



Redovisning av uppdrag kring barns levnadsvanor

Med fokus på hälsosamma levnadsvanor och hälsosam vikt.

Handläggare: Elin Glad, Christin Anderhov Eriksson, Annika Larsson

Datum: 191204

Innehållsförteckning

Med fokus på hälsosamma levnadsvanor och hälsosam vikt.	1
Bakgrund	3
Ohälsosamma levnadsvanor	3
Konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor	3
Övervikt och fetma	3
Psykisk ohälsa	4
Karies	5
Dokument som stöd i arbetet för barns och ungas hälsa	5
Internationella dokument	6
Nationella dokument	6
Regionala styrdokument	7
Nuvarande uppdrag och förutsättningar	7
Barnhälsovårdens (BHV) uppdrag	7
Elevhälsans uppdrag	7
Tandvårdens uppdrag	8
Samhällsplanering	8
Uppdrag – behandling av ohälsosamma levnadsvanor, övervikt och fetma	8
Uppdrag - behandling av ohälsosamma levnadsvanor	9
Uppdrag - behandling fetma	9
Uppdrag	10
Process	10
Underlag till fortsatt uppdrag	12
Referensgruppens förslag till innehåll i uppdraget	12
Fortsatt uppdrag	12
Resurser	13
Referenser	14

Bakgrund

Ohälsosamma levnadsvanor

Både ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och fetma är vanligare bland förskolebarn och skolbarn i socioekonomisk sårbara områden (Livsmedelsverket, 2018).

Ohälsosamma levnadsvanor så som ett högt intag av energirika och näringsfattiga livsmedel, söta drycker och ett lågt intag av frukt och grönsaker och låg fysisk aktivitet har stor betydelse för barns och vuxnas hälsa och utveckling av övervikt och fetma (WHO, 2018a). Ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet är två av de riskfaktorer som har störst påverkan på sjukdomsburden i Sverige bland vuxna (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019). Saha et al (2019) beräknar att enbart ohälsosamma matvanor kostar samhället 53 miljarder kronor per år och gör att 6400 svenskar årligen, dör i förtid. De levnadsvanor och den hälsa som grundläggs under barn- och ungdomsåren påverkar även individens framtida hälsa och hälsorelaterade beteenden (Sawyer, o.a., 2012).

För barn och ungdomar bedöms ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet öka risken för övervikt, fetma och karies på kort sikt och på lång sikt ökar risken för andra kroniska sjukdomar så som diabetes II, hjärtkärlsjukdomar och vissa cancerformer (Laitinen, 2012). Otillräcklig fysisk aktivitet har även stor påverkan på barns mentala hälsa och skolprestation (Centrum för idrottsforskning, 2017). Barn har idag större tillgång till energitäta, näringsfattiga livsmedel och söta drycker, de sitter mer still, har tillgång till mobiltelefoner, datorer och I-pads och rör sig mindre på fritiden (Nyström, o.a., 2018).

Förskolebarn äter mindre frukt och grönsaker och mer sötsaker som godis och läsk än rekommendationen (Livsmedelsverket, 2006). Endast 12 procent av pojkar och 15 procent av flickorna i förskoleåldern når målet fem portioner frukt och grönsaker per dag. Förskolebarn är i snitt fysiskt aktiva 40 minuter per dag vilket är lägre än rekommenderade 60 minuter per dag (Kovács, o.a., 2014). Endast två av tio pojkar och en av tio flickor når målet 60 minuters fysisk aktivitet per dag.

Även skolbarn i årskurs 5, 8 och årskurs 2 på gymnasiet äter för lite frukt och grönsaker och för mycket sötsaker så som godis och läsk (Livsmedelsverket, 2018). Pep-rapporten 2019 visar att endast fyra av tio barn äter tillräckligt med grönsaker och att 7-9 åringar sitter tre timmar per dag eller mer framför skärm utanför lektionstid (Generation Pep, 2019).

Det finns en tydlig socioekonomisk koppling där ungdomar som har föräldrar med låg utbildning och/eller inkomst äter mindre grönsaker och fisk, och dricker mer läsk. Både ohälsosamma matvanor, otillräcklig fysisk aktivitet och fetma är vanligare bland barn i socioekonomiskt utsatta områden (Livsmedelsverket, 2018). Barn som lever i familjer med låg socioekonomi utsätts för fler negativa livsstilsbeteenden så som föräldrar som har fetma, röker, är mer inaktiva med mera (Gray, Hernandez Alava, Kelly, & Campbell, 2018) Denna grupp barn löper ökad risk att utveckla fetma ju äldre de blir.

Insatser för att minska övervikt och fetma hos barn och unga bör därför starta tidigt och ha fokus på hela familjens livsstil och levnadsvanor.

Konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor

Övervikt och fetma

Barnfetma är ett växande problem globalt och stigande prevalensen utgör idag ett hot mot folkhälsan (WHO, 2015) (WHO, 2016). Fetma hos barn är en allvarlig sjukdom som påverkar barnen både fysiskt och psykiskt. Redan i sexårsåldern har 26 % av alla barn med övervikt eller

fetma utvecklats en eller flera riskfaktorer som är relaterade till metabolt syndrom, så som insulinresistens, förhöjda triglycerider och förhöjt blodtryck (Kjellberg, o.a., 2019).

