan för överviktiga barn, med kommunen, för att förebygga och tidigt upptäcka, ta fram en policy, ha en manual på skolorna. Skolsköterskorna skall hålla i detta.
- Karlsborg: har haft ett rådslag med befolkningen om matglädje för barn och unga.
- Strömstad: har en handlingsplan för alla barn, för runda barn och för större runda barn, föräldrar och olika yrkesgrupper inom skola och primärvården samt BUP.
- Mölndal: (Kållereds BVC) har en samtalsguide som används vid samtal om mat och vikt.
- Göteborgs stad: (SDN Torslanda) har ett utbildningsprojekt för skola, MVC/BVC, förskolelärare, kockar och lärare i skolan. Det skall sen leda till fler studiecirkel för bl.a föräldrar.
- Gullspång: har ett handlingsprogram mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Exempel på insatser som hälso- och sjukvårdsnämnderna (HSN) arbetar med:

- Alla 12 HSN arbetar med samverkansprojektet Mål i mun inom folktandvården och barnhälsovården.
- HSN 1 Goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.
- HSN 2 Främja goda matvanor och ökad fysisk aktivitet och minska andelen överviktiga.
- HSN 3 Nämndens mål att främja goda matvanor och fysisk aktivitet, i synnerhet för barn.
- HSN 4 Metodutveckling i Kungälv primärvård för att förebygga övervikt och fetma hos barn 2005-2006 och framåt. Utveckla strategi för att främja goda matvanor hos barn genom föräldrakontakten på MVC och BVC för att förebygga övervikt och fetma.
- HSN 5 Hälsofrämjande befolkningsinriktade insatser för barn och unga med inriktning på sund kost och ökad fysisk aktivitet.
- HSN 6 Permanenta sitt ”rundabarnsteam”.
- HSN 7 Två dietisttjänster inom samtliga tre kommuner på barnmottagningarna. En av dessa skall samverka med MHV, BHV och kommunens förvaltningar. Primärvårdens sjukgymnaster arbetar med motion på recept för barn och unga som har övervikt.
- HSN 8 Vårdprogram finns på barnmottagningen i Skene.

- HSN 9 Handlingsplan för barn och ungdomar som har övervikt och fetma.
- HSN 10 Handlingsplan för barn och ungdomar som har övervikt och fetma.
- HSN 11 Hälsöfrämjande befolkningsinriktade insatser för barn och unga kring sund kost och ökad fysisk aktivitet. I samverkan mellan kommunen och skolhälsovården utvecklas förebyggande insatser mot fetma. Projektet RUN genomförs av BK Häcken för minskad övervikt och ökad fysisk aktivitet.
- Livsstil för hälsa i Torslanda, ”Viktiga barn”.
- FYSS/FaR på Lundby badet för barn som har övervikt.
- HSN 12 Projekt ”Jämvikt” är ett uppdrag att utveckla metoder för att förebygga övervikt och fetma i hela befolkningen i Primärvårdsområde Öster i Göteborg. Projektet ”Kom igång”, FYSS/FaR för barn som har övervikt och fetma.

Exempel på behandlande insatser som har/har haft regionalt stöd

Fartvind: en regional behandlingsstudie där Trollhättan, Alingsås, Skövde och Göteborg deltar. Gemensamma rutiner för diagnostik, behandlingsinsatser och arbetsverktyg skapas. Utvärdering sker gemensamt.

Matklubben i Trollhättan: samverkan mellan kommun och länssjukvård.

Alingsåsmodellen där remisskriterier spaltats upp och en modell finns för strukturerat omhändertagande.

Göteborg. Här finns gruppbehandling för barn i åldern 4-6 år. Rekrytering sker från screenigundersökningar vid BVC eller skola. Läkare och dietist svarar för ett strukturerat omhändertagande. Arbetet kan ses som både preventivt och behandlande.

Analys

Hälsofrämjande insatser

Folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare

Ökande övervikt och fetma hos barn och ungdomar är ett problem som har beröring med hela samhället, det är en tvärsektoriell folkhälsofråga.

Folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare har en strategisk funktion. Nästan alla har tagit upp frågan om barn/ungdomar som har övervikt och fetma i kommunernas arbete.

Policy och handlingsprogram finns endast hos ett fåtal, men arbete har påbörjats i många kommuner. Detta kan spegla att frågan är relativt ny och en struktur för hur arbetet skall läggas upp saknas. Arbete med kartläggning och riktlinjer i VGR, som denna rapport är en del av, är ett viktigt underlag för kommunerna.

Folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna samverkar i hög utsträckning. Detta är en del av deras arbete. Funktionen som 'spindel i nätet' inom kommunen är i frågan om att förhindra uppkomsten av övervikt och fetma speciellt betydelsefull.

Förskola

Förskolan når de flesta barn. Merparten av förskolorna arbetar med frågan om barn som har övervikt och fetma men nästan alla saknar policy för arbetet. Det är risk för att insatserna inte blir optimala när struktur saknas.

Fysisk aktivitet är ett område som förskolorna arbetar med i sitt hälsofrämjande arbete.

Inte alla känner till Livsmedelsverkets rekommendationer för mellanmål. Om de används kan vi inte avgöra utifrån enkäten. I kommentarerna framgår att en del

förskolor har svarat att de blivit mer medvetna om mellanmålens/kostens betydelse. Detta kanske beror på den allmänna debatten kring barn som har övervikt och fetma? Få

samverkar med andra för att förebygga barnfetma och övervikt. Samverkan är önskvärd av många skäl så att den hälsofrämjande potentialen i förskolorna används fullt ut. Skall detta komma till stånd måste ledningen, som är ytterst ansvarig för organisering av verksamheten, ta upp denna fråga. God samverkan med BHV är speciellt angelägen.

Skola

Hälften av skolorna arbetar med att motverka utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Detta sker mest på lågstadiet. Man arbetar främst med fysisk aktivitet och i liten utsträckning med kosten. Det är oroväckande att se att eleverna får allt mindre möjlighet till schemalagd fysisk aktivitet ju äldre de är. Ungefär hälften av de svarande rektorerna angav att elever i år 3 på gymnasiet hade 0 timmar fysisk aktivitet per vecka! Eftersom yngre barn har en högre spontan aktivitetsnivå är det mer angeläget med schemalagd fysisk aktivitet för äldre elever för att stimulera dem till ökad fysisk aktivitet. Policy saknas för bemötande och information när det gäller elever som har övervikt och fetma. Även policy för bemötande av och information till föräldrarna saknas. Detta är ett oroväckande scenario: skolorna är en mycket viktig miljö för barn och ungdomar. Uppgiften att på alla sätt (kost, fysisk aktivitet och beteende) arbeta för att motverka övervikt och fetma hos barn och ungdomar är av avgörande betydelse för att hindra den negativa utvecklingen. Här behövs ett utvecklingsarbete. Skolcaféerna serverar ofta energitäta och söta produkter och få skolor har rekommendationer/policy för vad som bör finnas på skolcaféet. Det är viktigt att fundera över vilka elever som handlar de onyttiga produkterna på skolcaféet. Det är intressant att jämföra med skolornas tidigare synsätt kring rökning: rökrutor fanns som ett tecken på acceptans av denna ovana. Nu finns en annan attityd som är allmänt accepterad.

Några kommuner har följt läroplanens för det obligatoriska skolväsendets rekommendationer (Lpo 94, tillägg 2003) där det står: ”Skolan skall sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet inom ramen för hela skoldagen.” I läroplanen för de frivilliga skolformerna (Lpf 94) står att ” Skolan skall uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågorna och sträva efter att ge gymnasieeleverna förutsättningar att regelbundet bedriva fysisk aktivitet”. Strömstads kommun är ett exempel på detta där den lokala utbildningsnämnden som tagit beslut i enlighet med detta.

Skolhälsovård

Skolhälsovården träffar alla barn och ungdomar och dess roll i hälsofrämjande och förebyggande arbete är central. Enligt enkäten sker hälsosamtal med alla elever i förskoleklass, år 2, 4, 8 och år 1 gymnasiet. I vissa fall medverkar skolsköterska i föräldramöten och talar om kost och motion. Skolsköterskan tycks bara till del vara anlitad som resurs i hur skolan som helhet arbetar med kost och fysisk aktivitet. Skolhälsovårdens roll inom dessa områden förefaller vara viktig att förstärka och intensivifiera så dess kompetens tillvaratas på ett optimalt sätt. Dessutom är det viktigt att stärka skolhälsovårdens samverkan med andra utanför den egna förvaltningen. Det gäller bl. a. primärvård, andra kommunala förvaltningar och idrottsföreningar. Sådan samverkan betyder bl.a. ett bredare arbetssätt för att nå optimala resultat när det gäller att motverka utveckling av övervikt och fetma.

Kostansvariga

Kostansvariga arbetar hälsofrämjande och förebyggande mot övervikt och fetma hos elever. En attraktiv och hälsosam skollunch är en viktig fråga för elevernas hälsa och detta kan och vill kostcheferna åstadkomma enligt många av kommentarerna i enkäten. De kostansvariga utgör en viktig resurs i kommunen som nu inte får maximalt stöd: merparten saknar kompetensutveckling för detta arbete. Det är anmärkningsvärt att mindre än hälften näringsberäknar skollunchen, möjligen på grund av brist på tid eller andra hinder. Frågor som berörs i enkäten där de kostansvariga bör engageras är vad som serveras på cafeterierna i skolan och vem som bestämmer över deras utbud. Vidare vad som gäller serveringen av sockerhaltiga produkter i förskola och vid mellanmål på fritids. Hälften av de kostansvariga svarar att de samverkar med andra i arbetet med att servera en god och nyttig kost för en bra hälsa hos barnen. En strategi för bättre samverkan måste innefatta även denna yrkesgrupp.

Mödrahälsovård

I kartläggningen framkommer att det idag inte finns någon policy för det hälsofrämjande eller förebyggande arbetet med avseende på utveckling av övervikt och fetma hos det väntade barnet. Det huvudsakliga arbetet sker i de individuella kontakterna med traditionell kostrådgivning och samtal om fysisk aktivitet. Det pågår dock ett intressant utvecklingsarbete på MVC i några områden i regionen.

Barnhälsovård

Barnhälsovården har en nyckelroll i det hälsofrämjande arbetet med avseende på övervikt och fetma. Verksamheten når i stort sett alla barn före skolåldern och deras föräldrar. Hälsofrämjande arbete bedrivs vid individuella besök och samtal, samt i föräldragrupper. Innehållet i detta arbete grundar sig idag oftast inte på någon gemensam policy utan utformas utifrån personalens individuella kompetens. I kartläggningen ges dock flera exempel på ett strukturerat bemötande som kan införas och användas generellt i VGR. Barnhälsovårdens föräldragrupper kan hjälpa föräldrar till utbildning, kunskap och vara till stöd vid gränssättningsproblematik.

Folktandvården

Folktandvården har ett arbetssätt som integrera hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser. Denna koppling kan ha fördelar. De problem man ser vid sjukdom, dvs. karies, ger en anledning att ta upp förebyggande och hälsofrämjande aspekter. Folktandvården har även en ovanligt bred samverkan med andra instanser, och har bra möjligheter att främja god kosthållning för barn och ungdomar.

Andra områden

Det finns en rad andra mycket viktiga aktörer på det hälsofrämjande området som vi inte riktat enkäten till, men där kommentarer finns som berör dessa. De olika aktörerna har i många fall en avgörande betydelse för möjligheterna för barn och föräldrar att forma en hälsosam livsstil. Näraliggande exempel är kommunens planering för att få trygga och säkra gång- och cykelvägar, eller hur skolskjutsningen läggs upp: var stannar de och vilka omfattas av skjutsningen? Hur bygger och planerar kommunen nya områden och köpcentra? Skolgårdens utformning eller om det finns idrottsföreningar som tar emot alla för lek och rörelse, även de som inte vill tävla. Frågan är vidare hur man kan påverka barn och ungdomars konsumtion? Vad spenderar dagens barn och ungdomar sina pengar på? Hur kan vi få hälsotankar att påverka deras konsumtion? Hur kan man göra hemmet och skolan till stödjande miljöer? Hur kan vi påverka reklam och media?

