

2022-01-13

HSN/13/2022

Urban Tirén

E-post: daniel.l.nilsson@regionjh.se

Underlag förstärkning av obesitasteamet

1. Bakgrund.

- Fetma hos barn och ungdomar utgör en kronisk sjukdom som ofta kräver långvariga behandlingsinsatser.
- Fetma hos barn och ungdomar påverkar hälsan på lång sikt, påverkar kognitiva funktioner och påverkar skolresultat.

Övervikt och fetma är ett stort folkhälsoproblem med betydelse både för individen, sjukvården och samhället i stort. En stor andel av den samlade sjukdomsburden i Sverige bedöms ha orsakats av ohälsosamma livsmedelsval, högt BMI och låg fysisk aktivitet. För individen kan fetmasjukdomen och dess följsjukdomar allvarligt påverka personens hälsa och välbefinnande, nu och i framtiden. Risken för att drabbas av komplikationer i form av hjärt- och kärlsjukdom, störningar i ämnesomsättningen, diabetes typ 2, leversjukdom, besvär från muskel- och ledapparatur och psykisk ohälsa i tonåren eller i vuxen ålder ökar kraftigt vid barnfetma. Barnfetma innebär ökad risk för fetma och förtida död i vuxen ålder. Barn med fetma har tre gånger större dödlighet före trettio års ålder än normalbefolkningen och överdödligheten är större än för barndiabetes.

Barn och ungdomar med övervikt eller fetma har ökad risk för att vara utsatta för trakasserier, kränkande behandling och social isolering.

Att behandla barnfetma innebär stora utmaningar men goda erfarenheter från olika enheter i Sverige och internationellt visar att det är fullt möjligt att behandla barnfetma med effektiva metoder.

Landets regioner har i nuläget ingen gemensam strategi för prevention mot och behandling av barnfetma. Vården är i dessa avseenden inte jämlik i Sverige.

2. Hälsö- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2022.

Här är tydligt angivet att åtgärder för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar samt behandling av barnfetma ska vara prioriterade i Region Jämtland Härjedalen.

Beträffande planeringsförutsättningar som speciellt måste beaktas under 2022 lyfts övervikt och fetma hos barn och ungdomar:

Övervikt och fetma är ett stort folkhälsoproblem med betydelse både för individen, sjukvården och samhället i stort. En stor andel av den samlade sjukdomsburden i Sverige bedöms ha orsakats av ohälsosamma livsmedelsval, högt BMI och låg fysisk aktivitet.

Åtgärder för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar samt behandling av barnfetma behöver prioriteras.

Under avsnittet Strategi för länets utveckling, under punkten Ett friskare liv står det:

Åtgärder för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar samt behandling av barnfetma ska vara prioriterade i Region Jämtland Härjedalen. Insatserna ska öka under den tid som verksamhetsplanen omfattar. Det kräver ett strukturerat samarbete mellan Primärvården, Föräldrabarnhälsan, Barnkliniken, BUP, Barn- och Ungdomshabiliteringen, Tandvården, Regionens övriga verksamheter som arbetar med barn och ungdomar, Regionens folkhälsoenhet, elevhälsovården i länets skolor samt övriga viktiga aktörer i samhället.

3. Erfarenheter från ett välfungerande barnfetmateam i Sverige.

Dialog den 12 januari 2022 med överläkare Göran Lundström,
Barnkliniken i Kalmar.

Verksamhet med behandling av fetma hos barn och ungdomar är etablerad sedan ca 20 år tillbaka och med mycket goda erfarenheter. Barnfetmateamet har sin bas på Barnkliniken i Kalmar och har ca halva Kalmar län som upptagningsområde. Det finns totalt ca 247.000 invånare i hela Kalmar Län.

Bemanningen i barnfetmateamet utgörs av 60 % barnsjuksköterska. 2 barnsjuksköterskor som delar på uppdraget och arbetar totalt 2 hela dagar och två halvdagar per vecka. En läkare arbetar 20 % med barnfetma, en dietist 20 % och en kurator 20 %. Denna bemanning räcker dock inte till. Det finns ett starkt behov av utökning av insatser av alla nämnda funktioner.

Det finns också en dietist i Barnhälsovården som har ett nära samarbete med Barnfetmateamet.

För remiss till barnfetmateamet krävs ett ISO-BMI på minst 30 och att inledande dialoger om levnadsvanor med familjerna har föregått remissen. Åldersspann från förskoleålder upp till och med 17 år.

De flesta remisserna kommer från skolsköterskor inom elevhälsovården. Därefter i antal kommer remisser från Barnhälsovården. Ett mindre antal remisser kommer från Primärvården.