Fetma hos vuxna ökar risken för flera stora folksjukdomar så som diabetes, hjärtkärlsjukdom och flera former av cancer. Sjuklig fetma (BMI >40) förkortar livet med 8 - 10 år vilket är i paritet med rökning (Whitlock, o.a., 2009). Fetma tenderar att följa individen och har konsekvenser för både för individen, hälso- och sjukvården och samhället. Tidig fetmautveckling är allvarlig för den framtida hälsan och medellivslängden sjunker ju tidigare fetman debuterar. Vid BMI 45 vid 20 års ålder sjunker den genomsnittliga kvarvarande levnaden med 13 år. Flera studier styrker också att fetma är en väsentlig faktor för cancerutveckling (World cancer research fund, 2018). Ett högt body mass index (BMI) är den tredje största riskfaktorn för både män och kvinnor kopplat till sjukdomsburden i Sverige (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019).

I Sverige sågs en dubblering av övervikt och en fyrfaldig ökning av fetma bland 10 åringar mellan 1984 och 2000 (Mårild, o.a., 2004). Därefter har ökningen av övervikt och fetma bland barn i Sverige avstannat och det ses en antydning till minskning (Bygdell, Ohlsson, Saturnus, Sonden, & Kindblom, 2017) (Lissner, Sohlström, Sundblom, & Sjöberg, 2010). Den snabbaste viktökningen ses före sex års ålder och hälften av de ungdomar, 15-18 år, som hade fetma hade fetma redan vid skolstart (Geserick, o.a., 2018). Av de barn som har fetma vid sex års ålder uppskattas fyra av fem ha en kvarstående fetma i vuxen ålder utan behandling (BORIS, 2018). De barn som väger mest och barn med mer komplexa behov har sämre resultat av traditionell behandling. Man ser också att ju senare behandlingen sätts in desto svårare är det att påverka vikten (BORIS, 2018).

I Östergötland hade 8,9 procent av 4 åringarna övervikt och 2,2 procent fetma (Barnhälsovårdsenheten, Region Östergötland, 2018). Bland barn i årskurs 5 låg prevalensen fetma på 4 procent och bland ungdomar i årskurs 8 låg prevalensen på 3 procent (Livsmedelsverket, 2018). Bland gymnasieungdomar som gick andra året på gymnasiet låg prevalensen av fetma 2017 på 6 procent att jämföras med 23 procent bland ungdomar i samma ålder som hoppat av skolan. Fetma hos barn och ungdomar har en tydlig socioekonomisk koppling där ungdomar som har föräldrar med låg utbildning och/eller inkomst oftare drabbas av fetma.

De bakomliggande faktorerna vid barnfetma kan vara av genetisk och biologisk, beteendemässig, social och kulturell karaktär (Sveriges kommuner och landsting, 2017). Det finns tydliga samband mellan barns fysiska och psykiska hälsa och övervikt och fetma (WHO, 2018b). Att förebygga fetma hos barn och unga har en direkt påverkan på barnens fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande under barndomen och i vuxenlivet.

Psykisk ohälsa

Barn med övervikt och fetma har oftare sämre självkänsla, större risk att bli mobbade, lägre skolnärvaro och sämre skolresultat och svårare att få arbetet och lägre inkomst som vuxen jämfört med barn som har en hälsosam vikt (Lobstein, Baur, & Uauy, 2004).

Majoriteten av ungdomar 11,13 och 15 år anser själva att de har en bra hälsa (Folkhälsomyndigheten, 2018). Med stigande ålder uppger de dock en lägre självskattad hälsa samt fler psykiska och somatiska besvär. Dessutom ökar skillnaden med stigande ålder mellan pojkar och flickor, där de senare anser sig ha sämre hälsa och fler besvär. Andelen som uppger psykiska besvär ökar, framför allt bland 13- och 15-åriga flickor. Det är också betydligt fler flickor än pojkar som inte är nöjda med sin kropp. En betydande andel av flickorna tycker att de väger för mycket. Samtidigt tycker många pojkar att de är för smala. Andelen som försöker gå ned i vikt har ökat bland 13-åriga flickor och 15-åriga pojkar jämfört med föregående mätning.

Enligt enkäten Om mig ökar stress och psykisk ohälsa under åren 2014 -2016 (Region Östergötland, 2018). Ökningarna ses i alla grupper men främst bland tjejer och ungdomar med

annan könsidentitet. Det är endast 17 procent av tjejerna i gymnasieskolan som sällan eller aldrig upplevt ångest.

Karies

Världshälsoorganisationen (WHO) har definierat hälsa som "ett tillstånd av fullständigt fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom". Begreppet inkluderar också tandhälsa som en betydelsefull komponent i en individs allmänna hälsotillstånd.

Karies är en av de vanligaste sjukdomarna hos barn och förekommer i alla länder men är ojämnt fördelad i populationen. Sjukdomen har en tydlig socioekonomisk gradient där barn som lever under socialt sämre levnadsvillkor både har oftare och svårare karies. Omfattande kariesskador kan leda till stort lidande för den enskilde och äventyra livskvaliteten både funktionellt och estetiskt. Att förebygga kariessjukdom är därför en viktig del i folkhälsoarbetet.