Förebyggande insatser

Mödrahälsovård

Enkäten visar att arbetet inom mödrahälsovården ännu inte är organiserat med inriktning på de frågor som har med övervikt och fetma att göra. Om den gravida har övervikt eller fetma bedöms inte systematiskt, BMI används inte alltid och "ögat" får ibland avgöra. Råd om kost, fysisk aktivitet eller beteendeförändring varierar, vilket troligen speglar att det saknas policy eller riktlinjer för vilka allmänna och riktade insatser som bör ske. Delvis beror detta på att kunskaperna på området är begränsade och problemet med övervikt och fetma är förhållandevis nya. Ett fåtal projekt bedrivs i VGR, vilket pekar på att det finns en förståelse för att det redan före födelsen är viktigt att arbeta främjande/förebyggande med problemet. Det är viktigt att ta fram den existerande kunskapen om betydelsen av mödrars hälsa för det blivande barnet, även när det gäller utveckling av fetma och övervikt. Riktlinjer och verktyg i arbetet behövs. Vissa av de rapporterade projekten innehåller värdefulla delar som är möjliga att sprida i större skala inom VGR. Mödrahälsovården har en unik möjlighet att via sitt nationella register följa såväl graviditetens förlopp (ex längd, vikt eller rökning) liksom hälsodata på det nyfödda barnet. Detta register bör kunna användas även regionalt för vår utvärdering, vilket troligen skulle bättra följsamheten i rapporteringen. Brist på samverkan med andra enheter utanför den egna förvaltningen tycks föreligga. Orsakerna till detta är inte klara och bör studeras.

Barnhälsovård

Barnvårdscentralerna i Sverige når i princip alla barn i populationen. Det finns en stor potential för förebyggande insatser och tidig upptäckt. De flesta saknar dock riktlinjer för hur de bör arbeta, både universellt förebyggande och riktat förebyggande. Rutinerna för åtgärder vid förekomst av fetma eller övervikt varierar. Vad man skall säga och göra på detta område tycks vara en vanlig fråga. Det är viktigt att arbeta fram enkla riktlinjer för rådgivning och insatser på BVC, så att verksamhetens stora möjligheter på detta område verkligen kommer till nytta.

Tillväxtnmätningar är även de exempel på att riktlinjer behövs. Alla barns längd och vikt mäts regelbundet. För att fastställa om övervikt eller fetma föreligger måste de insamlade uppgifterna räknas om till BMI-enheter som kan jämföras med referensvärden. Detta sätt att arbeta är relativt nytt och de flesta BVC svarade i enkäten att BMI inte beräknas. Eftersom en förändring på detta område kan ske relativt enkelt och utan stora kostnader bör BMI-metoden snabbt kunna införas. Hela populationen barn kan då regelbundet screenas för förekomst av övervikt eller fetma. Det är sannolikt av stort förebyggande värde om föräldrar tidigt får ett besked om barnet har övervikt eller fetma. De har då möjlighet att själva och tillsammans med BVC-sköterskan se över om vanor och livsstil är hälsosamma och om något kan förändras. Eftersom tillväxtnmätningarna upprepas på BVC och sedan i skolan, kan uppföljning och utvärdering av screeningens värde ske. Av enkäten framgår att det nu inte finns någon systematisk insamling av de insamlade längd- och viktuppgifterna. De används mestadels på individnivå för att följa enstaka barns tillväxt. Det är viktigt att se över hur utvärderingar och uppföljning i stor skala skall komma till stånd. En datorisering kan ses som ett viktigt steg för att underlätta utvärderingar på gruppnivå med användande av tillväxtuppgifterna.

Samverkan med verksamheter utanför den egna förvaltningen sker relativt sällan. Mest naturligt vore en bred samverkan med kommunens förskolor. I skolorna ingår skolhälsovård, varför skall inte förskolan samverka på samma sätt med hälsovård för förskolebarn?

Skolhälsovård

Skolhälsovårdens regelbundna mätningar av alla elevers tillväxt innebär även den en värdefull möjlighet att identifiera barn med övervikt och fetma. Till skillnad från barnhälsovården har skolhälsovården kommit igång med att använda BMI-beräkningar, vilket krävs för att kunna bedöma förekomst av övervikt och fetma. Åtgärder som vidtas förefaller vara relativt likartade vid övervikt och fetma. Även barn med övervikt remitteras till vårdcentral, vilket borde reserveras för barn med fetma. Barn/ungdomar med övervikt bör följas upp med längd- och viktkontroller under hela skoltiden. En tolkning av diagrammet är att både skolsköterska och skolläkare har kontakt med elever med dessa problem och de kontaktar i allmänhet föräldrarna. Skolläkare eller skolsköterska remitterar efter behov till dietist, medicinsk enhet eller till speciell fysisk aktivitet. Skolsköterskan fortsätter oftast en individuell stödkontakt med eleven och ibland med föräldern. Riktlinjer och gemensamt synsätt förefaller ofta att saknas.

Att BMI används oftare vid misstanke om fetma än vid misstanke om övervikt pekar på att man ser fetma som något allvarigare, där man vill ha säkra belegg för diagnosen. Samtidigt betyder detta att man alltid startar med en preliminär bedömning, som man sedan låter mätningarna verifiera. Eftersom övervikt är svårare att identifiera på annat sätt än med BMI-mätningar, kan det finnas en risk att barn med övervikt missas. Lösningen bör vara att alla tillväxtdata räknas om till BMI-värden och att alla dessa jämförs med referensvärden. Liksom för BHV finns här möjlighet till att på gruppnivå systematiskt följa och utvärdera förebyggande insatser. En optimering av denna funktion är önskvärd, exempelvis med allmänna datoriserade hjälpmedel, goda tillväxtdiagram och standardiserade mät- och insamlingsmetoder. Möjligheten till epidemiologisk uppföljning är viktig utnyttja.

Folktandvård

Svaren här talar för att folktandvården vill ta sig an hälsofrämjande och förebyggande åtgärder mot övervikt och fetma. De har en bredare samverkan med andra än många andra enheter som besvarat enkäten. Eftersom det är orimligt att folktandvården själva

mäter längd och vikt på barn är just denna samverkan viktig. Dock måste informationen om att barnet har övervikt eller fetma gå via föräldrarna eller ske med familjens uttryckliga godkännande. Detta talar för att folktandvården har stora möjligheter att arbeta hälsofrämjande och universellt förebyggande till hela populationen barn. Insatserna kan gälla god måltidsordning, hälsosam föda och minskning av intaget av socker och godis. Detta är en ganska naturlig begränsning i insatser, men har säkerligen stor betydelse om man effektivt och konsekvent arbetar med detta.

Behandling

Mätning av längd, vikt och BMI. Det är rimligt att längd och vikt kontrolleras på speciella indikationer, beroende på orsaken/bakgrunden till besöket samt barnets ålder. På barn över två års ålder bör medicinska mottagningar alltid mäta och bedöma barns tillväxt minst en gång per år. Användning av tillväxtdiagram är det viktigaste verktyget för detta. Föräldrar till barn med fetma ser bara i undantagsfall att barnen har fetma. Vid övervikt hos barnen är 'blindheten' än mer uttalad. Även vårdpersonal har samma problem. Det är alltså bra med en skälig uppmärksamhet på om barnen har övervikt eller fetma.

Diagnostik. Det är ganska meningslöst att utföra mätningar av längd och vikt om inte uppgifterna samt BMI läggs in i tillväxtkurvor. Det är mycket osäkert att gå på 'gehör' när det gäller att bedöma tillväxt och kroppsstorlek hos barn. Denna enkla diagnostik är av avgörande betydelse för att initiera såväl förebyggande som behandlande insatser. Det är viktigt att personal som arbetar med barn inom hälso- och sjukvården har specialiserad kunskap kring detta samt adekvat utrustning så de kan bedriva denna enkla diagnostik rutinmässigt.

Användning av BMI. Att det finns BMI-gränsvärden för barn som avgränsar övervikt och fetma verkar vara känt av många vid de olika mottagningar som medverkade. Det är viktigt att alla mottagningar i framtiden arbetar enhetligt på detta område och har gemensamma metoder. Vid varje mätning av längd och vikt på barn och unga skall BMI beräknas. BMI-metoden är viktig att föra ut för generellt bruk i VGR. Det var vanligare att BMI-gränsvärden användes i högre frekvens för bedömning om fetma förelåg än för bedömning om övervikt förelåg, samma resultat som inom skolhälsovården. Egentligen är det svårare avgöra förekomst av övervikt än fetma, så BMI bör i synnerhet komma till användning där. Vårdcentralerna var de som flitigast använde tillväxtkurvan för diagnostik. Metoden bygger på att de jämför om viktens position i kurvan avviker markant från längdens. Övriga använder relativt sett BMI oftare för bedömning.

Att medicinsk verksamhet ser övervikt och fetma samt uppmärksammar det, är sannolikt en viktig signal som har betydelse ur preventiv synvinkel. Det är dock anmärkningsvärt att alla kategorier av mottagningar i viss utsträckning använder 'att se på barnet' som metod att avgöra om barn har övervikt eller fetma. Den 'blindhet' som nämndes ovan gäller även vårdpersonal. Behandlarna kan tänkas vara tveksamma att ta upp frågorna med barn och föräldrar? Diagnosen övervikt och fetma anses vara stigmatiserande, men det innebär inte att tystnad är lösningen. En viktig aspekt är att barn som har fetma eller övervikt har rätt att få möjlighet till förbättrad hälsa, och detta går bara genom att problemet uppmärksammas. Det är viktigt att finna metoder och tillvägagångssätt som hjälper personal hantera dessa frågor på ett bra sätt. Utbildning behövs i samtalsteknik inklusive motiverande samtal samt kring åtgärder för dem som identifieras ha övervikt eller fetma.

Det är viktigt att använda BMI även för att utvärdera effekten av behandlande insatser. I det praktiska arbete med barn är det även bra att räkna ut BMI: ofta har vikten ökat, men även längden och totalt har BMI gått ner, vilket kan vara uppmuntrande.

Statistik. Diagnoskoden för fetma E66.9 eller E66.0 bör användas. Det verkar enligt enkäten som man ibland räknar ut BMI och vet om diagnosen men inte bokför den. Detta är åter ett ämne att ta upp i utbildningar. Det är viktigt att alla medicinska mottagningar i VGR som arbetar med barn och ungdomar bokför sina insatser på detta område så statistiska sammanställningar och andra utvärderingar kan komma till stånd. Det är ytterst osannolikt att mottagningar inom primärvården inte skulle ha patienter med denna diagnos, såvida inte en aktiv bortselektion sker.

VGR deltar i ”BORIS”, som är ett nationellt kvalitetsregister = ”barnobesitas register i Sverige”. Registret stöds av Socialstyrelsen och bör utvecklas att omfatta alla medicinska mottagningar för barn och ungdomar i regionen. Ett nationellt register ger stora möjligheter till kvalitetsutveckling på detta område (jämför med det nationella diabetesregistret).

De flesta enheter som svarat har inte statistik på längd vikt eller BMI, men det är viktigt att närmare få kännedom om de 12 enheter som har sådan statistik i datoriserad form. Vilken kvalitet har dessa data och hur används och underhålls de? En trolig möjlighet är att mottagningar som arbetar med elektroniska hjälpmedel driver, eller kan driva, en mer kvalificerad insats på detta område. Detta bör utvärderas och är ett embryo för vidare kvalitetsutveckling. Satsningar på detta område bör uppmuntras och bör ingå i de riktlinjer vi skall forma för handlingsplanen.