Man har regelbundna möten med elevhälsovården och ett mycket gott samarbete.

Skolsköterskorna gör ett mycket bra arbete med förebyggande insatser och fångar upp elever vid utveckling av övervikt. När det kommer till etablerad fetma krävs dock ett barnfetmateam med ett sammanhållet arbete och då remitterar man vidare till Barnfetmateamet men med fortsatta kontakter och samverkan med elevhälsovården. Det finns inte resurser eller möjligheter vid elevhälsovården att behandla barnfetma.

Det har varit svårt att få till ett samarbete med Primärvården. Erfarenheten är att det har varit enstaka eldsjälar som försökt arbeta med behandling av barnfetma på olika hälsocentraler. De har dock ofta tröttnat då de arbetat ensamma och inte varit knutna till ett barnfetmateam.

Ca 160 barn och ungdomar följs aktivt vid Barnfetmateamet i Kalmar. Denna siffra har ökat efterhand. Kontakten inleds oftast med en samling i grupp med information och föredrag för barn, ungdomar och föräldrar. Därefter blir det ett inledande besök hos sjuksköterska, följt av ett besök hos hela barnfetmateamet. Uppföljning sker sedan regelbundet främst hos barnsjuksköterska med riktade insatser av kurator och sjukgymnast. Täta kontakter med

barnsjuksköterska till en början, ca var 4-6 vecka, därefter ca var 8:e vecka. Efterhand ytterligare utglesning. För en del räcker det kanske med återbesök en gång per halvår eller en gång per år, för andra betydligt oftare. Målsättningen är att följa dessa barn och ungdomar fram till dess de blir vuxna.

Man har mycket goda erfarenheter av arbetsmodellen och ser en långsiktig sänkning av ISO-BMI hos ca 60-70 % av barnen och ungdomarna som följs av barnfetmateamet.

Man registrerar kontinuerligt i kvalitetsregistret BORIS. Själva registrerandet sköts av barnsjuksköterskorna.

Göran Lundström framhåller att nyckeln till framgång i arbetet med behandling av barnfetma ligger i att man arbetar i ett team med engagerade medarbetare och att man har ett tätt samarbete med andra aktörer, t.ex. elevhälsovården. Det är ett på många sätt påfrestande arbete och ingen klarar av att arbeta ensam med denna grupp.

Han lyfter också att man måste vara mycket tydlig med att fetma hos barn, ungdomar och vuxna är en kronisk sjukdom som kräver långsiktig uppföljning. Man måste också våga prata om övervikt och fetma. Inom både elevhälsovården och hälso- och sjukvården måste man kalla tillstånden för vad de är och tidigt starta dialoger.

4. Nationella erfarenheter från arbetet mot barnfetma och rekommendationer.

Dialoger 9-12 januari 2022 med
Professor Claude Marcus, Karolinska Institutet,
Docent Carl-Erik Flodmark, medicinskt sakkunnig vid Socialstyrelsen och tidigare överläkare vid Barnöverviktsenheten Region Skåne,
Med. Dr, barnsjuksköterska, Pernilla Danielsson Liljeqvist, koordinator för Barnobesitasregistret i Sverige, BORIS, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, sekreterare Svensk Barnfetmaförening och ordförande i NAG, Nationell Arbetsgrupp, Behandling av Barnfetma.

Alla tre med mycket lång och gedigen erfarenhet av behandling av barnfetma och forskning inom detta område.

Sammanfattningsvis beskriver de ett intensifierat arbete och ökat engagemang när det gäller behandling av fetma hos barn och ungdomar i Sverige. Fetmasjukdomen ökar i landet och hälso- och sjukvården och övriga aktörer måste intensifiera sina insatser.

Rent allmänt är det stora problemet bristen på "awareness" på alla nivåer. Både inom barnsjukvården och inom övrig hälso- och sjukvård är man skrämmande okunniga om hur omfattande sjukligheten är som är kopplad till fetma redan prepubertalt. Få vet att MS, Juvenil Reumatoid artrit, Typ 1 diabetes och inflammatorisk tarmsjukdom är kopplade till tidig barnfetma liksom akut lymfatisk leukemi och flera andra cancersjukdomar senare i livet. Att bara behandla barn med fetma och komorbiditet är direkt oetiskt och inte förenligt med Hälso- och Sjukvårdslagen. Lika dumt som att börja behandla typ-2 diabetes först när de fått njurskador.

Det är basalt med samverkan mellan elevhälsovård, primärvård, barnhälsovård, tandvård, barnkliniker och övriga enheter som möter barn och ungdomar med övervikt och fetma. Erfarenhetsmässigt vet man också att det är ytterst viktigt med ett välfungerande och välutbildat barnfetmateam, centralt placerat, med tydliga mandat och uppdrag för att man ska ha framgång i arbetet.

