



Återrapportering RMKS

Slutrapport LAG Obesitas - Barn
och ungdomar

Innehållsförteckning

1 - Introduktion och bakgrund.....	3
1.1 Obesitas.....	3
1.2 Nationella riktlinjer för vård vid obesitas.....	4
1.3 Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar.....	5
1.4 Gapanalys Region Örebro län.....	5
2 - Uppdrag.....	6
3 - Metod - Personcentrerad processkartläggning.....	6
4 - Förslag på organisationsstruktur under hela vårdkedjan.....	7
4.1 Vårdprocess för barn och ungdomar med obesitas.....	7
4.1.1 Vårdnivå 1.....	8
4.1.2 Vårdnivå 2.....	9
4.1.3 Vårdnivå 3.....	9
4.2 Vårdövergångar.....	10
4.3 Samverkan.....	11
4.4 Utveckling av arbetssätt.....	11
5 - Förslag på struktur och innehåll av kompetenshöjande insatser kring obesitas, utifrån vårdnivå.....	11
5.1 Kompetensbehov.....	11
5.2 Tillgängliga utbildningar.....	12
6 - Diskussion.....	13
7 - Förslag på fortsatt uppdrag.....	14
8 - Referenser.....	14

1. Introduktion och bakgrund

Folkhälsomyndigheten använder fortfarande begreppet fetma och skriver följande: "Övervikt och fetma innebär en ökad risk att drabbas av ohälsa och är en av de främsta orsakerna till sjukdomsbördan och förtida död i Sverige. Enligt Global Burden of Disease (GBD) är högt BMI den femte största orsaken till död i Sverige 2021, 61 per 100 000 dör årligen. Samhällskostnaderna för fetma bland vuxna i Sverige beräknas till 125 miljarder per år och merkostnaden för barns övervikt och fetma räknas också till flera miljarder."

Hälso- och sjukvården måste, om nationella riktlinjer och vårdprogram ska implementeras, satsa mer på vård vid obesitas. I BORIS (Barnobesitasregistret) årsrapport 2023 framgår att mindre än 15% av de barn och ungdomar i Region Örebro län som har obesitas erbjuds behandling inom sjukvården. Vidare att mindre än 5 % har minst två behandlingsbesök per år. Om barn och ungdomar med obesitas ska få en bra vård krävs fler personer som arbetar med obesitasbehandling.

1.1 Obesitas

Obesitas (Iso-BMI ≥ 30) är definierad som en komplex och kronisk sjukdom. Övervikt hos barn (Iso-BMI 25–30) är en riskfaktor för att utveckla obesitas och följsjukdomar. Enligt Statistiska centralbyrån (SCB) har förekomst av övervikt och obesitas ökat kontinuerligt från cirka 31 % till 50 % (16–84 år) i Sverige mellan 1980 och 2020. Ökningen har varit snabbare hos barn och 2020 hade cirka 1,3 miljoner vuxna och 80 000 barn i Sverige obesitas, motsvarande en prevalens på cirka 5 % bland barn och ungdomar. Enligt beräkningar kommer det att finnas ungefär 180 000 barn med obesitas i Sverige år 2030, vilket skulle innebära att det blir en av de vanligaste diagnoserna inom svensk barnsjukvård.

Det finns en uppfattning om att det går att kompensera för riskerna med ett högt BMI genom att upprätthålla en hög fysisk aktivitet och att äta mer hälsosamt. Men en hög andel fettvävnad är kopplat till ökad sjuklighet, så trots att barnet äter hälsosamt och är fysiskt aktivt ökar obesitas risken för andra sjukdomar. Även hälsosam mat i mängder som överskrider energibehovet leder till obesitas vilket bland annat ökar risken för diabetes typ 1 och 2, leverpåverkan, för tidig död i hjärt- och kärlsjukdom och för flera cancersjukdomar. Sammantaget leder detta till högre sjukvårdskostnader, produktivitetsförluster och minskad livslängd. Redan före 30 års ålder är obesitas i barndomen associerat med tre gånger högre dödlighet jämfört med övrig befolkning. Under covidpandemin 2020–2022 visade det sig också att obesitas var en riskfaktor för allvarligare sjukdom.