Behandlande insatser. Varför vissa BUM och VC ej tar emot barn och ungdomar med fetma medan andra gör detta, speglar sannolikt en avsaknad av riktlinjer och regler. Då blir det annat som avgör, exempelvis att en del eldsjälur anser att detta arbete är viktigt eller att man driver projekt. Även om denna bakgrund är viktig i en inledande fas, bäddar sådana rutiner för problem på sikt. Behandling av barn och ungdomar med fetma måste ske inom ordinarie verksamhet på alla medicinska mottagningar som möter barn och ungdomar UM tar sällan emot ungdomar för behandling, vilket sannolikt speglar en tradition som finns inom denna verksamhet. Felaktiga föreställningar om att fetma hos barn och ungdomar försvinner av sig självt eller att ”dom får skylla sig själva” kan ligga bakom den negativa inställning till åtgärder som finns inom delar av hälso- och sjukvården. Barnkonventionen är viktig att beakta. Barn har rätt till hjälp för att uppnå bästa möjliga hälsa, även vid övervikt och fetma.

Om uppgifterna i enkätsvaren används på hur många barn och ungdomar som varje mottagning tar emot för behandling, så kan antalet barn som totalt tas emot i hela VGR extrapoleras till högst 1000 individer. Det rör sig då ofta om enstaka besök och ej egentligt behandlingsarbete. Lågt räknat finns cirka 3000 barn och ungdomar med fetma i VGR i åldern 8-18 år (3% har fetma och varje årskull är mellan 10 000 till 15000). De flesta barn och ungdomar med fetma är alltså inte under behandling.

De metoder som används för behandling är mycket begränsade. Så kallad ’livsstilsbehandling’ är vanligast. Med detta menas råd om kost och motion. Detta levereras ofta individuellt i samtal med barn och föräldrar, relativt sällan gruppvis. Det finns totalt 8 s.k. team för behandling i VGR, men dessa har mycket olika arbetsformer och uppsättning av personal.

Det finns uppenbara brister i utbudet av behandling för barn och ungdomar med fetma. Detta speglas även i att det bara undantagsvis förekommer vårdprogram som man arbetar efter. Det finns i litteraturen endast ett fåtal studier på fungerande behandlingsmodeller av barn. Avsaknad av psykolog är ett klart problem då beteendebehandling är en viktig möjlighet, vidare behöver personal handledning och hjälp att bemöta barn och familjer.

Kartläggningen visar på flera områden där relativt begränsade insatser kan förbättra situationen. Vissa allmänna slutsatser (se nedan) kan göras. När det gäller behandlande insatser är dessa punkter viktiga:

- ◆ Ett övergripande regionalt vårdprogram bör upprättas med definitioner av viktiga begrepp, regler för åtgärder på olika nivåer, behandlingsmål, remisskriterier samt utbildnings- och kompetenskrav samt kvalitetsindikatorer.
- ◆ Lokala vårdprogram som anpassar det övergripande till lokala förhållanden bör upprättas.
- ◆ En struktur på hur olika behandlingsinsatser skall fördelas i VGR är viktiga delar i dessa program. Även förslag på hur enheter tillsammans kan samverka, såväl inom det behandlande arbetet som med preventivt arbete.
- ◆ Det är viktigt att definiera fetma hos barn som en kronisk sjukdom. Som för andra sjukdomar skall det långsiktiga huvudansvaret för insatser ligga inom medicinsk verksamhet med närhetsprincipen som norm.
- ◆ Samverkan: utnyttja och förbättra alla former av samverkan lokalt mellan mottagningar och t ex skolkälsövård, lokala initiativ i kommunen och närområdet.
- ◆ Sprida enkla behandlingsmodeller och verktyg i behandlingen anpassade för allmänmedicinska och barn- och ungdomsmedicinska mottagningar i primärvården.
- ◆ Utvärderingsredskap bör utvecklas och implementeras för alla behandlande insatser som stöds regionalt.
- ◆ Det är viktigt att definiera hur behandlingsteam skall bemannas och vilka uppgifter de skall ha inom länssjukvård och regionalt.

Diskussion

Denna kartläggning har inte genomförts med en strikt vetenskaplig uppläggning då avsikten var att få en allmän uppfattning om hur man arbetar, tänker och samverkar kring övervikt och fetma bland barn och ungdomar, och ge underlag för fortsatt diskussion. Enkäterna besvarades under våren 2005 och har givit en bild av situationen vid just detta tillfälle. Den allmänna debatten kring fetma och övervikt hos barn och ungdomar har varit livlig under 2005 och därefter. Det är därför sannolikt att bilden ändrats efterhand och nu, ett år senare, är en annan. Troligt är vidare att den bild vi fått av situationen är överdrivet positiv, då det är sannolikt att de som svarat utgör en mer intresserad och aktiv grupp bland de tillfrågade. I detta sammanhang är det naturligtvis oroande att endast 3 av 9 primärvårdsområdeschefer lämnat in svar.

Avsikten var främst att få en överblick 2005 av de då existerande insatserna. Kunskaperna från kartläggningen skall användas som ett av flera underlag för fortsatta arbete.

I det fortsatta uppdraget ingår att utveckla en övergripande strategi för hur regionen aktivt skall arbeta för att bryta utvecklingen med allt fler överviktiga barn (Folkhälsokommittén 2005). Däri ingår också att införliva regionfullmäktiges uppdrag att arbeta med barnkonventionen. I hälso- och sjukvårdens uppdrag (2003) är uppgiften 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.

För att åstadkomma ett bättre omhändertagande av barn och ungdomar för att främja hälsa och motverka eller åtgärda övervikt och fetma är det en styrka att vi vet utgångsläget inom några viktiga områden. Arbetet ger en möjlighet att ta tillvara befintliga insatser, kunskaper och projekt på området. Det är viktigt och resurseffektivt att använda det som redan görs och bygga vidare på detta. Dessutom har säkerligen enkäterna och kartläggningen i sig haft en egen påverkan genom att ämnet som sådant ventileras. Resultaten av kartläggningen har diskuterats under maj 2006 i fyra regionala möten. Den livliga diskussionen och de många synpunkterna under mötena har visat att många arbetar intensivt med frågorna inom sitt område.

Enkäten har riktats till en rad kommunala verksamheter som dagligen arbetar med barn och ungdomar samt till hälsovårdande och sjukvårdande enheter i regional regi med samma inriktning. Bilden kartläggningen ger blir därav relativt mångfasetterad. Den skildrar hur personal i nyckelpositioner ser på problemet, hur samhällets nätverk kring barn och familjer fungerar. Vi har inte riktat oss till barnen själva och deras föräldrar i detta arbete. Detta är viktigt och bör göras i en separat studie.

Hela arbetet med kartläggningen ägnas förhållandena för barn och ungdomar. Även SBU:s rapport från 2004 betonar vikten av att arbeta mycket aktivt förebyggande kring dessa frågor med unga individer. De flesta vuxna med svår fetma debuterar redan i unga år och det är viktigt att tidiga insatser finns för att undvika eller motverka problemet tidigt. Syftet med detta arbete som helhet är att skapa underlag för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser hos växande individer. Strategin att arbeta med problemet redan i unga år är viktig och kan vara avgörande för att bromsa den negativa trenden. Hos barn och unga finns många gynnsamma möjligheter som bör tas tillvara. Barn är mer formbara och läroaktiga än vuxna, de har oftast god stöttning av föräldrar och sin allmänna miljö, såsom förskola, skola och annat. Alla har regelbundna kontakter

med hälsovårdsenheter under hela uppväxten. FN:s barnkonvention om barnets rätt till god hälsa är viktig att beakta och att inte fördröja insatser till vuxen ålder.

De hälsofrämjande, förebyggande och behandlande perspektiven redovisas separat. Grundläggande definitioner, kunskapsmassa och mål för insatser är dock gemensamma. Som helhet blir effektivitet och resultat av insatser störst om de olika delarna samverkar. I den praktiska verksamheten är det inte önskvärt eller möjligt att separera hälsofrämjande och förebyggande insatser. En förskola måste kunna erbjuda god utomhusmiljö för barn att leka i, mycket grönt och frukt i kosten (hälsofrämjande insatser), men även begränsa utbud av socker och onyttiga mellanmål (förebyggande insats). Båda dessa former av insatser riktas dessutom till alla. Både barn utan och med fetma skall få hälsofrämjande insatser. Det hälsofrämjande arbetet har i många fall i enkäterna blandats ihop med det preventiva/förebyggande arbetet. De två perspektiven har dock skillnader. Hälsofrämjande insatser är generella och folkhälsoarbetet är till sin karaktär hälsofrämjande för hela grupper. Som en följd av detta kan individer indirekt påverkas att behålla eller få en normal vikt. Detta arbete innebär att i stort sett samtliga samhällsfunktioner bör vara involverade i de många frågor som är aktuella. Nationellt finns lagstiftning, näringsrekommendationer, jordbrukspolitik, trafikpolitik och stöd till olika grupper i befolkningen där hälsofrämjande aspekter kan läggas. I stort sett all kommunal planering och service har vidare stor betydelse. Det hälsofrämjande arbetet bör ha sin tyngdpunkt i förskola och skola och andra kommunala institutioner som når alla barn. En god miljö är av stor vikt i detta arbete och kommunens roll är där avgörande.

Förebyggande insatser bör ha sin tyngdpunkt i hälsovårdande enheter som MHV, BHV och skolhälsovård. Dessa har en nyckelroll i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Verksamheterna vänder sig till hela populationen och har i uppdrag att bedriva hälsoarbete genom generella insatser enligt så kallade basprogram, riktade insatser på gruppnivå och ett utökat stöd på individnivå. Identifiering sker av barn med övervikt och fetma, vilket är en utgångspunkt för förebyggande insatser. De medicinska, psykologiska och sociala riskgrupper som finns när det gäller benägenhet att utveckla övervikt och fetma kan få separat stöd och hjälp via dessa verksamhet. Det är också där som trender i förekomst av övervikt och fetma kan följas. Resultatredovisningen är gjord så att MHV, BHV och SHV kopplats mest till det förebyggande perspektivet har alla dessa en mycket viktig roll i det hälsofrämjande arbetet. Riktade insatser var relativt ovanligt förekommande vid barnavårdscentral, mödravårdscentraler och inom skolhälsovården. Det är känt att barn vars föräldrar har fetma är en högriskgrupp. Barn med snabb tillväxt i 3-4 års åldern är en annan. Barn med övervikt är en riskgrupp för att utveckla fetma. I KOPS (Kiel Obesity prevention study, under ledning av prof Manfred Muller) var en viktig slutsats att förebyggande insatser begränsar nytillskottet av barn med övervikt och fetma, men påverkar inte de som redan hade dessa problem. Därför föreslår man att en högriskstrategi måste kopplas till allmänt förebyggande insatser. För att en sådan strategi skall kunna införas är det viktigt med tydliga riktlinjer och praktiska hjälpmedel till berörd personal.

Det tredje perspektivet, det behandlande, är lättare att hålla isär från de övriga två. Eftersom fetma betraktas som en sjukdom är det naturligt att behandlande insatser sker inom medicinska verksamheter riktade till barn och ungdomar. Det finns tydliga tecken i kartläggningen på att denna verksamhet i nuläget inte har bra rutiner för detta arbete och inte bidrar optimalt. Uppenbara oklarheter tycks finnas. Ett viktigt exempel är att man antingen inte alls ser fetma som en sjukdom, eller omvänt, att man ser den som en så svår sjukdom att mycket specialiserade insatser krävs. I båda fallen är slutsatsen att man inte tar emot barn för behandling. Antalet barn och ungdomar med fetma är minst

tre procent i befolkningen och fetma kan betecknas som en folksjukdom. Högst en tredjedel av dessa i VGR har möjlighet att komma till någon vårdenhet. Det måste finnas insatser på alla nivåer, i primärvård, länssjukvård och regional vård. Denna kedja är mycket ofullständig. Alla sorters mottagningar, på alla nivåer, förefaller därför ha ett stort behov av vårdprogram, såväl regionalt som lokalt. Dessutom behövs utbildning och kontinuerligt professionellt stöd i organisationen.