Elevhälsovårdens uppgift är att främja hälsa och identifiera ohälsa, läs fetma, och remittera vidare de elever som har fetma och ge särskilda råd till de med övervikt. Detsamma gäller också barnhälsovården och primärvården.

Remittering till barnfetmateam för behandling ska ske tidigt i förloppet vid etablerad fetma innan komplikationer har uppstått.

Kommande nationella rekommendationer från NAG Behandling av barnfetma kommer att ange ISO-BMI 30 som gräns för remiss till barnfetmateam. Detta är också vad som är allmänt accepterat i landet.

Dialoger pågår också om man bör remittera redan vid övervikt och stark ärftlighet för co-morbiditet såsom t.ex. typ 2-diabetes, leversteatos, hypertoni, m.fl. diagnoser.

Rekommendation gällande resursbehov för ett sammanhållet barnfetmateam i ett län av Jämtlands storlek ligger på totalt 250 %, där nedan beskrivna funktioner helt fokuserar på fetmasjukdomen.

Därav ca 50 % läkare,

ca 100 % sjuksköterska helst uppdelat på ett par personer,

ca 100 % tillsammans för dietist, sjukgymnast och kurator, alternativt psykolog med terapiutbildning.

Sjuksköterskan, sjuksköterskorna i barnfetmateamet är "spindeln/spindlarna i nätet" och håller i den allra mesta kontakten med individerna och familjerna, registrerar i kvalitetsregistret BORIS, etc.

Kostintaget är viktigast för viktutvecklingen varför en dietist har en mycket central roll.

Samma viktiga roll har sjukgymnasten/fysioterapeuten då vederbörandes insatser har stora effekter på ko-morbiditeten.

Kuratorn eller psykologen har en mycket central funktion i familjestödet och samarbetet med elevhälsovården.

Det är mycket viktigt att läkare har en fast position i ett barnfetmateam. Läkaren måste finnas med vid övergripande undervisningsinsatser och vid teambesök. Läkare ska se barn med fetma en gång per år och fler besök vid riktade frågeställningar. Läkare behövs för att värdera ko-morbiditet, behandlingsintensitet, samsjuklighet och eventuell annan bakomliggande orsak till fetman.

Ett barnfetmateam behöver regelbunden extern handledning och regelbunden utbildning utöver deltagande i nationella nätverk. Det behövs också en tydlig ledning för teamet.

Erfarenhetsmässigt bör ett barnfetmateam med nämnda sammansättning klara av ca 250 patienter i konventionell vård och ca 350-400 med digitalt stöd.

Observera att många individer och familjer inte vill ha hjälp med viktutvecklingen.

Erfarenhetsmässigt är det kanske hälften som tackar ja till erbjudande om kortare eller längre tids kontakt med ett barnfetmateam.

Ett barnfetmateam ska ansvara för utbildning om övervikt och fetma för övriga aktörer och medlemmarna i teamet ska därför själva vara välutbildade.

Digitala metoder kommer mer och mer inom barnfetmabehandling och bör användas när dessa är validerade, utvärderade och lämpliga.

5. Kommande nationella riktlinjer och rekommendationer under år 2022.

Det är flera stora aktiviteter på gång när det gäller nationella kunskapsdokument för behandling av fetma.

En arbetsgrupp vid Socialstyrelsen arbetar med framtagning av nationella riktlinjer för behandling av fetma hos barn och vuxna. Man går igenom internationell litteratur och värderar olika metoder. Regionerna och kommunerna kommer att bjudas in till seminarier under år 2022 för att utbyta synpunkter innan dessa nationella riktlinjer blir fastställda. Dessa riktlinjer handlar om vad som ska göras.

En NAG, nationell arbetsgrupp, Behandling av barnfetma som är utsedd av NPO, Nationellt programområde, Barn och ungdomars hälsa arbetar med att skriva riktlinjer för behandling av barnfetma. Denna arbetsgrupp skriver riktlinjer och rekommendationer med fokus på hur man bör arbeta. Dessa kommer att presenteras under senare delen av 2022. Man kommer inte minst att fokusera på barnfetmateamens betydelse och förslag på arbetssätt. Man kommer enligt ovan att ange remissgräns ISO-BMI 30 för remiss till barnfetmateamen.

De nationella riktlinjer och rekommendationer som kommer från ovan nämnda arbetsgrupper medför tydligt ökade krav på hälso- och sjukvården som man redan nu bör förbereda sig inför. Man räknar också med att det ska ge klara hälsovinster och en stor vinst för befolkningen och samhället på sikt.