Obesitas vid 4 års ålder är tre till fyra gånger vanligare i socioekonomiskt utsatta stadsdelar än de som är socioekonomiskt starkare samt även vanligare på landsbygden. Stigmatiseringen av barn med obesitas försämrar livskvaliteten och bidrar till ytterligare viktuppgång. Elever med obesitas har också en ökad risk att

utsättas för kränkande behandling och social isolering, vilket bland annat leder till att färre ungdomar med obesitas slutför gymnasiet (57%) jämfört med ungdomar utan obesitas (74%) (studie baserad på BORIS-data).

Prognosen för barn med obesitas avseende möjligheten att utan behandling uppnå normalvikt som vuxna är idag dålig, cirka 80 % av de barn som i 6-årsåldern har övervikt eller obesitas har det fortfarande i sena tonåren. Ju äldre barnet är och ju högre BMI det har, desto större är risken att sjukdomen blir bestående ([Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar \(1177.se\)](#)).

1.2 Nationella riktlinjer för vård vid obesitas

2023 publicerade Socialstyrelsen nationella riktlinjer (NR) för vård vid obesitas ([Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023 \(socialstyrelsen.se\)](#)). Riktlinjens fyra huvudbudskap är:

- en sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning
- kompetensutveckling
- kombinerad levnadsvanebehandling, läkemedelsbehandling och obesitaskirurgi
- att vården behöver bli mer jämlik.

Fokus ligger på områden med stor förbättringspotential och är uppdelade i fem huvudområden:

- En sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning
- Kompetensutveckling
- Kombinerad levnadsvanebehandling
- Läkemedelsbehandling
- Kirurgi

I sammanfattningen fastslås:

”Personer med obesitas behöver kvalificerad vård och ett respektfullt bemötande från hälso- och sjukvårdspersonal. Regionerna behöver avsätta mer resurser till vård för barn och vuxna med obesitas de kommande åren.”

Vidare betonas vikten av:

”Sammanhållen hälso- och sjukvård – från tidig upptäckt till uppföljning”

I rekommendationer till hälso- och sjukvården står som punkt 1:

”Erbjud vägning och mätning till barn och vuxna som besöker hälso- och sjukvården, för att kunna identifiera personer med obesitas och erbjuda utredning och bedömning.”

1.3 Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar

Under 2023 publicerades även ett nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar ([Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](https://nationellt.klinisktkunskapsstod.se)). Vårdprogrammet har använts som stöd i arbetet för att identifiera organisationsstruktur, kompetensbehov och innehåll. I vårdprogrammet konstateras att vården av barn och ungdomar med obesitas behöver organiseras i enlighet med lokala förutsättningar i varje region, men att det finns några grundläggande krav:

- Utbildning kring obesitas säkerställs till all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar med barn.
- Vikt och längd alltid kontrolleras regelbundet hos barn inom all hälso- och sjukvård så att barn med obesitas kan identifieras och utredas.
- Barn med obesitas (Iso-BMI > 30) erbjuds regelbunden kontakt med ett särskilt utbildat multidisciplinärt behandlingsteam, utifrån behov.

1.4 Gapanalys Region Örebro län

I samband med att den nationella riktlinjen publicerades bildades en lokal arbetsgrupp (LAG) för obesitas, med uppdrag att genomföra en gapanalys för att kartlägga hur Region Örebro län arbetar relaterat till de rekommenderade åtgärderna i den nationella riktlinjen. Gapanalysen för vård vid obesitas hos barn och unga visade att:

- **Det saknas en sammanhållen hälso- och sjukvård** för barn med övervikt och obesitas. Vägning och mätning i syfte att upptäcka obesitas sker inom barnhälsovården och elevhälsan, men inte på ett systematiskt sätt i övrig primärvård, psykiatri eller inom barn- och ungdomshabiliteringen. Behandling erbjuds inom VO Barn- och ungdomsmedicin (barn- och ungdomsmottagningar och Obesitasteamet), men det saknas dock struktur för regelbunden och långsiktig uppföljning av barn och ungdomar som fått aktiv behandling. (Utifrån senaste årsrapporten i det nationella Barnobesitas Registret i Sverige (BORIS), uppgår andelen barn med obesitas i Region Örebro län, som har minst två behandlingsbesök per år, till mindre än 5%. Detta har sin orsak i en kraftig diskrepans mellan vårdresurser och antal barn och ungdomar med sjukdomen.)
- **Kompetensutvecklingsplan** för grundläggande kunskap om sjukdomen obesitas finns endast inom barnhälsovården.
- **Kombinerad levnadsvanebehandling** är grunden i behandling av obesitas hos alla barn och ungdomar och erbjuds på behandlande enheter (vårdsnivå 2 och 3 enligt nedan). Strukturerad anpassning av vården till barn och unga i behov av särskilt stöd saknas i stor utsträckning. Barnhälsovården och elevhälsan erbjuder hälsosamtal enligt det nationella

barnhälsovårdsprogrammet (Rikshandboken BHV), respektive Metodbok för Elevhälsans medicinska insats EMI. Vid obesitas remitteras till sjukvård.

- **Läkemedel** skulle behöva användas till ett stort antal barn äldre än 12 år. De förskrivs idag i mycket begränsad omfattning till ungdomar inom Obesitasteamet. Detta framför allt på grund av att de inte ingår i läkemedelsförmånen och därmed är oerhört kostsamt för familjerna. En ökad läkemedelsförskrivning kräver också utökad läkar- och sjuksköterskeresurs för läkemedelsuppföljning.
- **Kirurgi** sker inte i Region Örebro län (RÖL) utan ungdomar remitteras, enligt nationell konsensus till större nationella centra. Det är sällan som obesitaskirurgi blir aktuellt för ungdomar i RÖL, huvudsakligen på grund av resursbrist i obesitasteamet, VO Barn- och ungdomsmedicin. Det är möjligt att nya obesitasläkemedel framöver kommer att minska behovet av obesitaskirurgi i åldrarna under 18 år.

2. Uppdrag

Gapanalysen med åtgärdsförslag presenterades för Rådet för medicinskt kunskapsstöd (RMKS) 23-11-23. LAG Obesitas fick då ett fortsatt uppdrag att under 2024:

1. förtydliga organisationsstrukturen för personer med obesitas i hela vårdkedjan, utifrån barn- respektive vuxenflödet
2. ge förslag på struktur och innehåll för kompetenshöjande insatser kring obesitas, på olika nivåer.

3. Metod - Personcentrerad processkartläggning

Inom ramen för uppdraget genomfördes under våren 2024 en personcentrerad processkartläggning (PCP) ([Personcentrerad processkartläggning \(orebroll.se\)](https://www.orebroll.se)) för barn- respektive vuxenflödet. Metoden används för att kartlägga en vårdprocess, där mottagaren är i centrum.

De övergripande stegen i vårdprocessen är:

- Förebyggande
- Behov uppstår/kontakt
- Utredning
- Beslut om åtgärd/behandling
- Genomföra åtgärd/behandling
- Uppföljning.

Efter att de som påverkar/påverkas av processen har identifierats, görs en kartläggning utifrån fyra behovsområden i varje processteg:

- Vad är viktigt för patienten och dess närstående utifrån sina behov?
- Vad och hur gör vi för att tillmötesgå dessa behov?
- Vad säger riktlinjer/erfarenheter/evidens om vad som skulle behöva göras
- Vad och på vilket sätt ges information till patienten och dess närstående?

Utifrån ovanstående frågor medvetandegörs behov vilket ger förutsättningar att skapa, utveckla och designa vårdprocesser som möter de identifierade behoven.