En genomgående fråga i enkäterna har berört förekomst av policy, riktlinjer och handlingsplaner som rör alla former av insatser kring övervikt hos barn och ungdomar. I stort visade det sig att sådana saknas i de allra flesta verksamheter. I Skaraborgsområdet har ett beslut fattats av hälso- och sjukvårdsnämnderna att barnhälsovården skall arbeta generellt och riktat förebyggande inom ramen av de kontakter som sker i den ordinarie verksamheten. Beslutet har även inneburit ett permanent resurstillskott till verksamheten. I den områdesvisa jämförelsen av svar, såg vi att 'Skaraborg' svarar annorlunda i flera avseenden: rektorerna samverkar i högre grad än i andra hälso- och sjukvårdsnämndsområden, BVC har handlingsplan och riktade insatser enligt en majoritet av svaren, till skillnad mot övriga områden. Vikten av politiska beslut och uppföljning av dessa i linjeorganisationen verkar ha stor genomslagskraft. Det finns anledning se om besluten på sikt även kommer att resultera i en mer positiv trend i förekomst av fetma och övervikt i dessa områden (HSN 9 och 10) jämfört med andra.

I enkäterna har vi ställt frågan till de flesta enheter om samverkan sker. Skälen till detta är många, vi anser att samverkan har stor betydelse på detta område. Det var genomgående en relativt begränsad samverkan som förkom. Samverkan måste ske på alla nivåer: mellan huvudmän i kommuner och region, mellan olika ledningsfunktioner samt inom enskilda verksamheter. De tre perspektiven, hälsofrämjande, förebyggande och behandlande hänger på många sätt samman. Gemensamma utbildningar och rutiner betyder mycket för bättre samverkan. Budskap till barn och familjer, såsom begränsning av sockerkonsumtion, har bara effekt om hela nätverket kring barn och familjer ger samma besked. Problemet med övervikt och fetma är på ett alldeles speciellt sätt kopplat till hela samhällets utveckling och berör på olika sätt rader av aktörer, alltifrån de som beviljar gratis spårvagnskort till alla barn i Göteborg till medicinska verksamheter. Åtgärder för att behandla eller förebygga övervikt och fetma måste på samma sätt ske i många verksamheter och sammanhang. Bred samverkan i insatser ställer dock mycket stora krav på en garanterat god kvalitet på de insatser som olika samverkande aktörer vill erbjuda i hälsofrämjande eller behandlande syfte. De krav som är aktuella är att verksamheten skall vara barnanpassad, ha metoder som är utvärderingsbara och evidensbaserade.

Ett annat tema i enkäterna har rört uppföljning och utvärdering. Generellt kan sägas att detta sker i mycket begränsad omfattning enligt de svar vi fått in. Ofta används uppgifter om längd och vikt på individnivå och inte i statistiska sammanställningar på populationsnivå.

WHO har liknat den snabba ökningen av fetma i världen med en epidemi. De redskap som används för att motverka denna utveckling har i många fall inte hunnit bli ordentligt studerade och utvärderade. Därför är det svårt att finna många evidensbaserade insatser mot problemet. Trots detta är det viktigt att inte vänta på långtidsstudier kring insatsers värde. Vi måste börja agera. Detta är en enig mening även i vetenskapliga tidskrifter (ex Poskitt Acta Paediatrica). Insatser bör alltså initieras på alla områden, även om dessa inte hunnit bli utvärderade ännu. De insatser som är aktuella bör vara prövade av andra och ses som så seriösa att de förekommer i vetenskapliga värderingar och diskussioner. En genomgång av vetenskapliga publikationer av SBU (SBU 2004) ger slutsatsen att arbete bland barn och unga med

förebyggande och behandlande insatser är motiverat. Dessa bör dock alltid ske med en parallell utvärdering, vare sig insatser sker i kommunal eller regional hälso- och sjukvårdsverksamhet. Möjligheter till samarbete kring utvärderingar är viktigt. Den resurs som finns i att mödra-, barn- och skolhälsovården rutinmässigt genomför standardiserad mätning av hela populationers längd och vikt bör användas. Prevalens av övervikt och fetma bör vara möjlig att följa fortlöpande i regionen.

Till utvärderingen hör även att hälsoindikatorer måste definieras och ingå i arbete med generell kvalitetssäkring. De nationella insatserna är viktiga att följa, ex ett förslag i det sk ”79-punktsprogrammet” från Livsmedelverket och Folkhälsoinstitutet som berör dessa frågor.

Förekomst av datoriserade journaler och andra IT-hjälpmedel var relativt begränsad enligt enkäten. Det är viktigt att se möjligheterna som dessa verktyg ger för samordnad datainsamling av tillväxtuppgifter och andra variabler. Vi kan med relativt liten insats få ut ett mervärde av det arbete som läggs i regionen på att följa längd och vikt hos barn och mödrar. På samma sätt gäller att vi tar i bruk och utnyttjar de nationella kvalitetsregister som finns på MHV och för behandlande insatser på barn. En nationell databas för tillväxtuppgifter som rekommenderas i ”79-punktsprogrammet” av Livsmedelsverket och Folkhälsoinstitutet är även angeläget.

Hösten 2003 gav regeringen Livsmedelsverket och folkhälsoinstitutet i uppdrag att ta fram underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. I februari 2005 kom ett förslag till underlag enligt uppdraget, som för närvarande bearbetas för att skapa en handlingsplan enligt regeringens avsikt. Det framlagda förslaget sammanfattas i 79 punkter som berör en mängd områden med olika funktioner i samhället: regeringen, ämbetsverk, kommunerna, sjukvårdshuvudmännen, m.fl. I förslaget betonas vikten av mätbara mål för goda matvanor (ökad konsumtion av frukt och grönt och nyckelhålsmärkt mat samt minskad konsumtion av söta produkter), för fysisk aktivitet (fysisk aktivitet i 30 minuter för vuxna och 60 minuter för barn per dag, minskat stillasittande) samt för kroppsvikt (förebygga viktuppgång till övervikt hos vuxna och främja normal viktutveckling hos barn). I förslaget finns även föreslaget strategier för att uppnå de uppsatta målen. Där ingår att insatser skall riktas till både individ och samhälle, de skall vara långsiktiga, ha resurser för implementering, samordnas, ske i samverkan med och delaktighet av befolkningen samt fortlöpande utvärderas. I Västra Götalandsregionen är det viktigt att tillgodose de regionala aspekter som ingår i det nationella förslaget. Bland de 79 punkterna har en rad av dessa relevans för vårt arbete (arbetsgruppen har lyft fram följande: nr 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 43, 44, 45, 48, 51, 53, 62, 64, 67 och 68, 70) se bilaga.

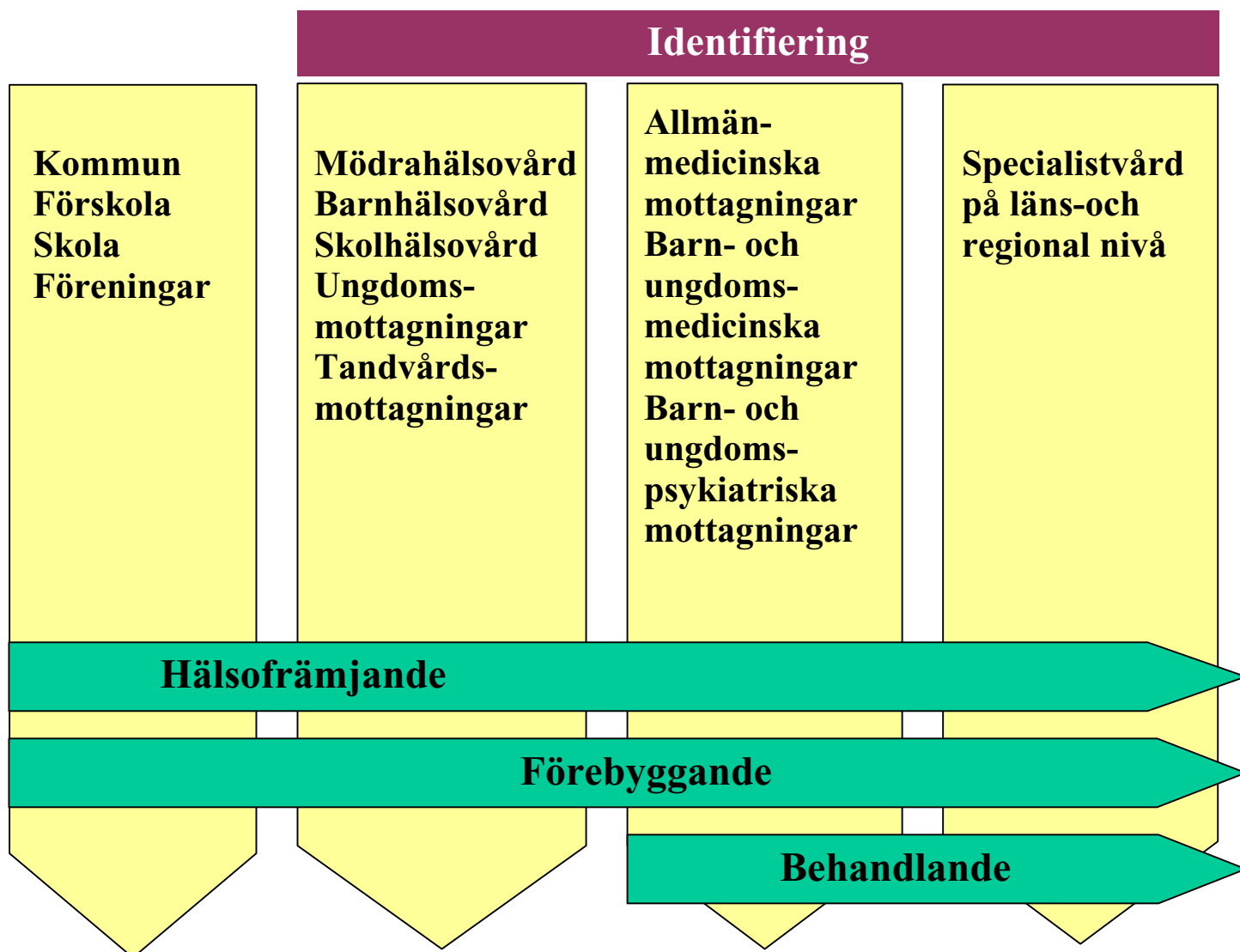
Kartläggningen har visat att mathållning och fysisk aktivitet i skola och förskola kan optimeras. Vi måste finna former för bredare samverkan, få lokala handlingsplaner och riktlinjer för insatser av olika slag. Analogt med situationen på riksnivå kan regionens politiker agera inom de samhälleliga områden som ger förutsättningar för en god miljö beträffande mat och fysisk aktivitet. Exempel på detta är miljöerna i skola och förskola som enligt kartläggningen inte är optimala. I regionen måste även det nationella förslagets betoning av utvärderingar och uppföljningar tas på allvar. Tillväxtmätningar sker regelbundet och förutsättningar finns för uppföljningar av barns tillväxt, men förbättrad organisation och samordning behövs.

I regionen bör finnas kanaler för effektiv kommunikation och samverkan. Samordning saknas i regionen för att möta de många behov som påvisats. Utvecklingsarbete behövs för bättre samverkan, att hävda barns rätt och att belysa och beakta hälsoekonomiska aspekter.