Barn och unga i Sverige har idag en i huvudsak mycket god tandhälsa. Tandhälsoutvecklingen visar sedan slutet av 1930-talet en positiv trend där ett klart samband ses med riksdagsbeslutet från 1938 om införande av organiserad skoltandvård i Sverige (Socialstyrelsen, 2017). I många vetenskapliga studier har tandhälsan hos barn och unga visat sig ha ett starkt samband med socioekonomiska förhållanden. Det finns ett flertal olika förklaringsmodeller till hälsoskillnader mellan olika grupper i befolkningen.

Tandhälsan hos barn och unga i Östergötland ligger mycket nära medelvärdet för Sveriges regioner och uppvisar samma utveckling över tid. På kommunnivå är skillnaderna i tandhälsa mellan olika kommuner och bostadsområden i Östergötland stora (Region Östergötland, 2018). Region Östergötland och Folktandvården Östergötland har sedan flera år tillbaka arbetat för att minska ojämlikheter i tandhälsa hos barn och unga genom särskilda satsningar på de områden som uppvisar den sämsta tandhälsan – de så kallade "Gula fläckar områdena".

I Östergötland har andelen kariesfria 6-åringar minskat med två procentenheter under tidsperioden 2006-2018 samtidigt som andelen 6-åringar med mycket karies har ökat med tre procentenheter (Region Östergötland, 2018). Totalt sett har tandhälsan för 6-åringarna försämrats under de senaste tio åren. Tandhälsan hos 19-åringar har däremot stadigt förbättrats under tidsperioden 2006-2018. Andelen helt kariesfria 19-åringar har ökat med 16 procentenheter medan andelen 19-åringar med mycket karies har minskat med fem procentenheter sedan år 2006.

WHO har ställt upp mål för barns tandhälsa i Europa till år 2020. Målet för 6-åringar är att 80 procent ska vara helt kariesfria, vilket är ett mål som ännu inte uppnåtts i Sverige. År 2017 var kariesfriheten hos 6-åringar i Sverige 73 procent (Östergötland 72 %).

Dokument som stöd i arbetet för barns och ungas hälsa

Under de senaste 5-10 åren har det kommit flera internationella och nationella rapporter som stöder ett sektorsövergripande för att främja hälsosamma levnadsvanor och en hälsosam vikt hos barn och unga med syfte att ge förutsättningar för hållbar, god och jämlik hälsa.

Internationella dokument

Agenda 2030 menar att god hälsa är en grundläggande förutsättning för människors möjlighet att nå sin fulla potential och att bidra till samhällets utveckling. Människors hälsa påverkas av ekonomiska, ekologiska och sociala faktorer och inkluderar alla dimensioner och människor i alla åldrar (Regeringskansliet, 2016). Hållbar utveckling innebär att vi tillgodoser dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjlighet att tillfredsställa sina behov.

Den 1 januari 2020 blir FN:s konvention om barnets rättigheter, **barnkonventionen** lag i Sverige. I artikel 24 står: *”Barn har rätt att växa upp i en miljö utan risk att drabbas av övervikt och fetma som kan ge upphov till livslånga sjukdomar som diabetes, hjärt- och kärlsjukdomar och vissa cancerformer. Alla barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa”* (UNICEF Sverige).

Prevention av barnfetma kräver en helhetssyn där olika aktörer i samhället samverkar och genomför insatser som underlätta hälsosamma val på olika nivåer i samhället, allt från lagar och regleringar på nationell nivå till att erbjuda hälsosam mat i förskolan (WHO, 2016) (EU, 2014).

Preventionsarbetet bör starta innan barnet är fött och att särskilda insatser riktas mot socioekonomiskt utsatta områden och familjer.

Nationella dokument

”När människors egna resurser att göra hälsosamma val inte räcker till är det välfärdens uppgift att kompensera för skillnader i handlingsutrymme och möjligheter bland befolkningen.”

Kommission för

jämlik hälsa

För att nå en mer jämlik hälsa bör åtgärder inriktas på att skapa, stötta och stärka en god start i livet och jämlika uppväxtvillkor så att alla barn får grundläggande förutsättningar att utifrån sina villkor utveckla kognitiva, emotionella, sociala och fysiska förmågor. I detta sammanhang har föräldrars levnadsvanor en avgörande betydelse för vilka attityder och varor barnet själv utvecklar. Kommission för jämlik hälsa menar också att jämlik hälsa ytterst handlar om välfärd och livsvillkor och om systematiska skillnader mellan olika sociala grupper vad gäller bland annat barns uppväxtvillkor, utbildningschanser och boendemiljö behöver minska (SOU 2017:47). Dessa faktorer påverkar även barns levnadsvanor, förekomst av övervikt och fetma samt karies. Även Strategi för hälsa lyfter fram flera olika faktorer som har betydelse för barns hälsa så som tidiga insatser för att minska psykisk ohälsa bland barn och unga, att minska kariesfrekvensen bland yngre barn och att minska barns stilla sittande fritid (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

År 2018 beslutade riksdagen att revidera det nationella folkhälsomålet till: *Skapa samhällsliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.* Flera mål har stor betydelse för barns hälsa så som mål 1 *det tidiga livets villkor* och mål 6 *levnadsvanor*. En bra start i livet med goda uppväxtvillkor som stimulerar deras tidiga utveckling, inlärning och hälsa är avgörande för att uppnå jämlik hälsa som barn och som vuxen. Viktiga arenor för jämlik hälsa och att nå dessa mål är en jämlik mödra-, barnhälsovård, elevhälsa och en förskola och skola av god kvalitet.