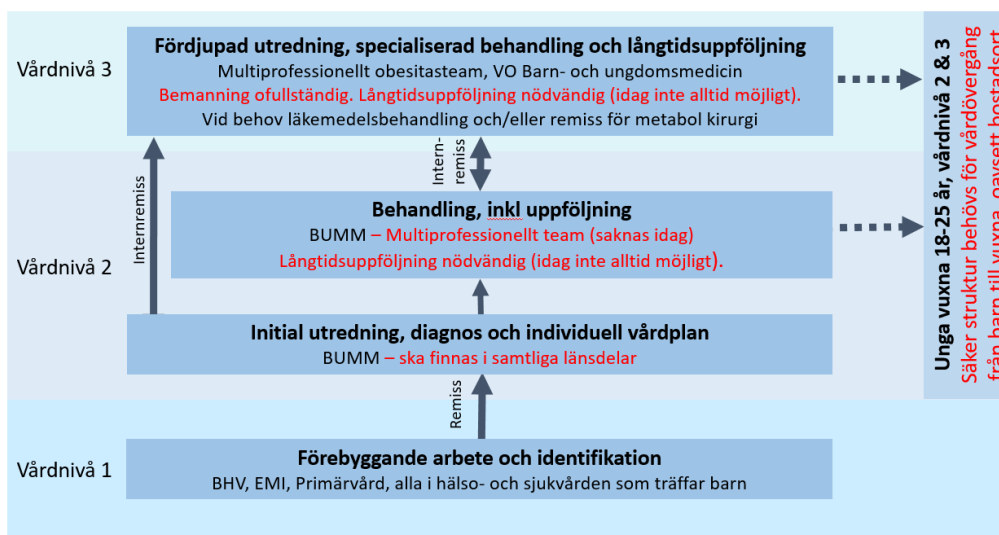
Det förbyggande steget innefattas i processkartläggningen, men ligger utanför arbetsgruppens uppdrag relaterat till de nationella riktlinjerna. Arbetsgruppen har valt att ha kvar denna nivå i förslaget till organisationsstruktur, då obesitas är en kronisk sjukdom och därför är angelägen att förebygga. I processkartläggningen tydliggjordes behovet av en optimal organisationsstruktur för barn med obesitas i hela vårdkedjan. Kartläggningen beskriver vilka verksamheter inom hälso- och sjukvården som bör vara ansvariga för det innehåll som bedömts som nödvändigt, vilken kompetens respektive verksamhet behöver relaterat till innehåll samt var i processen patienten befinner sig.

4. Förslag på organisationsstruktur under hela vårdkedjan, barn och ungdomar

4.1 Vårdprocess och vårdnivåer

Vårdbehovet för obesitas varierar över tid, med barnets ålder, sjukdomens svårighetsgrad och utifrån den enskilda familjens behov av stöd. I det nationella vårdprogrammet poängteras att en organisation med många olika vårdnivåer kan skapa oklara förväntningar samt gränsdragningsproblematik, både utifrån den enskilde patientens och vårdgivares perspektiv. Därför krävs en tydlig samverkan för ett strukturerat omhändertagande och informationsöverföring mellan olika vårdnivåer och organisationer. Närhetsprincipen bör eftersträvas för att underlätta för familjerna, men mottagningens kompetens och möjlighet till långsiktig behandling är minst lika viktig ([Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar \(nationelltklinisktkunskapsstod.se\)](#)).

Figur 1 visar förslag på framtida vårdprocess. Förslaget liknar nuvarande process. Det som skiljer sig åt är framför allt att samverkanstruktur och innehåll har tydliggjorts. Förändringar relaterade till nuvarande struktur har markerats med rött. Tre vårdnivåer har identifierats. Samtliga vårdnivåer behöver inkludera vårdnadshavare, så att de får kunskap och trygghet i att vara delaktiga i barnets/ungdomens behov av stöd.



Figur 1: Förslag på framtida vårdprocess i Region Örebro län. **Det rödmarkerade finns inte idag.** Med remiss menas både remiss mellan vårdgivare samt egenvårdsremiss. BHV, Barnhälsovård; EMI, Elevhälsans medicinska insats; BUMM, Barn- och Ungdomsmedicinsk mottagning

4.1.1 Vårdsnivå 1

Förebyggande och identifikation

Inom hälso- och sjukvården är ansvaret för detta tydligast inom:

- Barnhälsovården (BHV) (förskolebarn)
- Elevhälsans medicinska insats (EMI) (förskoleklass till gymnasiet)

Dock har även andra delar av hälso- och sjukvården ett ansvar när det gäller att förebygga och identifiera obesitas hos de barn och ungdomar man möter, även om vårdkontakten i grunden utgår från andra hälsoproblem eller sjukdomar. EMI har ofta identifierat, men inte nått överenskommelse om remiss för vidare utredning och behandling av obesitas.