SBU rapporten i november 2004 är en uppdatering av en tidigare rapport på området. Man har där koncentrerat sig på att studera skolmiljön som arena för förebyggande insatser. Totalt sett har 39 olika kontrollerade studier ansetts duga ur vetenskaplig synvinkel. I cirka 40% visade studierna en god förebyggande effekt i att förebygga fetma. De övriga visade ingen effekt, men negativa utfall (exempelvis anorexi) sågs inte. SBU framhåller dock att det är stora svårigheter att nå positiva resultat på detta område. Vad som ansågs vara betydelsefullt för goda resultat var: att sätta in arbete för god livsstil redan i låga åldrar, införa regelbunden fysisk vardagsaktivitet, motverka inaktivitet vid TV/ datorskärm, stimulera intag av frukt och grönt samt att poängtera vikten av att dricka vatten istället för söta drycker. SBU rapporten är viktig att beakta då kartläggningens resultat studeras. Det sker enligt kartläggningen initiativ till och projekt med förebyggande arbete i skolmiljö. SBU:s resultat om vad som kännetecknade gynnsamma studier är viktiga att ta fasta på, liksom att utvärdering av sådana studier sker minutiöst med kontrollgrupp och hållbara metoder.

En bredare genomgång av litteraturen kring preventiva insatser i skolan har nyligen publicerats (Doak) Man konstaterade där att 17/25 studier var effektiva. Att begränsa TV-tid, öka fysisk aktivitet i skolan och undervisa om kost var områden som ansågs vara kopplade till framgång. I en studie sågs ökad förekomst av underviktiga skolbarn och denna rapport betonar vikten av att följa skolbarnens tillväxt ur även denna aspekt.

Regionalt nätverk mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland



Slutsatser

Kartläggningen visar att målbeskrivningar, policydokument, riktlinjer och vårdprogram saknas på verksamhetsnivå kring problemen med barn och ungdomar som har övervikt och fetma i stort i Västra Götaland. De flesta hälso- och sjukvårdsnämnder har dock formulerade måldokument inom området. Enskilda förvaltningar har i vissa fall arbetsdokument av denna typ men detta är sällsynt. För att driva frågor på detta område effektivt och inte ge befolkning och professionella motsägelsefulla signaler är det viktigt att forma en gemensam grund för dokument av denna typ och en övergripande struktur för vad som görs regionalt och kommunalt. Detta gör det möjligt att insatser av alla slag, hälsofrämjande, förebyggande och behandlande får gemensamma utgångspunkter, definitioner, kvalitetsmått och mål.

Det pågår hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser i regionens olika delar. Mestadels sker det som projekt i kommuner eller inom regional verksamhet. Projektplaner har inkommit från många av dessa, men inga utvärderingar har redovisats. Det är viktigt att ta tillvara det arbete som sker och föra ut erfarenheterna till hela regionen.

Det finns geografiska olikheter i policy, insatser, samverkan, uppföljning och utvärdering mellan och inom de olika hälso- och sjukvårdsnämndernas områden. Politiska beslut för insatser finns i Skaraborg, men saknas i övriga områden. Det är viktigt att denna skillnad studeras och utvärderas.

Samverkan mellan olika förvaltningar/verksamheter förekommer sällan och bör utvecklas. Det gäller speciellt detta tvärsektorielle område. Samverkan bör ske på alla nivåer: på organisationsnivå mellan regionen och kommunerna, på verksamhetsnivå, exempelvis mellan BVC och förskola, men även mellan MVC och BVC, när det gäller grupp- och individnivå. Det är viktigt att stimulera till bildande av nätverk för berörda verksamheter.

Det är viktigt att följa förändringar i förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Genom de rutinmässiga tillväxtnmätningarna inom barnhälsovården och inom skolhälsovården finns ett bra underlag för detta. För att följa utvecklingen i samhället samt effekten av de hälsofrämjande och förebyggande insatserna är dessa populationsbaserade data ovärderliga. IT-hjälpmiddel bör införas generellt för detta arbete. En viktig insats är att skapa ett databaserat utvärderingsinstrument kopplat till datoriserade journaler, så att det går att utvärdera insatser både kvalitativt och kvantitativt, dvs. med BMI, fysisk aktivitet och kostvanor. Vid behandlande insatser är det också angeläget att alla enheter använder det nationella kvalitetsregistret (med stöd från Socialstyrelsen) ”BORIS”, BarnObesitasRegister I Sverige. Likaså är det viktigt att gravidas BMI följs och rapporteras in till det nationella registret som gäller för mödrahälsovården och att dessa data används systematiskt i Västra Götaland.

Kartläggningen visar att det finns ett stort behov av ökad kunskap om övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Personal i alla professioner behöver ökad kompetens. Det finns stor efterfrågan på goda metoder och enkla konkreta verktyg för insatser kring kost, fysisk aktivitet och gränssättningsfrågor. Speciellt betonas metoder för bemötande av barn, ungdomar och föräldrar. Kunskap om hur BMI och tillväxtkurvor skall användas behöver förbättras. En bra grundkunskap måste finnas för att all personal skall kunna ge samstämmiga råd om hälsosam kost, fysisk aktivitet och hälsobeteende. Personalens kompetens behöver kontinuerligt utvecklas och kvalitetssäkras.

Samordning i regionen bör finnas så att insatser i möjligaste mån sker evidensbaserat och utvärderas. I flera av de verksamheter som vi kontaktat i kartläggningen finns arbetsmaterial och olika praktiska redskap som kan användas i det konkreta arbetet kring kost och fysisk aktivitet. Detta material samt andra relevanta kunskapskällor bör göras tillgängliga för personal inom Västra Götaland via t.ex. en gemensam hemsida. Det är viktigt att det finns möjligheter till enkel kommunikation inom Västra Götaland mellan alla berörda.

Referenser

1. 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.
2. Egger G, Swinburn B. An 'ecological' approach to the obesity pandemic. *BMJ* 1997;315:477-80.
3. Ebbeling C, Pawlac B, Ludwig Ds. Childhood obesity: public health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002;360:473-482.
4. James P. Devising and implementing new policies. p 399. In *Child and Adolescent obesity, causes and consequences, prevention and management*. Eds Burniat, Cole, Lissau, Poskitt. Cambridge University Press 2002.
5. Vision Västra Götaland "Det goda livet"2005
6. Goda matvanor och ökad fysisk aktivitet underlag till handlingsplan Statens Folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket 2005
7. Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa Skolverket. Socialstyrelsen, Statens Folkhälsoinstitut
8. Det goda livet Folkhälsopolitisk policy för Västra Götalandsregionen 2000
9. 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
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering (The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care). *Fetma –Problem och åtgärder*. nr 160, 2002.
11. S Mårild, M Bondestam, R Bergström, S Ehnberg, A Hollsing. and K Albertsson-Wikland. Prevalence trends of obesity and overweight among 10 year old children in Western Sweden and relationship with parental body mass index. *Acta Paediatrica* 2004;93:1588-95.
12. Mueller MJ, Asbeck I, Mast M, Langnaese K, Grund A. Prevention of obesity – more than an intention: concept and first results of the Kiel Obesity prevention Study (KOPS). *Int J Obes* 2001; (suppl1) S66-S74.
13. Compass – en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. *Samhällsmedicin & Statens folkhälsoinstitut*. 2004.
14. Poskitt, EME, Defining childhood obesity: fiddling whilst Rome burns? *Acta Paediatr.* 90: 1361-1367. 2001.

Stora arbetsgruppen

Backman Högländer*, Ingela	Folkhälsoplanerare	Folkhälsoenheten, Skaraborg
Björn, Maria	Skolsköterska	Bergdalaskolan, Borås
Djäken, Christina	Samordnande sjuksköterska	BHV, Skaraborg
Falck Jönsson, Rosa	Förest.tillagn.kök	Ekdalaskolan, Härryda
Friberg, Peter	Professor	SA, Göteborg
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	CeBUH, Göteborg
Palm, Lis	Folkhälsoplanerare	Miljöförvaltningen, Strömstad
Olsson, Kjerstin	Planeringsledare	Hälso- o sjukvårdsavdelningen, VGR
Osland-Johansson, Turid	Dietist	Barnhälsovården NÄL Trollhättan
Regber*, Susann	Barnsjuksköterska	Rundabarnteamet DSBUS
Reuter, Toni	Psykolog	MVC/BVC Göteborg
Rubinstein, Barbara	Epidemiolog	Hälso- och sjukvårdskansliet, Gbg
Söderbäck*, Helena	Tandvårdschef	Primärvårdskansliet Borås
Toivonen, Henri	Bitr. barnhälsovårdsöverläkare	BHV, Skaraborg
Vogel*, Marc	Idrottslärare	Säteriskolan Mölnlycke
<u>Nya medlemmar 2005-2006</u>		
Nordenberg, Jessica	Dietist	Primärvården, Kungälv
Magnusson, Maria	Dietist och sjuksköterska	Primärvården NÖ Gbg
Holtz, Bie	Tandläkare	Folktandvården
Lindgren, Annelie	Folkhälsoplanerare	Folkhälsoenheten, Skaraborg
Orre*, Ingrid	Barnmorska	Primärvården, Strömstad

* har slutat

Styrgruppen

Annika Nilsson-Green, projektledare, speciellt uppdrag 2
Staffan Mårild, projektledare, speciellt uppdrag 1

Eva Mattson- Elofson
Henri Toivonen
Barbara Rubinstein
Susanne Regber (fram till december 2005)
Kjerstin Olsson
Margareth Nordström (under 2006)

Bilaga

Distribution av enkäter	Utsända enkäter	Svar
Folkhälsoplanerare	69	59
Förskolor	130 slumpvist urval	78
Skolor – (rektorer och lärare)	260 slumpvist urval	165
Kostansvariga	57	43
Skolhälsovården	500*	279
Mödravårdscentraler	100*	53
Barnvårdscentraler	270*	216
Folktandvården	100*	88
Barnmottagningar	24	15
Ungdomsmottagningar	47	34
Vårdcentraler	114 slumpvist urval	66
Primärvårdområdeschefer	9	3
Hälso- och sjukvårdsnämnder	12	12
		Totalt antal svar: 1111

**Dessa utskick distribuerades via de centrala samordningsenheterna och därefter via lokala distributionsnät, varför exakt antal utskick inte kan anges.*

Förkortningar

BHV	Barnhälsovården
BMI	Body mass index (vikt i kilogram/(längden i meter) ² , kg/m ²)
BUM	Barn och ungdomsmottagning
BVC	Barnavårdcentral
CeBUH	Centrum för barn och Ungdomars Hälsa
DSBUS	Drottning Silvias barn och ungdomssjukhus
MHV	Mödrahälsovård
MVC	Mödravårdscentral
PVO	Primärvårdområde
RUN	Rörlig ungdom nu
SA	Sahlgrenska Akademin
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
UM	Ungdomsmottagning
VC	Vårdcentral
Åk	Årskurs

Enkät riktade till kommunens folkhälsoplanerare

1) Har problemet med övervikt och fetma hos barn tagits upp på dagordningen för dig som folkhälsoplanerare i kommunen?

ja nej

2) Har ni någon policy eller något handlingsprogram för hälsobefrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt eller fetma hos barn och ungdomar ?

ja nej vet ej arbete pågår

Om ja, bifoga gärna dokumentation.

3) Har ni pågående arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma bland barn och ungdomar?

ja nej vet ej planeras

Om ja, bifoga gärna beskrivning.

4) Görs uppföljning/utvärdering av insatserna?

ja nej vet ej uppföljning/utvärdering planeras

Om ja, bifoga gärna ev. dokumentation.

5) Finns det i ditt område/din verksamhet statistik för att följa utvecklingen av övervikt/fetma hos barn/ungdom?

ja nej vet ej

Om ja, var och i vilken form?

6) Samverkar ni i er kommun med andra enheter/ annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn/ungdomar ?

ja nej

Enkät riktade till personal vid förskola

1) Arbetar er förskola med att förebygga uppkomsten av övervikt?

ja nej vet ej

Om ja, beskriv hur

2) Har ni någon policy i hur man bemöter och informerar barn i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma ?

ja nej vet ej

3) Har ni någon policy i hur man bemöter och informerar föräldrar i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma ?

ja nej vet ej

4) Har ni någon policy i hur man bemöter och informerar personal i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma ?

ja nej vet ej

5) Finns det rekommendationer/riktlinjer för vad som lämpligen kan serveras som mellanmål på er förskola?

ja nej vet ej

6) Får barn på er förskola minst en timmes planerad fysisk aktivitet varje dag?

ja nej vet ej

7) Samverkar ni med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn ?

ja nej vet ej

Enkät riktade till skola, gymnasiet, rektor för:

lågstadiet mellanstadiet högstadiet gymnasiet

1) Arbetar er skola särskilt med att förebygga uppkomsten av övervikt?

ja nej vet ej

Om ja, hur?

kost fysisk aktivitet beteendeförändrande metoder

2) Har ni någon policy när det gäller att bemöta och informera elever i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma?

ja nej vet ej

Om ”ja” bifoga policydokument !