Som stöd för arbetet för att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor hos barn och unga finns sen 2018 reviderade Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor (NRL) (Socialstyrelsen, 2018). NRL rekommenderar att barn 2-12 år med



ohälsosamma matvanor eller otillräcklig fysisk aktivitet uppmärksammas och erbjudas familjestödprogram. Syftet med familjestödsprogram är att främja vilket ökar vårdnadshavarens förmåga att vägleda sina barn till hälsosamma levnadsvanor och en mer hälsosam livsstil.

Regionala styrdokument

Ett viktigt regionalt styrdokument är den regionala utvecklingsplanen för Östergötland (RUP). Den är en gemensam agenda för Östgöta regionen där mål ett omfattar goda livsvillkor för regionens invånare. Där lyfter man att barnens väl och rättigheter alltid måste värnas. Ett uppdrag har givits om att utveckla en regional utvecklingsstrategi (RUS) som kommer att ersätta RUPen.

I Östgotakommissionens slutrapport ges rekommendationer för att nå en jämlik hälsa inom fem arenor, - boende närområde, - fritid och kultur, - skola och utbildning, - arbete och försörjning, - omsorg, hälso- och sjukvård. Inom alla dessa arenor finns faktorer som påverkar barn och ungas uppväxtvillkor och då i sin tur deras levnadsvanor (Östsam, Regionförbundet, 2014). Ett mål är att skapa förutsättningar för ett aktivt sjukdomsförebyggande arbete, där hälso- och sjukvården diskuterar levnadsvanor som fysisk aktivitet och matvanor utifrån en helhetssyn på hälsa och sjukdom.

År 2016 antogs strategin Sätt Östergötland i rörelse vars syfte är att stärka ett långsiktigt arbete för jämlik hälsa genom ökad fysisk aktivitet och integrera planens intentioner i strategiska dokument (Region Östergötland, 2016).

Nuvarande uppdrag och förutsättningar

Barnhälsovårdens (BHV) uppdrag

Barnhälsovården styrs av hälso- och sjukvårdslagen och verksamheten ska bidra till barnets bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa (Socialstyrelsen, 2014). Barnhälsovårdens mål är att främja barns hälsa, förebygga ohälsa och tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa (Socialstyrelsen, 2014). *Arbetet på BHV* är styrt av olika lagar och riktlinjer så som Hälso- och sjukvårdslagen mål 3 kap 1§: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt 2§ Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande (Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30).

Under 2018 kom flera dokument som stärker betydelsen av att arbeta för att främja hälsosamma levnadsvanor och att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor i tidig ålder. I juni 2018 antog Regeringen nya folkhälsomål där mål 1 är *Det tidiga livets villkor* och mål 6 *Levnadsvanor* (Prop. 2017/18:249). Centralt i dessa mål är att arbeta för en god och jämlik hälsa. Målområde 1 har fokus bland annat på barnhälsovårdens arbete för att alla barn ska få en bra start i livet med goda uppväxtvillkor och målområde 6 lyfter fram att arbetet levnadsvanor är ett centralt område för att uppnå jämlik hälsa.

I dagsläget utgår BHV arbete med levnadsvanor i samband med hälsosamtalen, vid 2,5, 4 och 5 år i Östergötland, från Barnhälsovårdens nationella program och Region Östergötlands (RÖ) regionala rutiner (Rikshandboken i Barnhälsovård, uå; Socialstyrelsen, 2014).

Elevhälsans uppdrag

Skolans uppdrag är att anpassa den pedagogiska verksamheten efter varje elevs behov samt att skapa förutsättningar för fortsatt lärande. Elevhälsans uppdrag är enligt skolverket att främja, förebygga och stödja elevens utveckling mot målen (Socialstyrelsen; Skolverket, 2017). Elevhälsan ska främst arbeta hälsofrämjande och förebyggande och elevhälsans personal ska även stödja elevens utveckling mot utbildningens mål. Genom elevhälsans uppdrag sätts sambandet mellan lärande och hälsa i fokus och elevhälsan knyts därmed närmare skolans uppdrag. En god hälsa är en viktig förutsättning för att klara skolan. Vidare ska elevhälsan i samverkan med elever,

vårdnadshavare och skolans övriga personal arbeta för att ge eleverna kunskap om hälsosamma levnadsvanor och om faktorer som bidrar till hälsa eller ohälsa (Socialstyrelsen; Skolverket, 2017).

Arbetet i *Elevhälsovården* är i likhet med barnhälsovården styrt av olika lagar och riktlinjer så som Hälso- och sjukvårdslagen mål 3 kap 1§: en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen samt 2§ Hälso- och sjukvården ska arbeta förebyggande (Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30). Under 2018 kom flera dokument som stärker betydelsen av att arbeta för att främja hälsosamma levnadsvanor och att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor i tidig ålder (Socialstyrelsen, 2018).