- All hälso- och sjukvårdspersonal som träffar barn och ungdomar, framför allt:
 - Område Nära vård
 - Vårdcentraler (åldersövergripande)
 - Ungdomsmottagningarna (15–22 år)
 - Barn- och ungdomshabiliteringen (BUH) (upp till 21 år)
 - VO Barn- och ungdomsmedicin (upp till 18 år)
 - Område Psykiatri
 - Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) (upp till 18 år)
 - Allmänpsykiatrisk mottagning unga vuxna USÖ (18–24 år)

Beroende på uppdrag bör alla dessa verksamheter vid hälsobesök/vårdkontakter överväga att erbjuda kontroll av längd och vikt. Härefter behöver BMI värderas utifrån ålder. Vid övervikt eller obesitas bör man kartlägga levnadsvanor, samt ge

information om sjukdomen obesitas i samband med planerade besök i hälso- och sjukvården. Samtala om levnadsvanor. Utifrån uppdrag erbjuda stöd till förändring.

4.1.2 Vårdsnivå 2

Initial utredning och diagnos:

- Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM). Finns i Örebro (Stora Holmen), Karlskoga och Lindesberg, samt i Hallsberg (vilande).
- Möjlighet till provtagning, mätning av längd och vikt ska finnas på vårdcentralernas och sjukhusens laboratorier (närhetsprincipen).

Behandling:

- Barn- och ungdomsmedicinsk mottagning (BUMM).
Multidisciplinärt behandlingsteam på vårdnivå 2 specificeras i Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar (nationelltklinisktkunskapsstod.se) men saknas idag i Region Örebro län. Professioner som inkluderas i teamet, alternativt finns tillgängliga via samverkan: läkare, sjuksköterska, dietist, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog och kurator.

Uppföljning:

- Behandlingsuppföljning sker på den enhet där patienten behandlas och individualiseras efter behandlingsinsats och behov. Det är viktigt att planera för långtidsuppföljning, då obesitas är en kronisk sjukdom.
- Uppföljning över tid avseende provtagning samt mätning av längd och vikt kan ske via vårdcentralernas och sjukhusens laboratorier (närhetsprincipen). BHV och EMI kan samverka med sjukvården i uppföljning, om individuellt överenskommet.
- Registrering i kvalitetsregister:
 - BORIS (Barnobesitasregistret)
 - MOR (Medicinska obesitasregistret), som är under uppbyggnad.

4.1.3 Vårdsnivå 3

Fördjupad utredning /tilläggsbehandling:

- Obesitasteamet, VO barn- och ungdomsmedicin, USÖ multiprofessionellt (för professioner se vårdnivå 2). Specialistnivå vid följsjukdomar, komplikationer eller behandlingssvikt. Behandling med högre intensitet samt ställningstagande till obesitasbehandling med läkemedel eller kirurgi.
- Vid neuropsykiatrisk problematik eller misstanke om detta, överväges samverkan med eller remiss till BUP.

Uppföljning:

- Behandlingsuppföljning sker på den enhet där patienten behandlas och individualiseras efter behandlingsinsats och behov. Det är viktigt att planera för långtidsuppföljning, då obesitas är en kronisk sjukdom.
- Uppföljning över tid avseende provtagning samt mätning av längd och vikt kan ske via vårdcentralernas och sjukhusens laboratorier (närhetsprincipen). BHV och EMI kan samverka med sjukvården i uppföljning, om individuellt överenskommet.

Registrering i kvalitetsregister:

- BORIS (Barnobesitasregistret)
- MOR (Medicinska obesitasregistret), som är under uppbyggnad.