3) Har ni någon policy när det gäller att bemöta och informera föräldrar i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma?

ja nej vet ej

4) Har ni någon policy när det gäller att bemöta och att informera personal i det hälsobefrämjande och förebyggande arbetet mot övervikt och fetma?

ja nej vet ej

5) Finns det skolcafé på er skola?

ja nej

Om ja, säljs där:

läsk godis bullar/kakor smörgås frukt

yoghurt annat

6) Har skolan/rektorn rekommendationer/riktlinjer för vad som är lämpligt utbud i skolcaféerna?

ja nej vet ej

7) Hur genomför ni läroplanens nya riktlinjer för fysisk aktivitet?

organiserat med klasslärare ”Röris” eller liknande
 utomhusaktiviteter ökat antal gymnastiktimmar
 vi håller på att genomföra den på annat sätt

8) Finns det i skolan schemalagd fysisk aktivitet för elever i årskurs 4?

Antal dagar per vecka (endast ett x): 5 4 3 2 1 0

9) Finns det i skolan schemalagd fysisk aktivitet för elever i årskurs 9?

Antal dagar per vecka (endast ett x): 5 4 3 2 1 0

10) Finns det i skolan schemalagd fysisk aktivitet för elever i år 3 på gymnasiet?

Antal dagar per vecka (endast ett x): 5 4 3 2 1 0

11) Samverkar ni med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Enkät riktade till kostansvarig i skolan

1) Deltar ni i arbetet att förebygga uppkomst av övervikt hos eleverna?

ja nej vet ej

Om ja, beskriv hur.

2) Arbetar ni med att öka kunskapen och förståelsen hos måltidspersonalen om kostens betydelse för elevernas hälsa.

ja nej vet ej

Om ja, beskriv hur.

3) Finns det någon kompetensutvecklingsplan för detta arbete?

ja nej vet ej

Om ja, bifoga gärna en kopia.

4) Använder ni Livsmedelsverkets ”riktlinjer för skollunch” (alt. riktlinjer för barnomsorgen) vid planeringen av måltidsverksamheten?

ja nej vet ej

5) Näringsberäknar ni skolluncherna?

ja nej vet ej

6) Samverkar ni med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdom?

ja nej vet ej

Enkät riktade till skolsköterska.

De elever jag är skolsköterska för går i följande stadier:

lågstadiet mellanstadiet högstadiet gymnasiet

1) Arbetar din skola med att öka den fysiska aktiviteten hos eleverna?

ja nej vet ej

Om ja, är du delaktig?

ja nej

2) Arbetar din skola med att påverka eleverna till goda matvanor?

ja nej vet ej

3) Arbetar din skola med att förebygga övervikt och fetma hos eleverna?

ja nej vet ej

Om ja, är du delaktig?

ja nej

4) Hur avgör du om en elev 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 eleven ser ut
- läkarkonsult
- annat sätt
- jag skiljer inte i mitt arbete mellan normalvikt, övervikt och fetma

5) Hur avgör du om en elev 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 eleven ser ut
- läkarkonsult
- annat sätt
- jag skiljer inte i mitt arbete mellan normalvikt, övervikt och fetma

6) Vilka åtgärder vidtas för de elever som bedöms vara **överviktiga**?

- föräldrakontakt
- uppföljning hos skolsköterska
- skolläkarkontakt
- gruppbehandling via skolan
- extra fysisk aktivitet via skolan
- remiss till vårdcentral/barnmottagning
- remiss fysisk aktivitet utanför skolan
- dietistremiss
- annat
- ingen åtgärd

7) Vilka åtgärder vidtas för de elever som bedöms vara **feta**?

- föräldrakontakt
- uppföljning hos skolsköterska
- skolläkarkontakt
- gruppbehandling via skolan
- extra fysisk aktivitet via skolan
- remiss till vårdcentral/barnmottagning
- remiss fysisk aktivitet utanför skolan
- dietistremiss
- annat
- ingen åtgärd

8) I vilka årskurser mäts och vägs alla elever?

- Förskoleklass
- år1
- år2
- år3
- år4
- år5
- år6
- år7
- år8
- år9
- år1gy
- år2gy
- år3gy

Följdfråga: finns dessa uppgifter i datoriserad form? ja nej

9) Sammanställs och används de uppgifter ni har på elevernas längder och vikter?

- ja
- nej

Om ja, på vilket sätt? _____

10) Har skolhälsovården möjlighet att följa upp **överviktiga** elever med viktkontroller ?

ja nej

Om ja, vänligen svara på a) b) och c) nedan:

a) Hur ofta ?

var 3:e månad var 6:e månad var 12:e månad

Annat: _____

b) Har skolhälsovården kost- och motionsrådgivning till dessa elever?

ja nej

c) Har skolhälsovården kost- och motionsrådgivning till dessa elevers föräldrar?

ja nej

d) Har skolhälsovården stödgrupper för dessa elever?

ja nej

11) Har skolhälsovården möjlighet att följa upp elever med **fetma** med viktkontroller?

ja nej

Om ja, vänligen svara på a) b) och c) nedan:

a) Hur ofta ?

var 3:e månad var 6:e månad var 12:e månad

Annat: _____

b) Har skolhälsovården samtal med kost- och motionsrådgivning för dessa elever?

ja nej

c) Har skolhälsovården samtal med kost- och motionsrådgivning till dessa elevers föräldrar?

ja nej

d) Har skolhälsovården stödgrupper för dessa elever?

ja nej

12) Deltar du på föräldramöten och informerar om goda kost och motionsvanor?

ja nej

Om ja, i vilka klasser?

förskoleklass år 4 år 7 annat: _____

13) Samverkar ni med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Enkät till barnmorska vid MVC

1) Har er MVC någon handlingsplan, några riktlinjer eller rekommendationer för arbete mot övervikt och fetma hos gravida?

ja nej

Om ja, sänd gärna ett ex.

2) Har ni några speciella projekt eller program mot övervikt eller fetma vid din MVC-mott ?

ja nej

Om ja, bifoga gärna dokumentation!

3) Mäts längd på gravida kvinnor vid inskrivningen på MVC?

ja nej

4) Vägs gravida kvinnor vid inskrivningen på MVC?

ja nej

5) Skickar ni in statistik på längduppgifter?

ja nej

Om ja vart? _____

6) Skickar ni in statistik på viktuppgifter?

ja nej

Om ja vart _____

Fråga 7) och 8) nedan gäller förhållandet vid inskrivningen på MVC:

7) Vilken metod använder ni för att avgöra om en gravid kvinna är **överviktig**?

högt BMI genom att se på henne annat, vad? _____

8) Vilken metod använder ni för att avgöra om en gravid kvinna har **fetma**?

högt BMI genom att se på henne annat, vad? _____

9) Följs viktutvecklingen fortlöpande under graviditeten ?

ja nej

10) Försöker ni förebygga utveckling av övervikt och fetma hos gravida kvinnor?

ja nej

Om ja hur?

kostinformation

fysisk aktivitet

beteendeförändrande metoder

11) Finns på er MVC riktade insatser för kvinnor med övervikt och fetma ?

ja nej

Om ja vilka?

kostinformation

fysisk aktivitet

beteendeförändrande metoder

12) Samverkar ni med andra i det förebyggande arbetet mot övervikt och fetma?

ja

nej

Om ja, med vilka ?

BVC tandvården sjukvården andra

Kommunen

SDN

Enkät till BVC sjuksköterska

1) Har er BVC någon handlingsplan, några riktlinjer eller någon rekommendation för arbete mot övervikt och fetma hos barn?

ja nej

Om ja, bifoga gärna en kopia

2) Vid vilka av följande åldrar mäts längd och vikt på alla barn på din BVC?

1.5 år 2.5 år 3 år 4 år 5½ år andra åldrar? _____

Finns dessa uppgifter om längd och vikt i datoriserad form ja nej

3) Beräknar du regelmässigt BMI på alla barn på din BVC?

ja nej

4) Finns samlad statistik på längd, vikt, BMI ?

ja nej

Om ja, i vilken form? ja nej

5) Hur avgör du om ett barn 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 ser ut

läkarkonsult

annat sätt

jag skiljer inte i mitt arbete mellan normalvikt, övervikt och fetma

6) Hur avgör du om ett barn 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 ser ut
- läkarkonsult
- annat sätt
- jag skiljer inte i mitt arbete mellan normalvikt, övervikt och fetma

7) Finns allmänna åtgärder riktade till alla barn och föräldrar för att förebygga utveckling av övervikt?

- ja nej

Om ja, inom vilka områden?

- kost
- fysisk aktivitet
- beteendeförändrande metoder

8) Finns riktade åtgärder på din BVC för att minska risken för att övervikt utvecklas?

- ja nej

Om ja, vilka väljs ut för dessa riktade insatser i så fall?

- barn
- föräldrar
- barn och föräldrar

Om ja, hur sker detta arbete?

- individuellt
- grupp

9) Känner ni till om det hos er finns exempel på speciella insatser/projekt på detta område?

- ja
- nej
- vet ej

Om ja, beskriv eller skicka in dokument.

10) Utvärderas insatser för att motverka övervikt/fetma hos barn?

- ja
- nej
- vet ej

Om ja, hur i så fall: _____

11) Vidtar ni speciella åtgärder vid er BVC om ett barn har fetma?

- ja
- nej
- vi saknar rutiner för detta

Om ja, vad görs i så fall? (flera x möjliga)

- besök ordnas hos min BVC läkare
- BVC dietist konsulteras
- remiss till barnläkare på barnmottagning
- remiss till distriktsläkare på vårdcentral
- remiss till dietist utanför BVC
- övrigt, vad ? _____

12) Samverkar ni på din BVC med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn?

- ja
- nej
- vet ej

Om ja, med vilka ?

- MVC
- tandvården
- sjukvården
- andra

- Kommunen
- SDN

Enkätfrågor till klinikchefer inom folktandvården

1) Bedriver ni kostrådgivning inom barn och ungdomstandvården?

ja nej

Om ja: förebyggande/hälsofrämjande
 vid sjukdom

2) Arbetar ni med att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

3) Arbetar ni aktivt med att minska intaget av läsk och godis bland barn och ungdomar?

ja nej vet ej

4) Samverkar ni lokalt med andra aktörer i det hälsofrämjande arbetet inom området kost?

ja nej vet ej

Om ja, vilka?

MVC BVC Skolhälsovården

Förskola Öppen Förskola Lågstadiet

Mellanstadiet Högstadiet Gymnasiet

Folkhälsoråd Vårdcentral Andra - tex.

5) Är Folktandvården en lämplig aktör i det förebyggande/hälsofrämjande arbetet mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Enkät till läkare och sjuksköterska vid vårdcentral, barn- och ungdomsmottagning eller sjukhus samt barnmorska vid speciella ungdomsmottagningar.

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

ja, alla besök nej på speciella indikationer

2) Läggts 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

Om ja: sänd in ett exemplar till oss !

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: _____

som team verksamhet:
ange vilka som ingår i teamet:

läkare sjuksköterska dietist sjukgymnast
 psykolog hälsopedagog kurator

Annan i teamet : _____

På annat sätt: _____

Det sker ej

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 ? _____

Enkät riktade till PVO-chefer

1) Har problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar tagits upp på dagordningen i ert primärvårdsområde?

ja nej

2) Har ni pågående arbete i ert primärvårdsområde för att motverka övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej arbete pågår

Om ja, bifoga gärna en beskrivning.