I dagsläget sker elevhälsovårdens arbete med levnadsvanor framförallt på individnivå i samband hälsobesök hos skolsköterska i F-klass eller åk 1, i åk 4 och i åk 7 eller 8 samt i Gy åk 1 i enlighet med Skollagen 1kap 27§. Hälsobesöken innefattar hälsosamtal med samtal utifrån ifylld hälsoenkät med frågor rörande fysisk, psykisk och social hälsa samt arbetsmiljö. Vidare ingår hälsokontroll i form av vissa medicinska kontroller däribland tillväxtkontroller.

Tandvårdens uppdrag

Med utgångspunkt i Tandvårdslagen (1985:125) har Hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Östergötland uppdragit åt Folk tandvården Östergötland att ansvara för befolkningsansvaret för barn och ungdomar (Region Östergötland, 2019). Befolkningsansvaret för barn och ungdomar omfattar samtliga barn och ungdomar i åldern 0-19 år som vistas i länet. Målet för befolkningsansvaret är att alla som vistas inom länet tillförsäkras goda möjligheter att bibehålla eller nå en god tandhälsa. Detta sker genom att kunskaper om munsjukdomar och deras orsaker förmedlas.

Folktandvården ska genom sin kunskap inom det geografiska området, bland annat dess socioekonomiska struktur, särskilt rikta insatser till grupper med förhöjd sjukdomsrisk och till grupper med störst behov. Behov av munhälsouppllysning ska särskilt beaktas hos utlandsfödda barn och deras föräldrar. Aktiv samverkan ska ske med andra aktörer till exempel mödrahälsovården, barnhälsovården, förskolan, förskoleklasser och skolan. För de små geografiska områden där ohälsan är störst finns det särskilda medel avsatta för tvärssektoriella projekt där Folk tandvården är initierande.

Samhällsplanering

En bra bostad och boendemiljö är en viktig förutsättning för god hälsa (Östsam, Regionförbundet, 2014). Det är viktigt att känna sig trygg och delaktig samt ha en meningsfull fritid, tillgång till mötesplatser och bra service. Bostaden och närområdet har stor betydelse för social gemenskap och trygghet, vilka hör till människans grundläggande behov. Bra boendeförhållanden påverkar hälsan i en positiv riktning, och i det sammanhanget har begreppet stödjande miljö betydelse. Stödjande miljöer underlättar för människor att fatta kloka beslut och gör det möjligt för dem att utveckla sin kapacitet och hälsa samt sitt självförtroende.

Att utveckla stödjande miljöer handlar t.ex. om att skapa ett tryggt och trivsamt boende samt erbjuda en meningsfull och givande fritid, lek, social gemenskap, tillgång till mötesplatser, närhet till grönområden och bra offentlig service. Ett bostadsområdes kvaliteter eller brist på kvaliteter behöver uppmärksammas på ett tidigt stadium i planeringen.

Uppdrag – behandling av ohälsosamma levnadsvanor, övervikt och fetma

Arbetet för att förebygga och behandla övervikt och fetma hos barn och unga kräver en bred ansats och behöver omfatta generella, hälsofrämjande insatser på befolkningsnivå i både kommun och region, förebyggande och behandlande insatser från BVC och Elevhälsan till behandling av barn

med sjuklig fetma samt strategiskt arbete på ledningsnivå. Även föreningar, företag och civilsamhället där människor, grupper och organisationer agerar tillsammans för gemensamma intressen, måste involveras för att arbetet ska lyckas (WHO, 2016). Det krävs också en långsiktighet.

Uppdrag - behandling av ohälsosamma levnadsvanor

Barnhälsovården i RÖ har en struktur och rutiner för hälsosamtal med fokus på att främja hälsosamma levnadsvanor för alla barn och att uppmärksamma och åtgärda barn som faller ut med till exempel under- eller övervikt.

Dock saknas ett systematiskt arbete för att uppmärksamma och åtgärda ohälsosamma matvanor och otillräcklig fysisk aktivitet för barn 2-5 år i enlighet med NRL, det vill säga en struktur för hur och när ohälsosamma levnadsvanor ska uppmärksammas och resurser för den rekommenderade åtgärden, familjestödsprogram, vid ohälsosamma levnadsvanor (Socialstyrelsen, 2018).

Elevhälsovården har en struktur och rutiner för hälsobesök med fokus på att främja hälsosamma levnadsvanor för alla barn och att uppmärksamma barn som faller ut med till exempel under- eller övervikt. Vårdnadshavare och elev erbjuds i regel ett MI-baserat livsstilsstöd via skolsköterska.

Många gånger räcker detta stöd inte till och ytterligare insatser såsom familjestödsprogram, vid ohälsosamma levnadsvanor och generella förebyggande program på skol- och kommunnivå som föreslås i WHO och EUs handlingsplaner för att stoppa barnfetma saknas (Socialstyrelsen, 2018) (WHO, 2017) (EU, 2014).