4.2 Vårdövergångar

Vårdövergång behövs när barn fyller 18 år. Övergång till annan behandlingsenhet vid vuxen ålder kräver särskilda överväganden. I Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar (nationelltklinisktkunskapsstod.se) beskrivs detta enligt följande:

“Övre tonåren och första åren i vuxenlivet är en tid i livet som präglas av stora förändringar och betydande utmaningar som den unga personen i varierande grad är redo för. Den fysiska tillväxten stannar av, men hjärnans utveckling fortsätter ända upp till 23–25 års ålder. Unga vuxna kan därför ha ett större behov av stöd i sina vårdkontakter än andra vuxna. Det är angeläget att skapa goda överföringsrutiner för unga vuxna med kronisk sjukdom, som obesitas. Det gäller såväl de som överförs till primärvård som de med svår sjukdom som behöver fortsatt specialistvård, inte minst för dem som genomgår obesitaskirurgi” eller behandlas med särskilda obesitasläkemedel.

Vid övergång till vuxensjukvården kan flera vårdinstanser behöva engageras då vården av vuxna är organiserad på annat sätt än barnsjukvården. Här kan särskild överföringsmottagning behövas (gemensamt besök där representanter från både det tidigare och det kommande behandlingsteamet träffar patienten tillsammans), speciellt för ungdomar som utöver obesitas har andra funktionsnedsättningar.

Regionen behöver utveckla multiprofessionella behandlingsteam för patienter över 18 år, så kallade Obesitasteam vuxna (för mer information, se vuxenflödet i slutrapporten). Idag är det endast ett fåtal ungdomar som fyller 18 år som kan erbjudas vård då remiss för fortsatt handläggning från VO Barn- och ungdomsmedicin, även av mycket svår obesitas, enligt lokala riktlinjer endast kan ställas till vårdcentral. Utifrån resurser och bemanningssituation i primärvården idag kan adekvat vård vid obesitas inte erbjudas. Barn- och ungdomsmedicin ska kunna remittera till särskilt Obesitasteam vuxna då patienterna blir vuxna, oavsett om de

dittills har behandlats på vårdnivå 2 eller 3. Former för samverkan/ansvarsuppdelning mellan olika vårdnivåer behöver också utvecklas.

4.3 Samverkan

Då obesitas är en kronisk sjukdom som ofta kräver livslång behandling och uppföljning, är det viktigt att barn med obesitas tidigt får sin sjukdom identifierad inom hälso- och sjukvården, samt erbjuds utredning och behandling. För detta krävs samverkan inom regionen, samt mellan regionen och elevhälsans medicinska insats (EMI), detta oavsett huvudman för skolan och i samtliga kommuner.

I den förebyggande fasen sker samverkan mellan BHV / EMI med förskola / skola, socialtjänst och civilsamhälle, bland annat via barn- och elevhälsoteam. BHV samverkar även med kommun via Familjecentral. Regional utveckling, Välfärd och folkhälsa, arbetar på strategisk folkhälsnivå, ofta i samverkan med bland annat EMI, förskola och skola.

I behandlingsfasen kan kontinuerlig samverkan behövas mellan exempelvis BHV/EMI, BUP, BUH och barn- och ungdomsmottagningen/obesitasteamet. I dagsläget saknas en tydlig struktur för sådan samverkan. En fungerande samverkan förutsätter också väl resurssatta och bemannade enheter, vilket inte finns i nuläget. Vid behov av samverkan med flera vårdaktörer och socialtjänst rekommenderas Sammanhållen Individuell Vårdplanering (SIP).

4.4 Utveckling av arbetssätt

Nedanstående förbättringsutrymmen har identifierats:

- Struktur och kompetens för att skriva behandlingsplan.
- Tydliggöra att SIP vid behov används tidigt i vårdprocessen.
- På samtliga vårdnivåer behöver digitala arbetssätt utvecklas för att möta olika behov.
- Struktur för hänvisning till information om sjukdomen och stöd i egenvård på 1177.se för invånare. Ställningstagande till behov av eventuellt lokalt tillägg för Region Örebro län gällande kontaktvägar.
- Tillgänglig information för vårdgivare på vårdgivarwebben.