3) Görs någon uppföljning/utvärdering av insatserna?

ja nej vet ej uppföljning/utvärdering planeras

Om ja, bifoga gärna dokumentation.

4) Finns det inom ert primärvårdsområde mottagningar för behandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Om ja, vilka? _____

5) Har ni något vårdprogram i ert primärvårdsområde för behandling av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej arbete pågår

Om ja, bifoga gärna vårdprogrammet.

6) Finns det i ert område/din verksamhet statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Om ja, var och i vilken form? _____

7) Samverkar ni med andra utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar?

ja nej vet ej

Om ja, vilka? _____

Till planeringsledaren med ansvar för folkhälsofrågor vid respektive hälso- och sjukvårdsnämnd

Svar avser nämndområde

Inom VGR pågår sedan 2004 ett arbete med att skapa en handlingsplan för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar. Meningen är att handlingsplanen skall vara gemensam för såväl de enskilda kommunerna som för hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen. Inför detta arbete vill vi ta reda på vad som i dagsläget pågår eller planeras inom olika förvaltningar på detta område. Vi hoppas kunna anpassa den kommande handlingsplanen till befintliga insatser och dra nytta av dessa.

1) Har nämnden i sitt mål- och inriktningsdokument tagit upp det främjande och/eller förebyggande arbetet avseende barns övervikt och fetma?

ja
nej
vet ej

Om ja, bifoga dokumentation.

2) Stödjer/finansierar nämnden något pågående arbete/projekt inom nämndområdet med främjande och/eller förebyggande inriktning för att förhindra uppkomsten av eller motverka övervikt och fetma hos barn och ungdomar alt. stöd till särskilda behandlingsinsatser?

ja
nej
planeras
vet ej

Om ja, bifoga beskrivning.

3) Görs någon uppföljning/utvärdering av dessa insatser?

ja
nej
vet ej
uppföljning/utvärdering planeras

Om ja bifoga gärna ev. dokumentation

Föreslagna insatser till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

Insats nr	Insatsformulering	Huvudaktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
1	Kriterier bör skapas för certifiering av hälsofrämjande arbetsplatser inkluderande kriterier för mat och fysisk aktivitet.	Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljö-verket		Arbetsliv	Arbetsplats
2	Förslag bör utvecklas om hur praktiska och teoretiska kunskaper om mat och fysisk aktivitet kan ingå som ett återkommande inslag i de arbetsmarknadspolitiska programmen.	Arbetsmarknadsverket		Arbetsliv	Arbetsplats
3	Den tvärssektoriella myndighetsgrupp som arbetar med "Landskapets upplevelsevärden" bör få fortsatt stöd. Aspekter på trygghet och säkerhet bör särskilt beaktas för att förbättra förutsättningarna för fysiskt aktivitet för alla.	Boverket		Bostad	Närmiljö
4	Ett tvärssektoriellt utvecklingsarbete om bostadsmiljöns betydelse för fysisk aktivitet bland barn och vuxna bör påbörjas.	Boverket		Bostads	Närmiljö
5	Regeringens råd för arkitektur, form och design bör utveckla idéer kring hur arkitekturen kan bidra till fysisk aktivitet i närmiljön, exempelvis satsning på metoder för att uppmuntra människor att regelbundet använda trappan.	Regeringen		Bostads	Närmiljö
6	Upprätta ett särskilt program och resurser för att inventera, rusta upp och förnya landets skol- och förskolegårdar, så att de inspirerar till lek, rörelse, idrott och utomhusundervisning.	Regeringen	50 mnkr/år	Bostad	Närmiljö
7	En nationell kommitté bör bildas för att samordna, genomföra och följa upp den kommande handlingsplanen för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med fokus på överviktsproblematiken. Utöver olika myndigheter ska forskare och berörda frivilligorganisationer ingå. Gruppen ska rapportera årligen till nationella ledningsgruppen för folkhälsa.	Statens folkhälsoinstitut	0,5 mnkr/år	Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
8	Varje kommun uppmuntras att organisera ett folkhälsoråd eller liknande som integrerar frågor om matvanor och fysisk aktivitet med annat hälsofrämjande arbete. Inom rådet bör finnas personer med kompetens inom området matvanor och fysisk aktivitet.	Kommunerna		Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
9	Metoder för hälsokonsekvensbedömningar bör vidareutvecklas med speciell tonvikt på matvanor och fysisk aktivitet. Speciellt ska hälsokonsekvenser av förändringar i marknadsföring, pris, tillgänglighet och konsumtion av energitäta och näringsfattiga livsmedel bedömas.	Statens folkhälsoinstitut		Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
10	Ett index bör utvecklas för kartläggning av livsmedelstillgängligheten (exempelvis utbud av och pris på nyckelhälsmärkt mat, frukt, grönsaker och energitäta livsmedel). Indexet kan användas inom kommunal planering.	Statens folkhälsoinstitut		Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
11	En nationell databas bör utvecklas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt. Utvecklingsarbetet bör göras i samarbete med barn- och skolhälsovården. Även uppgifter om amningsfrekvens från barnhälsovården, bör ingå i en sådan databas.	Socialstyrelsen	0,5 mnkr/år	Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
12	Metoder ska utvecklas för att följa barns levnadsvanor, kroppsvikt och aspekter på psykisk hälsa i kombination med socioekonomiska faktorer.	Statens folkhälsoinstitut	6,5 mnkr	Folkhälsa	Genomförande och utvärdering
13	En hälsokommunikationsstrategi för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt riktad till allmänheten ska utvecklas. Strategin ska beskriva hur implementeringen ska genomföras på nationell, regional och lokal nivå. Hälsokommunikationen ska vara målgruppsanpassad och utnyttja verktyg och möjligheter som modern teknik ger. Strategin ska även omfatta utvärderingsmetodik.	Statens folkhälsoinstitut		Folkhälsa	Yrkesutbildning och kommunikation

Insats nr	Insatsformulering	Huvudaktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
14	Varje kommun bör anta en policy för utbud av mat i kommunala anläggningar.	Kommunerna		Folkhälsa	Närmiljö
15	Ett konsortium bör tillsättas med representanter från olika forskningsråd med målsättning att initiera ett antal långsiktiga forskningsprojekt, huvudsakligen av interventionskaraktär om goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.	Regeringen	80 mnkr under 7 år	Forskning	Genomförande och utvärdering
16	Avtal eller uppdragsbeskrivningar bör innehålla beställningar på hälsorelaterade mått och hälsoeffekter i redovisningarna från de olika vårdenheterna. Dessutom bör vårdenheterna inklusive tandvården ges i uppdrag att i högre utsträckning utveckla och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
17	I all upphandling av måltidsverksamhet för patienter, personal och besökare på restauranger, kafeterior, automater och kiosker och motsvarande bör ställas krav på att hälsosamma mellanmål och nyckelhålmärkta måltider ska överväga i det totala utbudet.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
18	Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas och genomföras inom mödra- och barnhälsovården, som en del av det hälsofrämjande arbetet, och omfatta samtliga gravida och föräldrar i syfte att stödja hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet. Specifik hälsokommunikation kan utgöra en del av ett föräldrastödsprogram i mödra- och barnhälsovårdens regi.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
19	Skolhälsovården bör främja hälsosamma levnadsvanor bland barn och föräldrar. Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas som en del av det hälsofrämjande arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Elevernas längd och vikt bör rutinmässigt mätas och dokumenteras.	Kommunerna		Hälsa- och sjukvård	Skolan
20	Förebyggande program för livsstilsrelaterade sjukdomar bör vidareutvecklas och genomföras, bl a för personer med övervikt och andra personer med ökad risk för sjukdomar kopplade till matvanor och fysisk inaktivitet.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
21	Utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik för förändringar av levnadsvanor i allmänhet och matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet bör genomföras för vårdpersonal inom mödra- och barnhälsovård, tandvård, primärvård, specialiserad vård och skolhälsovård. Ett utbildnings/fortbildningspaket bör utvecklas och spridas i samarbete med universitetet/högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Yrkesutbildning och kommunikation
22	Berörda statliga myndigheter bör aktivt medverka i utvecklingen och spridningen av evidensbaserade metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, inklusive motiverande samtalsmetodik med fokus på matvanor och fysisk aktivitet.	Socialstyrelsen och/eller Statens folkhälsoinstitut		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
23	System bör utvecklas för tillämpning, uppföljning och utvärdering av fysisk aktivitet på recept (FaR) som en del av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälsa- och sjukvården.	Samrådsgruppen för FaR	1 mnkr	Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
24	Kulturkompetensen bör förbättras i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende mat och fysisk aktivitet.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
25	Hälsosamtal om barnets och familjens matvanor bör rutinmässigt genomföras som en del av tandhälsokontrollerna.	Sjukvårdshuvudmännen		Hälsa- och sjukvård	Hälsa- och sjukvård
26	En hälsoekonomisk utvärdering bör göras av "Handslaget med idrotten".	Regeringen		Idrott	Närmiljö
27	Riksidrottsförbundet bör utveckla sitt policydokument "Idrotten vill" genom att inkludera fler folkhälsofrågor i allmänhet och sambandet mellan mat och hälsa i synnerhet, samt utforma rekommendationer för sponsring i idrottsammanhang. Kvinnors och flickors deltagande i idrott bör stärkas på alla nivåer.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
28	Kommunerna bör inventera behovet av faciliteter för motion och spontanidrott under beaktande av jämställdhet och jämlikhet och bygga ut efter behov. Kommunerna bör sträva efter att alla som bor i tätort får tillgång till en näridrottsplats inom 2,5 km från bostaden och enklare anläggningar inom 1 km från bostaden, samt att det ska vara möjligt och tryggt att ta sig dit med hjälp av aktiv transport eller kollektivtrafik.	Kommunerna		Idrott	Närmiljö
29	Föreningslivet bör i samarbete med landstingen utbilda ledare i fysisk aktivitet på recept enligt metod framtagen av SISU Idrottsutbildarna och anordna lokala aktiviteter.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
30	Idrottsrörelsen bör utveckla sin verksamhet så att den kan attrahera människor med en stillasittande livsstil, människor med invandrarbakgrund samt funktionshindrade som vill idrotta på motionsnivå. Breddidrottsrådet bör få en större roll och mer resurser för att öppna dörrarna för fler.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
31	Utbildningen till idrottsledare/tränare bör innehålla kurser om matvanornas betydelse för hälsa och om ätstörningar och idrottsanorexi.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
32	Sverige ska på EU-nivå verka för att TV-reklam för mat riktad till barn förbjuds inom hela EU.	Regeringen		Konsument	Livsmedelssektor
33	Förutsättningarna för att begränsa marknadsföring av mat riktad till barn ska prövas, bl a med hänsyn till gällande lagstiftning. Utvecklingen av denna marknadsföring ska kontinuerligt bevakas. En arbetsgrupp för ansvarsfull marknadsföring ska bildas.	Konsumentverket		Konsument	Livsmedelssektor
34	Konsumentorganisationer bör kunna söka bidrag hos Konsumentverket för att bevaka och offentliggöra utvecklingen inom marknadsföring av söta drycker, godis, snacks, bakverk och glass riktad till barn, samt väcka debatt om marknadsföringen.	Konsumentverket	5 mnkr/år	Konsument	Livsmedelssektor
35	Material om marknadsföring av livsmedel i relation till hälsa riktad till ungdomar bör tas fram.	Konsumentverket	0,5 mnkr	Konsument	Skolan
36	Kommuner och skolor bör anta en sponsringspolicy för livsmedel. Som utgångspunkt bör användas vägledningen framtagen av Konsumentverket, Skolverket och Svenska Kommunförbundet.	Kommunerna		Konsument	Skolan
37	Regeringen bör utveckla en form för dialog med livsmedelssektorns olika branschorganisationer inom produktion, distribution, handel och restaurangnäringen för att diskutera hur livsmedelsbranschen kan bidra med olika åtgärder till gagn för folkhälsan. Målet kan vara en frivillig överenskommelse om etisk kod för främjande av goda matvanor.	Regeringen		Konsument	Livsmedelssektor
38	Folkhälsokonsekvenser ska bedömas och beaktas vid relevanta internationella förhandlingar och i synnerhet vid förändringar av EUs jordbrukspolitik. Effekter av produktionsdrivande jordbruksstöd ska särskilt beaktas.	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektor
39	I EU-kommissionens kommande revidering av direktivet om näringsvärdesdeklaration bör Sverige arbeta att näringsvärdesdeklarationer blir obligatoriska på alla färdigförpackade livsmedel och att dessa deklarationer även innefattar uppgifter om fettkvalitet, socker och salt (för alla relevanta produkter).	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektor
40	Det bör utredas hur kost- och hälsofrågor kan inkluderas i myndigheternas arbete för säkra livsmedel samt hur livsmedelstillsyn kan bedrivas avseende näringsmässiga aspekter. Åtgärderna skulle kunna knytas till företagets egenkontrollprogram.	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektor
41	Förutsättningarna för att ställa krav på berörda arbetsgivare att relevant personal har nödvändiga kunskaper i basala mat- och hälsofrågor bör utredas.	Livsmedelsverket		Livsmedel	Livsmedelssektor