Uppdrag - behandling fetma

Barnhälsovårdsenheten i Östergötland har sedan 2016 ett tilläggsuppdrag att arbeta för att förebygga övervikt och fetma för barn 0-12 år samt att erbjuda behandlande insatser för *friska* barn med fetma (ISO BMI 30-35) 6-12 år. I uppdraget ingår också att verka stödjande och rådgivande i förhållande till relevanta aktörer, framför allt inom primärvård och elevhälsovård, samt att skapa modeller för samverkan.



Viss behandling erbjuds barn med Neuropsykiatrisk diagnos inom BUP i Linköping samt barnkliniken erbjuder sjukdomskontroll i form av vikt och längdmätning samt provtagning för barn med metabola komplikationer.

Dock saknas i dagsläget saknas adekvat behandling i regionen på specialistnivå (bild 1) för barn och ungdomar med svår eller sjuklig fetma ISO BMI>35 samt för ungdomar 13-18 år med fetma (ISO BMI 30-35).

Uppdrag

Förslaget att lyfta detta inom Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO) kom från Regionens hälsoråd och Hälso- och sjukvårdsdirektören (ordförande i Hälsorådet) för att via LGVO ”barn och unga” få ett uppdrag för fortsatt arbete. Man ansåg att frågan behövde en bred beredning då utbildningsnämnder/kontor ligger utanför LGVO.

Uppdraget innebar att ta fram **ett beslutsunderlag** riktat till LGVO för att få mandat att ta fram en gemensam strategi/handlingsplan för regionen och kommunerna i regionen under 2020.

Process

Barnhälsovårdens uppdrag presenterades i mars 2017 på RÖ:s hälsoråd. Vid det tillfället visades även bakgrundsfakta kring prevalens och fetmautveckling i Östergötland. Elin Glad och Christin Anderhov Eriksson, dietister på Barnhälsovårdens övervikt- och fetmateam fick då i uppdrag att tillsammans med Annika Larsson, folkhälsostrateg på Regional utveckling sammanställa ett underlag för en strategi/handlingsplan för Östergötland. I november 2017 avrapporterades arbetet och presenterades även som ett ”gott exempel” på Kunskapsnämndens för region- och kommunpolitiker. Projektgruppen fick mandat att gå vidare och i mars 2018 presenterades ett förslag på tjänstemannanätverket för folkhälsa, som var positiva men såg svårigheter med en enad strategi för länet. Under sommaren 2018 publicerades en debattartikel i lokalpressen, riktad till hälso- och sjukvårdsledningen (direktör Lena Lundgren) från länets skolläkare. I artikeln framkom kritik kring remisskriterier för behandling. Även på nationell nivå förekom debatter kring behandling av fetma.

Slutligen kom förslaget att lyfta frågan kring en strategi/handlingsplan inom Ledningsgrupp vård och omsorg (LGVO) för att därifrån få ett uppdrag för fortsatt arbete. På inrådan från kommunföreträdare kontaktades Elevhälsocheferna i länet, vars nätverk utsåg en representant från varje kommuns elevhälsa. Dessa bildade tillsammans med representanter från bl.a, barnhälsovården, barnkliniken, folk tandvården samt folkhälsovetare/upplysare från region och kommun en referensgrupp.

I januari 2019 startade arbetet med att ta fram ett beslutsunderlag för att få ett uppdrag att ta fram en strategi/handlingsplan med fokus på ”hälsosamma levnadsvanor för en hälsosam vikt hos alla barn i Östergötland”. Underlaget omfattar både generella, hälsofrämjande insatser på befolkningsnivå, förebyggande och behandlande insatser och behandling av barn och ungdomar med fetma samt strategiskt arbete på ledningsnivå. Det har genomförts gemensamma arbetsmöten, en workshop samt kunskapsseminarier med politiker.

Underlaget kommer att presenteras på LGVO (Ledningsgrupp för vård och omsorg) – ”Att växa upp” i december 2019.

Parallellt med detta har Region Östergötland inlett ett samarbete tillsammans med sex andra regioner och Swelife, som är ett strategiskt innovationsprogram via innovationsmyndigheten Vinnova. I den nationella långsiktiga satsningen ligger betoningen på prevention av barnfetma med visionen “Noll barnfetma vid skolstart 2030”.

Underlag till fortsatt uppdrag

I arbetet med att ta fram underlaget identifierade referensgruppen en rad faktorer som stärker incitamentet för en länsgemensam strategi/handlingsplan. Att jobba åt samma håll och erbjuda likvärdiga insatser för alla barn i Östergötland. Möjligheten att skapa en gemensam kunskapsbas genom att lära av varandra, utveckla kunskapsbaserade insatser och genomföra gemensamma utbildningar.

Strategin/handlingsplanen kan utgöra underlag för lokala beslut och uppdrag till verksamheterna. Öka medvetenheten i organisationerna, ge legitimitet – mandat – tydlighet och skapa politiska incitament för att avsätta resurser. Att se insatsen som en samhällsintervention och fokusera på tidiga insatser och då också få in hälsoaspekterna i alla delar av verksamheterna. En gemensam samverkansplattform med gemensamma målbilder som följer upp gjorda insatser under långtid. En möjlighet att hitta synergier och att använda resurser effektivare.