5. Förslag på struktur och innehåll av kompetenshöjande insatser kring obesitas, utifrån vårdnivå

5.1 Kompetensbehov vårdnivå 1:

Grundläggande kunskap om övervikt och obesitas behövs hos all vårdpersonal inom hälso- och sjukvården som möter barn och ungdomar. Det innebär kunskap om:

- obesitasutveckling och bakomliggande orsaker hos barn

- barns normala tillväxt och hur man samtalar och reflekterar med barn/ungdomar och vårdnadshavare kring tillväxtkurvor och BMI-kurvan
- tillämpning av centrala begrepp (BMI-SDS, Iso-BMI) som används vid utvärdering av tillväxt, grad av obesitas och behandlingsprogress hos barn
- anpassning av bemötande och sätt att ge information till barn och deras vårdnadshavare
- neuropsykiatriska svårigheter då många barn med obesitas (och även deras föräldrar) har någon samsjuklighet med neuropsykiatriska tillstånd eller intellektuell funktionsnedsättning
- de följsjukdomar som kan drabba barn med obesitas
- kartläggning av barnets och familjens motivation, beredskap till förändring och deras förutsättningar att ta till sig information och göra beteendeförändringar
- motiverande samtal (MI)
- stöttning i förändring av levnadsvanor
- kontaktvägar och om vårdprocessen i Region Örebro län.

Kompetensnivå vårdnivå 2 och 3:

På vårdnivå 2 och 3 behövs förutom det som innefattas på vårdnivå 1 även kunskap om:

- evidensbaserade utredningar och behandlingsmetoder, dess olika komponenter samt hur de kan tillämpas
- när tillägg av en mer specialiserad behandlingsinsats behövs
- kompetensen hos teamets olika professioner, så att behandling ges utifrån individuella behov.

Arbetsgruppen har identifierat laboratorier och laboratoriepersonal som viktiga. Fysiska förutsättningar behöver finnas i form av utrustning och system för att utföra objektiva mätningar. Det kan vara vågar anpassade för höga vikter som är avskilt placerade, samt stolar som rymmer och klarar större personer. Här behövs även ökad kompetens hos medarbetare vad gäller obesitas som kronisk sjukdom samt ett icke stigmatiserande bemötande.

5.2 Tillgängliga utbildningar

Barnhälsovården erbjuder (minst årligen återkommande) utbildning för ny BHV-personal (Att förebygga övervikt och obesitas hos förskolebarn).

För personal inom EMI har Obesitasteamet (senast i samverkan med Barn- och ungdomsenheten Nära vård) erbjudit utbildning, vid några tillfällen under de senaste femton åren. För denna utbildning finns dock ingen återkommande planering. Resurserna och bemanningen av Obesitasteamet är inte tillräckliga för att kunna ta det ansvar för utbildningsinsatser till vårdpersonal i andra delar av hälso- och sjukvården som skulle behövas.

Formen för och omfattningen av utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal som möter barn och ungdomar behöver specificeras närmare. Överviktsenhetens utbildningsinsatser gäller obesitas hos vuxna. I dagsläget finns (med finansiering genom statliga projektmedel), inom Barn- och ungdomsenheten Nära vård, uppdraget att öka kunskap om och förbättra preventiva insatser avseende övervikt/obesitas hos i första hand förskolebarn, men i viss utsträckning också äldre barn och ungdomar.

Nationellt har nedanstående utbildningar identifierats:

- Karolinska institutet – Barnobesitas – orsaker, konsekvenser och åtgärder
7,5 Hp
- Socialstyrelsens webbutbildning (för vuxna) "Obesitas – bemötande och behandling"
- Riksförbundet Obesitas Sverige (www.hobs.se/zones/utbildning)

6. Diskussion

Befintlig resurs för obesitasvård i Region Örebro län idag är gravt underdimensionerad. Gapet mot det som beskrivs i SoS Nationella riktlinjer är mycket stort.

Det är absolut nödvändigt med kompetenshöjande insatser för vårdpersonal, men de som utbildas måste också vara tillräckligt många för att kunna möta alla som behöver vård för obesitas. Detta gäller såväl för barn, ungdomar som vuxna.