6. Åtgärder för att minska barnfetma i Jämtland Härjedalen. Kartläggning av aktuella insatser – hälsofrämjande, preventiva och behandlande - som syftar till att minska övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Jämtland och Härjedalen.

En aktuell genomgång belyser aktuella insatser med förslag till förbättringar. Detta arbete bifogas som bilaga. Författaren Sofia Edvinsson Sollander är ST-läkare i Socialmedicin vid Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen, och läkare vid Barnkliniken, Östersunds Sjukhus.

I arbetet lämnas bl.a. följande förslag till förbättringar:

- Ett strukturerat samarbete för att minska barnfetma bör utvecklas inom Jämtland Härjedalen, till exempel genom att upprätta en gemensam handlingsplan mot barnfetma.
- Behandlande enhet bör etableras för barn med konstaterad fetma.
- Tydligt vårdprogram kring handläggning av barn med konstaterad övervikt.
- Föräldraskapsstöd till familjer som har barn med övervikt eller fetma.
- Tillgång till dietist inom barnhälsovård, elevhälsa och primärvård.
- Kontinuerlig kompetensutveckling kring levnadsvanor, Fysisk aktivitet på recept och kring motiverande samtal.
- Begränsa tillgång till sötade livsmedel inom skola, förskola och fritids.

7. Befintligt barnfetmateam Region Jämtland Härjedalen.

Det har byggts upp ett barnfetmateam vid Barnkliniken vid Östersunds Sjukhus med god kompetens. År 2020 fick nämnda barnfetmateam kvalitetsregistret BORIS pris för berömvärda framsteg i verksamheten. Verksamheten är dock vilande sedan juni månad 2021. För att verksamheten ska återupptas krävs det resursförstärkning och ett tydligt uppdrag.

8. Enligt erfarenheter nationellt krävs det även insatser av dietister inom Primärvården, inkluderande barnhälsovården, för att man ska få fullgod effekt av övriga insatser mot övervikt och fetma i befolkningen.

Dietistresurser i primärvården bör tillskapas genom hälsovalet men omfattning och uppdrag måste tas fram och beskrivas av primärvården.

9. **Sammanfattning.** Övervikt och fetma hos barn och ungdomar utgör ett mycket stort folkhälsoproblem. Fetma hos barn och vuxna är en kronisk sjukdom som kan behöva långvarig uppföljning. Åtgärder för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar samt behandling av fetma hos barn och ungdomar ska vara prioriterade i Region Jämtland Härjedalen enligt Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan. I aktuella nationella rekommendationer och kommande nationella riktlinjer och rekommendationer från Socialstyrelsen och NAG Behandling av barnfetma tydliggörs den stora betydelsen av barnfetmateamen som behandlande, sammanhållande och kunskapsspridande enheter. För att Barnefetmateamet vid Barnkliniken Östersunds sjukhus, ska kunna fullgöra dessa uppgifter krävs resursförstärkning som motsvarar de beräkningar som anges ovan under punkten 4.

Konkret innebär detta att medel föreslås avsättas årligen för bemanning av Barnfetmateamet vid barnkliniken med 100 % barnsjuksköterska/sjuksköterska. Gärna uppdelat på två personer.

100 % totalt för dietist, sjukgymnast/fysioterapeut och kurator eller psykolog.

50 % läkare. Fokus för dessa funktioner ska vara behandling av barnfetma hos barn och ungdomar från förskoleålder upp till och med 17 år.

Finansiering görs under 2022 med medel för uppskjuten vård. Från 2023 ska finansieringen ske inom budgeterad ram.

Medel ska avsättas årligen för bemanning av Barnfetmateamet vid barnkliniken.

Medel ska avsättas för adekvat och återkommande utbildning för nämnda team.

Medel ska avsättas för extern handledning för nämnda team.

Vidare tillkommer verksamhetskrav som innebär:

- Krav för remiss till Barnfetmateamet ska vara ISO-BMI 30 eller däröver samt tidigare insatser och information avseende levnadsvanor.
Barnfetmateamets verksamhet och Region Jämtland Härjedalens insatser i övrigt ska anpassas efter kommande nationella riktlinjer och rekommendationer från Socialstyrelsen och NAG Behandling av barnfetma.
- Barnfetmateamet ska vara aktivt och involverat i arbetets uppläggning och därvid ta del av nationella och internationella erfarenheter.
- Barnfetmateamet ska delta vid planering av kommande samarbeten relativt elevhälsovård, primärvård med flera aktörer. Barnfetmateamet ska utgöra länets kompetenscentrum vad gäller barnfetma.