Referensgruppens förslag till innehåll i uppdraget

Deltagarna i referensgruppen har diskuterat vad som bör ingå i ett fortsatt uppdrag. Följande perspektiv har lyfts: ägarskap/mandat, resurser, aktörer, kunskap och kompetens, bakgrundsfakta, samverkan, mål, uppdrag, uppföljning/utvärdering och forskning.

Referensgruppen är enig om, trots avsaknad av nationella riktlinjer, att det finns tillräckligt med bakgrundsdata och dokument som tydligt visar att det är dags att sätta igång ett gemensamt arbete. Fortfarande saknas bra behandlingsmetoder som ger goda resultat när det gäller behandling för barn och unga med svår och sjuklig fetma. Vidare identifieras behovet av en gemensam kunskapsenhet/specialistenhet för länet då Östergötland saknar behandling på specialistnivå. Här behövs metodutveckling och forskning. Det är också viktigt vid behandling på specialistkliniker som barn och ungdomspsykiatri (BUP) och Barnhabiliteringen (BHAB) att de har ett helhetsperspektiv och beaktar levnadsvanor och behandling vid fetma.

Berörda aktörer i det fortsatta arbetet är mödrahälsovården, BVC, tandvården, förskolan, elevhälsan, skolan, Kostenheten, Ungdomsmottagningen, Barnkliniken, BUP, BHAB, Kirurgi (Gastric Bypass), primärvården, BHV:s övervikt och fetmateam, Barnhälsan/Råd, stöd och hälsa, regionalt och kommunalt folkhälsoarbete samt andra aktörer som föreningsliv, näringsliv, kultur och universitetet.

I ett första steg föreslår referensgruppen att en nulägesbeskrivning tas fram som utgångspunkt för utvärdering av det fortsatta arbetet. I kartläggningen bör hälsoekonomi och ett socialt investeringsperspektiv beaktas. Gruppen föreslår att man tar fram indikatorer som är möjliga att följa i de olika kommunerna såsom t.ex. levnadsvanor, prevalens, karies, föräldrars utbildningsnivå. Utvärdering krävs ur ett medicinskt/psykologiskt/ekonomiskt perspektiv där man också betonar koppling till psykisk ohälsa som i sin tur påverkar och påverkas av levnadsvanor. Mätbara mål för behandling sker i samråd med individ/familj.

Referensgruppen menar att det är viktigt med ett tydligt ägarskap och mandat både politisk och på chefsnivå för strategin/handlingsplanen.

Fortsatt uppdrag

För att färre barn och ungdomar ska utveckla övervikt och fetma i Östergötland behöver vi tillsammans utveckla det hälsofrämjande, förebyggande och behandlande arbetet med levnadsvanor både inom regionen och i kommunerna. I Östergötland finns redan tillräckligt med kunskap på lokal och regional nivå för att starta ett strukturerat arbete.

Ett uppdrag ges för att ta fram en strategi/handlingsplan med utgångspunkt från ovanstående bakgrundsbeskrivning. Syftet med strategin/handlingsplanen är främja hälsosamma levnadsvanor bland barn och unga för att minska prevalensen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Östergötland.

Strategin/handlingsplanen bör:

- Betona vikten av samverkan och ett gemensamt ansvar för region Östergötland och länets 13 kommuner.
- I enlighet med Östgötakommissionen, utgå från följande samhällsarenor: boende och närområde, fritid och kultur, skola och utbildning, arbete och försörjning, omsorg samt hälso- och sjukvård.
- Omfatta en komplett vårdkedja för barn och ungdomar med fetma
- Fokusera på tidiga insatser
- Beakta alla levnadsvanor
- Beakta socioekonomi och främja jämlik hälsa
- Vara långsiktigt och hållbart.
- Innehålla en plan för implementering och utvärdering samt tydliggöra behovet av resurser för detta
- Identifiera möjligheter till synergier och att använda resurser effektivare.

Resurser

Resurser bör avsättas för samordning och projektledning i framtagandet av strategin/handlingsplan. Vissa delar av arbetet kan göras inom befintlig verksamhet.