Barnhälsovården kan tack vare frekvensen av hälsobesök i det nationella barnhälsovårdsprogrammet i princip identifiera alla förskolebarn med obesitas. Däremot ser vi ett stort problem i en såväl nationellt som regionalt underdimensionerad elevhälsa. Hälsobesök förekommer här så glest att många barn och ungdomar med diagnosen obesitas inte identifieras. (Hälsobesök erbjuds i förskoleklass, skolår 2, 4 respektive 7, samt i skolår 1 i gymnasieskolan.) Antalet tjänster för skolsköterskor och skolläkare räcker inte till för att, exempelvis vid identifierad viktökning till (misstänkt) obesitas, kunna erbjuda det antal kontakter/samtal som behövs för att motivera till remiss för vidare utredning och behandling inom sjukvården. Ett nytt nationellt hälsoprogram för barn och unga till och med 20 års ålder är under utarbetande. Om detta inte innebär en tydligt förstärkt elevhälsa bör man inom Region Örebro län överväga att, inom ramen för samverkansorgan med kommunerna, processa frågan om en förstärkt elevhälsa (oavsett huvudman) med tätare hälsobesök och förbättrade resurser för hälsofrämjande arbete. Detta torde vara en klok investering för att på sikt minska kostnader för icke fullgjord gymnasieutbildning, sämre möjligheter till etablering på arbetsmarknaden och behov av framtida sjukvårdsinsatser.

Gällande organisation och vårdkedjor: I Region Örebro län har barn- och ungdomsmedicinska mottagningar och Obesitasteamet vid VO Barn- och ungdomsmedicin varit remissinstanser och ansvariga för vården vid obesitas. Vi kan inte se att det är realistiskt att primärvården skulle ta över detta ansvar. Oavsett grad av obesitas bör barn och ungdomar i enlighet med nationella riktlinjer/vårdprogram erbjudas utredning, behandling och uppföljning av multiprofessionella team.

Angående en eventuell specialiserad enhet för behandling av ungdomar/unga vuxna gör arbetsgruppen bedömningen att Region Örebro län inte har underlag och förutsättningar för en sådan enhet som en del i vårdkedjan. Samtidigt anser vi att ungdomar i åldern 18–25 år är en särskilt viktig grupp att nå med bra obesitasvård. Se förslag om "Obesitasteam vuxna".

Hälso- och sjukvården måste, om nationella riktlinjer och vårdprogram ska implementeras, satsa mer på vård vid obesitas. I BORIS årsrapport 2023 framgår att mindre än 15% av de barn och ungdomar i Region Örebro län som har obesitas erbjuds behandling inom sjukvården. Vidare att mindre än 5 % har minst två behandlingsbesök per år. Om barn och ungdomar med obesitas ska få en bra vård krävs fler personer som arbetar med obesitasbehandling.

7. Förslag på fortsatt uppdrag

I likhet med hur andra regioner redan arbetar med implementering av både Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid obesitas och Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar, behövs ett nytt uppdrag för en "LAG Barnobesitas" i Region Örebro län. Denna grupp behöver också arbeta i samverkan med aktörer (även utanför Region Örebro län) som har det preventiva uppdraget.

8. Referenser

- BORIS Barnobesitas Registret i Sverige Årsrapport 2023: [BORIS \(e-boris.se\)](https://boris.se)
- Folkhälsomyndigheten: [Statistik om övervikt och fetma — Folkhälsomyndigheten \(folkhalsomyndigheten.se\)](https://statistik.folkhalsomyndigheten.se)
- Socialstyrelsen: [Nationella riktlinjer för vård vid obesitas – Prioriteringsstöd till beslutsfattare och chefer 2023 \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/riktlinjer/riktlinjer-for-vard-vid-obesitas)
- [Bilaga – Hälsoekonomiskt underlag – Nationella riktlinjer för vård vid obesitas \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/bilaga-bilaga-1)
- Nationellt vårdprogram för behandling av obesitas hos barn och ungdomar
Nationellt programområde för barns och ungdomars hälsa, 2023: [Obesitas hos barn och ungdomar, vårdprogram | Kunskapsstyrning vård | SKR \(kunskapsstyrningvard.se\)](https://kunnaskapsstyrningvard.se)

- Uppdrag Nationellt hälsoprogram för barn och unga [Nationellt hälsoprogram för barn och unga ska ge bättre och mer jämlik hälsa - Socialstyrelsen](#)
- Rekommendationslista, Nationella riktlinjer för vård vid obesitas, Socialstyrelsen [2023-4-8460-rekommendationslista.xlsx \(live.com\)](#)