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
42	Livsmedelsutbud, livsmedelspriser och marknadsföring för vissa livsmedelsgrupper (frukt, grönsaker, nyckelhålmärkta livsmedel, godis, snacks, sötade drycker, bakverk och glass) ska årligen sammanställas och publiceras i Statistisk Årsbok.	Jordbruksverket		Livsmedel	Livsmedelssektorn
43	Arbetet med tillämpningen av nyckelhålmärkning ska intensifieras, i synnerhet vad gäller märkning av måltider och tillsynen av denna inom restaurang och storhushållssektorn.	Livsmedelsverket		Livsmedel	Livsmedelssektorn
44	Nationellt representativa, rullande kostundersökningar ska utföras så att olika åldersgrupper följs upp vart tionde år. Dessa undersökningar ska även innehålla validerade frågor om fysisk aktivitet och kroppsvikt. Undersökningarna ska kompletteras med riktade studier i olika befolkningsgrupper (avseende etnicitet, socioekonomi, kön) och särskilda studier av vissa livsmedelsgrupper.	Livsmedelsverket	3 mnkr/år	Livsmedel	Genomförande och utvärdering
45	Information om goda matvanor och fysisk aktivitet ska utvecklas, utökas och göras mer tillgänglig för olika yrkesgrupper (vidareinformatörer).	Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut	20 mnkr över 3 år, sedan 1,5 mnkr årligen	Livsmedel	Yrkesutbildning och kommunikation
46	Ett nationellt program ska utvecklas för fortbildning/vidareutbildning/kompletterande utbildning av berörd personal inom olika verksamhetsområden, såsom vård, skola, omsorg och livsmedelssektorn. Detta program ska omfatta dels en gemensam kunskapsbas vad gäller mat – fysisk aktivitet – hälsa, dels ett antal målgruppsanpassade tillämpningar som vänder sig till specifika yrkesgrupper.	Livsmedelsverket	2 miljoner per år i 3 år, därefter 5 mnkr/år i 5 år	Livsmedel	Yrkesutbildning och kommunikation
47	Riktlinjer för maten på arbetsplatsen ska utarbetas, spridas och utvärderas.	Livsmedelsverket	0,5 mnkr/år i 3 år	Livsmedel	Arbetsplats
48	Riktlinjer för alla måltider i förskolan, förskoleklassen, skolan och gymnasieskolan ska utarbetas, spridas och utvärderas.	Livsmedelsverket	0,5 mnkr/år i två år	Livsmedel	Skolan
49	Friluftsrådet bör få fortsatt möjlighet att bistå Naturvårdsverket att utveckla möjligheterna för friluftsliv samt ge råd till myndigheter och övriga i sådana frågor och stärka sin forskningskompetens.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
50	Ideella friluftorganisationerna bör i likhet med idrottsrörelsen få ökat ekonomiskt stöd för att uppmuntra fler att bli fysiskt aktiva. Särskilda insatser ska göras för barn och ungdomar, personer med utländsk härkomst, äldre, arbetslösa och långtidssjukskrivna att bli mer fysiskt aktiva utomhus. Friluftsrådet bör ansvara för utdelningen och utvärderingen av stödet.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
51	Friluftslivet bör aktivt främjas för att locka nya grupper ut i naturen och på så sätt minska stillasittandet. Länsstyrelserna bör aktivt involveras och få utökade resurser för detta.	Länsstyrelser	20 mnkr/år	Miljö	Närmiljö
52	En hälsokonsekvensbedömning bör ingå som ett kriterium vid tilldelning av medel till regeringens program för kommunal naturvård. Projekten bör utvärderas ur ett folkhälsoperspektiv.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
53	Kommunerna bör som ett underlag i sina översiktsplaner utarbeta naturvårdsprogram, bl a i syfte att bevara och utveckla friluftslivet och möjligheter till fysisk aktivitet. Hälsokonsekvensbedömningar bör utföras parallellt med eller som en del av miljökonsekvensbeskrivningar av planerade projekt.	Kommunerna		Miljö	Närmiljö
54	Möjligheten att minska konsumtionen av choklad, konfektyr och sötade drycker med hjälp av beskattning eller andra ekonomiska styrmedel bör utredas, liksom möjligheten att genom beskattning minska intaget av socker och fett generellt.	Regeringen		Skatt	Livsmedelssektorn
55	En europeisk konferens om förutsättningarna för skattepolitiska åtgärder inom mat- och hälsoområdet bör arrangeras.	Regeringen	1 mnkr	Skatt	Livsmedelssektorn
56	Förutsättningarna för skattesubventionerade nyckelhålmärkta måltider bör utredas. En sådan utredning bör även klarlägga förutsättningarna för en tillfredställande kontroll eventuellt genom ett från myndigheterna fristående certifieringssystem.	Regeringen		Skatt	Livsmedelssektorn

Insats nr	Insatsformulering	Huvudaktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
57	Den nationella cykelstrategin ska vidareutvecklas och genomföras. Cykling bör inkluderas i den nationella vägdatabasen för att möjliggöra bedömningar av resursinsatserna. Planeringen av statliga vägar bör beakta en god infrastruktur för säkra cykel- och gångvägar. Beslutsunderlaget bör innefatta sociala konsekvensbedömningar. En manual/handbok bör utvecklas för att stärka bedömningen av den samhällsekonomiska nyttan av investeringar i cykelinfrastruktur på lokal nivå.	Vägverket	2 mnkr	Transport	Närmiljö
58	Åtgärder för gång- och cykeltrafik bör inkluderas i länstransportplanerna och inkludera sociala konsekvensbedömningar.	Länsstyrelser		Transport	Närmiljö
59	Ett statligt program för samfinansiering av kommunala gång- och cykelbanor bör inrättas.	Regeringen	100 mnkr/år	Transport	Närmiljö
60	För att öka möjligheten till aktiv transport bör hastighetsreducerande åtgärder vidtas i bostadsområden. Olika kategorier av trafikanter bör i så hög grad som möjligt separeras. Lokal infrastruktur bör anpassas till gåendes, cyklisters och funktionshindrades behov och önskemål.	Kommunerna		Transport	Närmiljö
61	Vägverkets arbete med barn och ungdomar i trafiken bör ha hög prioritet.	Vägverket		Transport	Närmiljö
62	Den nya skollagen bör inkludera begreppet "hälsa" i portalparagrafen. Skollagen bör uttrycka att de måltider som serveras inom förskolan, skolan och gymnasieskolor ska vara i linje med gällande nationella näringsrekommendationer.	Regeringen		Utbildning	Skola
63	Kunskapsämnet hem- och konsumentkunskap bör införas som ett kämämne i gymnasieskolan.	Regeringen		Utbildning	Skola
64	Medel bör delas ut av Myndigheten för skolutveckling till skolor som vill utveckla försöksverksamhet kring goda matvanor och fysisk aktivitet.	Regeringen	20 mnkr/år	Utbildning	Skola
65	Frågor om mat och fysisk aktivitet bör integreras med och inta en central plats i utbildningen om hållbar utveckling.	Regeringen		Utbildning	Skola
66	Fortsatt stöd bör ges till Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar (NCF) och ett utökat mandat så att det kan verka för en integration av goda matvanor och fysisk aktivitet och som även inkluderar förskolans verksamhet.	Regeringen	6 mnkr/år	Utbildning	Skola
67	Ämnet Idrott och hälsa bör utvecklas och kvalitetssäkras. Speciellt lågaktiva barns önskemål och behov ska beaktas, liksom genusperspektivet i undervisningen.	Skolverket		Utbildning	Skola
68	Kvalitetsindikatorer för undervisningen om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och hälsofrämjande miljöer avseende matvanor och fysisk aktivitet i förskolan och skolan bör utvecklas och finnas med vid inspektion, granskning och utvärdering.	Skolverket		Utbildning	Skola
69	I kommunernas kvalitetsredovisningar av förskolornas och skolornas arbete bör finnas beskrivet hur miljön främjar goda matvanor och fysisk aktivitet. Undervisningen om matvanor och hälsa bör dessutom utgöra ett indikatorområde.	Kommunerna		Utbildning	Skola
70	Ämnet Hem- och konsumentkunskap bör förstärkas. Särskild vikt bör läggas vid matvanornas betydelse för hälsan och kunskap om marknadsföring av livsmedel. Genusperspektivet i undervisningen bör beaktas.	Kommunerna		Utbildning	Skola
71	Fritidsverksamhet som inkluderar fysisk aktivitet inom skolans ram bör utvecklas och kvalitetssäkras.	Kommunerna		Utbildning	Skola
72	Arbete med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i skolan bör integreras med arbetet att stärka sociala relationer och psykisk hälsa.	Kommunerna		Utbildning	Skola
73	I gymnasieskolan bör utbildningar som leder till yrken inom vård, förskola, livsmedelssektor och omsorg, t ex undersköterskor, restaurangpersonal och barnskötare, innehålla karaktärsämnen i mat, fysisk aktivitet och hälsa.	Regeringen		Utbildning	Skola

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
74	På universitet och högskolor bör kurser utvecklas om matvanor, fysisk aktivitet och hälsokommunikation vilka kan ingå som valfria eller obligatoriska moment inom grund- och fortbildning i utbildningar för yrken inom skola, omsorg, vård och livsmedelstillsyn.	Högskola/ universitet		Utbildning	Skola
75	Antalet utbildningsplatser för utbildning till lärare i hem- och konsumentkunskap bör utökas samt möjligheten för studerande vid andra högskolors lärarprogram att komplettera med ämnesstudier i hem- och konsumentkunskap vid högskolor/universitet som erbjuder detta bör utvecklas.	Högskola/ universitet		Utbildning	Skola
76	En utredning bör tillsättas som ska analysera organisationen kring måltidssituationen inom äldreomsorgen.	Socialstyrelsen	0,5 mnkr	Äldre	Närmiljö
77	Vägledning och kvalitetsindikatorer för mat och fysisk aktivitet bör utarbetas inom äldreomsorgen.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö
78	Äldre personer bör ha möjlighet till daglig fysisk aktivitet som är lämplig med hänsyn till individens ålder och hälsotillstånd samt till daglig utevistelse för att förbättra styrka, rörlighet, kondition, koordination och balans. Aktivitetsprogram anpassade för äldres behov bör utvecklas. Hemmaboende äldre bör få förebyggande hembesök med bl a rådgivning om lämplig mat och fysisk aktivitet.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö
79	Skapa mötesplatser i närområdet som främjar fysisk aktivitet och goda matvanor bland äldre samt minskar isolering och stillasittande.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö

Hälso- och sjukvårds- nämndernas områden