Referenser

- Barnhälsovårdsenheten, Region Östergötland. (2018).
- BORIS. (2018). Borisregistret Årsrapport.
- Bygdell, M., Ohlsson, C., Saturnus, J., Sonden, A., & Kindblom, J. M. (2017). The rise and the recent decline of childhood obesity in Swedish boys: the BEST cohort. *Int J Obesity*, 41(5), ss. 807-812.
- Centrum för idrottsforskning. (2017). *De aktiva och De inaktiva. Om ungas rörelse i skola och på fritid*. TMG Tabergs.
- EU. (2014). *EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020*. EU. Hämtat från https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/nutrition_physical_activity/docs/childhood_obesity_actionplan_2014_2020_en.pdf
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Skolbarns hälsovanor i Sverige 2017/18. Grundrapport*. Folkhälsomyndigheten.
- Generation Pep. (2019). *Pep-rapporten 2019 - Nu sätter vi barn och ungas hälsa på agendan*. Generation Pep.
- Geserick, M., Vogel, M., Gausche, R., Lipek, T., Spielau, U., Keller, E., & Körner, A. (2018). Acceleration of BMI in Early Childhood and Risk of Sustained Obesity. *The New England Journal of medicine*, 379, 1303-1312.
- Gray, L., Hernandez Alava, M., Kelly, M. P., & Campbell, M. J. (2018). Family lifestyle dynamics and childhood obesity: evidens from the millenium cohort study. *BMJ Public health*, 18(1), s. 500.
- (u.d.). *Hälso- och sjukvårdslag, 2017:30*.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *GBD Compere*. Hämtat från Sweden: <http://www.healthdata.org/sweden>
- Kjellberg, E., Roswall, J., Bergman, S., Almquist-Tangen, G., Alm, B., & Dahlgren, J. (2019). Longitudinal birth cohort study found that a significant proportion of children had abnormal metabolic profiles and insulin resistance at 6 years of age. *Acta Paediatrica*, 108(3):486-492.
- Kovács, E., Siani, A., Konstabel, K., Hadjigeorgiou, C., de Bourdeaudhuij, I., Eiben, G., & Molnár, D. (2014). Adherence to the obesity-related lifestyle intervention targets in the IDEFICS study. *International Journal of Obesity*, 38, ss. 144-151.
- Laitinen, T. P. (2012). Ideal cardiovascular health in childhood and cardiometabolic outcomes in adulthood: the Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Circulatio*, 125, ss. 1971-1978.
- Lissner, L., Sohlström, A., Sundblom, E., & Sjöberg, A. (2010). Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obesity reviews*, 11(8), ss. 553-559.
- Livsmedelsverket. (2006). *Riksmaten - barn 2003*. Uppsala: Livsmedelsverket.
- Livsmedelsverket. (2016). *Socioekonomiska skillnader i matvanor i Sverige, rapport 9/2016*. Livsmedelverket.
- Livsmedelsverket. (2018). *Riksmaten ungdom 2016-17 Livsmedelskonsumtion bland ungdomar i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket+.

- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity Reviews*, ss. 4-85.
- Mårild, S., Bondestam, M., Bergström, R., Ehnberg, S., Hollsing, A., & Albertsson-Wiklander, K. (2004). Prevalencetrends of obesity and overweight among 10-year-old children in westerns Sweden and relationship with parental bodymass index. *Acta Paediatric*, 93(12), ss. 1588-1595.
- Nyström, C. D., Larsson, C., Alexandrou, C., Ehrenblad, B., Eriksson, U., Friberg, M., & Löf, M. (2018). *Active healthy kids Sverige*.
- Prop. 2017/18:249. (u.d.). God och jämlik hälsa - en utvecklad folkhälsopolitik. *Prop. 2017/18:249*.
- Regeringskansliet. (den 11 01 2016). *Agenda 2030 för hållbar utveckling*. Hämtat från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/agenda-2030-for-hallbar-utveckling/>
- Region Östergötland. (2016). *Sätt Östergötland i rörelse*.
- Region Östergötland. (2018). *Om mig Länsrapport 2018*. Region Östergötland i samverkan med länets kommuner och Länsstyrelsen i Östergötland.
- Region Östergötland. (2018). *Socioekonomi och tandhälsa hos barn och unga i Östergötland*.
- Region Östergötland. (2019). *Överenskommelse om uppdrag 2020 mellan Hälso- och sjukvårdsnämnden och Folktandvården Östergötland*. Centrum för verksamhetsstöd och utveckling.
- Saha, S., Nordström, J., Gerdtham, U.-G., Mattisson, I., Nilsson, P. M., & Scaborough, P. (2019). Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer Mortality by Achieving Healthy Dietary Goals for the Swedish Population: A Macro-Simulation Modelling Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, ss. 16, 890.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S. J., Dick, B., & Ezech, A. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. 379(9826). *Lancet*, 379(9826), ss. 1630-40.
- Socialstyrelsen. (2014). *Vägledning för barnhälsovården*. Falun: Edita Bobergs.
- Socialstyrelsen. (2017). *Karies bland barn och ungdomar - Epidemiologiska*.
- Socialstyrelsen. (2018). *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor - stöd för styrning ledning*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen; Skolverket;. (2017). *Vägledning för elevhälsan*. Socialstyrelsen. Hämtat från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2016-11-4.pdf>
- SOU 2017:47. (2017). *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*.
- Sveriges kommuner och landsting. (2017). *Barns och ungas hälsa i Sverige. En beskrivning av nuläget*. LTAB.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Strategi för hälsa. Tillsammans - varje dag lite bättre*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- UNICEF Sverige. (u.d.). *Barnkonventionen - FN:s konvention om barnets rättigheter*. UNICEF Sverige.

- WHO. (2015). *Fical Policies for Diet an Prevention og Noncommunicable Diseaces*. Geneva.
- WHO. (2016). *Report of the commission on Ending Childhood Obesity*. Geneva.
- WHO. (2017). *Report of the comission on Ending Childhood Obesity implementation plan: executive summary*. WHO.
- WHO. (2018a). *Global Strategy on Diet, Physiscal Activity and Health*.
- WHO. (2018b). *Taking Action on childhood Obesity*.
- World cancer research fund. (2018). *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective*. Hämtat från <https://www.wcrf.org/sites/default/files/Summary-of-Third-Expert-Report-2018.pdf>
- Östsam, Regionförbundet. (2014). *Östgöta Kommissionen för folkhälsa - slutrapport*. Uppsala.